



Complete si es que lo sabe:

No. de Reclamación de DWC

No. de Reclamación de la Aseguradora

Reclamación para Obtener Beneficios de Compensación para Trabajadores por Causa de Muerte

Cuando una persona fallece debido a una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, ciertos miembros de la familia podrían recibir pagos de los beneficios por causa de muerte. Los miembros de la familia que pueden recibir los beneficios por causa de muerte son llamados beneficiarios. Los beneficiarios incluyen:

- La esposa o esposo de la persona que falleció.
- Los hijos e hijastros de la persona que falleció. Los hijos que tienen menos de 17 años y los hijos que tienen menos de 24 años y que asisten a la escuela pueden tener derecho a recibir beneficios por causa de muerte.
- Los hijos adultos con discapacidades, los padres u otros miembros de la familia que dependían de la persona que falleció para pagar algunas o todas sus facturas.
- Los padres y padrastros no dependientes en algunos casos, si la persona que falleció no tenía un cónyuge o hijos.

Usted debe presentar este formulario ante el Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores (Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation -TDI-DWC, por su nombre y siglas en inglés) a no más tardar de un año después de la muerte del empleado. Después de un año, solamente puede recibir beneficios por causa de muerte si:

- Usted está solicitando beneficios para una persona de menos de 17 años.
- Usted está solicitando beneficios para una persona que no es competente o capaz de solicitar los beneficios.
- Usted puede demostrar que tenía una buena razón para no solicitar antes los beneficios.

Documentos que necesita para solicitar los beneficios

Usted debe enviar este formulario, una copia del certificado de defunción, y documentos para demostrar cómo es que cada persona que solicita los beneficios está relacionada con la persona que falleció. Ejemplos: copia certificada del acta de matrimonio, acta de nacimiento, acta de adopción, acta de divorcio u órdenes judiciales relacionadas.

- Envíe por fax el formulario y documentos a TDI-DWC al (512) 804-4378; o
- Envíe el formulario y los documentos por correo postal a:

Texas Department of Insurance
 Division of Workers' Compensation
 PO Box 12050
 Austin, Texas 78711

Otros beneficios

Una persona puede solicitar hasta \$10,000 en beneficios para gastos del entierro (también conocidos como gastos de defunción). Para solicitar los beneficios para gastos del entierro, presente una reclamación con la aseguradora dentro del transcurso de un año, a partir de la fecha de la muerte del empleado.

¿Preguntas?

Si tiene preguntas sobre los beneficios por causa de muerte y quién puede obtenerlos, existen varias formas mediante las cuales usted puede obtener ayuda:

- Llame a la División de Compensación para Trabajadores al (800) 252-7031.
- Llame a la Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado (Office of Injured Employee Counsel, por su nombre en inglés al (866) 393-6432.
- Hable con su abogado.
- Comuníquese con el ajustador de la aseguradora.
- Consulte el Código Laboral de Texas (Texas Labor Code, por su nombre en inglés) §408.181 al §408.187 y los reglamentos de TDI-DWC, 28 TAC §122.100 y 28 TAC Capítulo 132 Beneficios por Causa de Muerte – Beneficios de Defunción y por Causa de Muerte.

Sección A. Información sobre el empleado que falleció

Nombre (Nombre, Segundo Nombre, Apellido)	Número de Seguro Social (si es que lo sabe)
Dirección al momento del fallecimiento (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)	
Raza / Origen Étnico <input type="checkbox"/> Blanco, no de origen Hispano <input type="checkbox"/> Negro, no de origen Hispano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Asiático o Habitante de las Islas del Pacífico	

Nombre del empleador	Dirección (Calle, Ciudad, estado, Código Postal)
Número de teléfono	Nombre del supervisor (Nombre, Apellido) (si es que lo sabe)

Muerte causada por <input type="checkbox"/> lesión <input type="checkbox"/> enfermedad	Fecha de la lesión (mm/dd/aaaa)	Fecha de muerte (mm/dd/aaaa)
Por favor explique la lesión y cómo ocurrió (si es que lo sabe)		

Sección B. Información sobre la persona que está llenando este formulario

Nombre (Nombre, Segundo Nombre, Apellido)	
Marque todas las casillas que apliquen: 1. <input type="checkbox"/> Soy un cónyuge, hijo u otro dependiente de la persona que falleció. 2. <input type="checkbox"/> Soy un padre no dependiente de la persona que falleció. 3. <input type="checkbox"/> Estoy llenando el formulario en nombre de otra persona.	
Si marcó la casilla 1 o 2, ingrese su: Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)	
Número de teléfono	Relación con la persona que falleció

