



No. de Reclamación de DWC:
No. de Reclamación de la Aseguradora:

**Envíe a:** Empleado Lesionado Oficina Local de DWC que está Manejando la Reclamación

## AVISO AL EMPLEADO: INTENCIÓN PARA SOLICITAR PERMISO DE LA DIVISIÓN PARA AJUSTAR LOS BENEFICIOS

**Instrucciones para la Aseguradora:** La aseguradora debe obtener aprobación por parte del Departamento de Seguros Texas, División de Compensación para Trabajadores (Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation, por su nombre en inglés) antes de que los beneficios de ingresos temporales de un empleado de trabajo temporal sean ajustados a causa de un cambio en el salario de un empleado de trabajo temporal. Cuando se solicita la aprobación de la División para un ajuste, se deberá informar al empleado lesionado sobre esta intención enviándole éste aviso por correo postal de primera clase.

<b>1. Nombre del Empleado</b> (Apellido, Primer Nombre, Inicial)			<b>2. Número de Teléfono</b>	<b>3. Fecha de la Lesión</b>
<b>4. Dirección</b> (Calle o Apartado Postal)			<b>5. Nombre del Negocio del Empleador</b>	
<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código Postal</b>	<b>6. Nombre de la Aseguradora</b>	

### !!!AVISO AL EMPLEADO!!!

\_\_\_\_\_ aseguradora de compensación para trabajadores para la reclamación  
NOMBRE DE LA ASEGURADORA  
 que se menciona en la parte de arriba, pretende solicitar la aprobación del Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores para  **reducir**  **augmentar** su pago semanal de los beneficios de ingresos temporales a la cantidad de \$\_\_\_\_\_ debido a un cambio en su salario. La fecha que ha sido propuesta para que entre en vigor la modificación a sus pagos semanales es el \_\_\_\_\_.

Usted debe enviar al ajustador de la aseguradora cualquier información que tenga sobre salarios a la dirección que aparece en la parte de debajo dentro de dos (2) semanas a partir de la fecha de este aviso, el cual es \_\_\_\_\_. La información puede incluir registros de salarios de la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas (Texas Workforce Commission, por su nombre en inglés), copias de sus formularios W-2 o copias de estados de cuenta de bancos, declaraciones juradas (affidavits, por su nombre en inglés) de su empleador(es), talones de cheques u otros documentos que muestren sus salarios durante los años anteriores. No proporcionar dicha información puede resultar en la reducción de sus beneficios de ingresos temporales y serán reducidos en base a su historial de salarios correspondientes a los cinco (5) trimestres más recientes que estén disponibles por parte de la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas.

**Usted tiene derecho a solicitar una Conferencia para Revisión de Beneficios (Benefit Review Conference, por su nombre en inglés) para resolver una disputa relacionada con una modificación a su salario de empleo temporal. Si usted tiene alguna pregunta o si necesita asistencia, comuníquese con el Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores al número de teléfono gratuito 1-800-252-7031 o comuníquese con la oficina local de la División que está manejando su reclamación.**

<b>Nombre del Ajustador</b> (En Letra de Molde)	<b>Dirección del Ajustador</b>		
<b>Teléfono del Ajustador</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código Postal</b>

**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](mailto:DWCLegalServices@tdi.texas.gov) o consulte la sección para el Procedimiento de Correcciones en [www.tdi.texas.gov/commissioner/legal/lccorprc.html](http://www.tdi.texas.gov/commissioner/legal/lccorprc.html)