Sección C: Información sobre el padre no dependiente

<p>¿Ocurrió la lesión en el trabajo entre el 1º de septiembre de 2007 y el 31 de agosto de 2009? De ser así, usted debe también solicitar y obtener beneficios para gastos del entierro para poder obtener los beneficios por causa de muerte. Si esto aplica a su situación, marque la casilla que muestre el estado de su solicitud para los beneficios para gastos del entierro:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Recibí los beneficios para gastos del entierro por parte de la aseguradora (adjunte pruebas). 2. <input type="checkbox"/> Está pendiente con la aseguradora. 3. <input type="checkbox"/> Lo presenté al mismo tiempo que la reclamación para los beneficios por causa de muerte.</p> <p>NOTA: Para las lesiones antes del 1º de septiembre del 2007, los padres no dependientes no pueden recibir beneficios por causa de muerte. Para las lesiones después del 31 de agosto del 2009, no es requerido que los padres no dependientes obtengan los beneficios para gastos del entierro para poder solicitar los beneficios por causa de muerte.</p>
--

Sección D: ¿Está usted solicitando los beneficios por causa de muerte en nombre de hijos u otras personas? Sí No

Si la respuesta es "Sí", complete la información para cada miembro de la familia que está solicitando los beneficios. Si usted es un padre no dependiente, debe indicar a cualquier padre sobreviviente en esta sección o en la Sección E. (Adjunte páginas adicionales, de ser necesario.)

Nombre (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido)		Número de Seguro Social
Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)		
Número de teléfono	Estudiante de tiempo completo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Relación con la persona que falleció	
¿Tiene esta persona menos de 17 años? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "Sí", ¿quién es el padre/madre del menor o su tutor legal?		
Nombre		
Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)		
Número de teléfono		

Nombre (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido)		Número de Seguro Social
Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)		
Número de teléfono	Estudiante de tiempo completo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Relación con la persona que falleció	
¿Tiene esta persona menos de 17 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "Sí", ¿quién es el padre/madre del menor o su tutor legal?		
Nombre		
Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)		
Número de teléfono		

Nombre (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido)		Número de Seguro Social
Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)		
Número de teléfono	Estudiante de tiempo completo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Relación con la persona que falleció	
¿Tiene esta persona menos de 17 años? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "Sí", ¿quién es el padre/madre del menor o su tutor legal?		
Nombre		
Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)		
Número de teléfono		

Nombre (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido)		Número de Seguro Social
Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)		
Número de teléfono	Estudiante de tiempo completo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Relación con la persona que falleció	
¿Tiene esta persona menos de 17 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "Sí", ¿quién es el padre/madre del menor o su tutor legal?		
Nombre		
Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)		
Número de teléfono		

Sección E: ¿Tiene usted conocimiento de alguna otra persona que pudiera obtener beneficios por causa de muerte? Sí No

Si la respuesta es "Sí", complete esta sección. (Adjunte páginas adicionales, de ser necesario.)

Nombre (Nombre, Segundo Nombre, Apellido)	Relación con la persona que falleció
Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) (si es que lo sabe)	Número de teléfono (si es que lo sabe)

Nombre (Nombre, Segundo Nombre, Apellido)	Relación con la persona que falleció
Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) (si es que lo sabe)	Número de teléfono (si es que lo sabe)

Nombre (Nombre, Segundo Nombre, Apellido)	Relación con la persona que falleció
Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) (si es que lo sabe)	Número de teléfono (si es que lo sabe)

Nombre (Nombre, Segundo Nombre, Apellido)	Relación con la persona que falleció
Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) (si es que lo sabe)	Número de teléfono (si es que lo sabe)

Nombre (Nombre, Segundo Nombre, Apellido)	Relación con la persona que falleció
Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) (si es que lo sabe)	Número de teléfono (si es que lo sabe)

Usted debe enviar una copia del certificado de defunción del empleado, y documentos para demostrar cómo es que cada persona que solicita los beneficios está relacionada con la persona que falleció. Ejemplos: copia certificada del acta de matrimonio, acta de nacimiento, acta de adopción, acta de divorcio u órdenes judiciales relacionadas.

Firme Aquí

Fecha

Nota: Con pocas excepciones, si lo solicita, usted tiene derecho a:

- estar informado sobre la información que DWC reúne sobre usted;
- recibir y revisar la información (Secciones del Código Gubernamental 552.021 y 552.023); y
- pedir que DWC corrija la información que está incorrecta (Sección del Código Gubernamental 559.004).

Para más información contacte a DWCLegalServices@tdi.texas.gov o consulte la sección para el Procedimiento de Correcciones en <https://www.tdi.texas.gov/commissioner/legal/lccorprc.html>.