



**SOLICITUD PARA OBTENER COPIAS DE LA INFORMACIÓN
 CONFIDENCIAL DEL RECLAMANTE (FORMULARIO DWC-153s)**

Por favor lea cuidadosamente la información en ambas partes de este formulario a como también las instrucciones adjuntas. LOS FORMULARIOS QUE SEAN LLENADOS INCOMPLETAMENTE, SERÁN REGRESADOS SIN TOMAR NINGUNA ACCIÓN. Este formulario debe ser firmado por un participante que sea elegible para recibir la información que ha sido solicitada. Podría requerirse documentación adicional para determinar la elegibilidad. La firma debe ser notariada.

(Por favor escriba a máquina o en letra de molde)

I. IDENTIFICACIÓN DEL ARCHIVO DE RECLAMO. Proporcione la siguiente información para identificar el archivo de reclamo.			
Número de DWC o de IAB		No. de Seguro Social del empleado	
Nombre del Empleado		Fecha de la lesión	
Apellido	Nombre	Inicial	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
II. INFORMACION DEL SOLICITANTE. Proporcione la siguiente información con respecto al solicitante.			
Nombre		No. de buzón del representante de DWC (si es que aplica):	
Dirección		Dirección de correo electrónico	
Ciudad, Estado	Código Postal	No. de teléfono	No. de fax
III. INFORMACIÓN SOLICITADA. Por favor indique la información y servicios que desea solicitar. El servicio consiste en copias impresas de la información sobre el reclamo que se mantiene en forma impresa y/o en formato electrónico dentro de las siguientes áreas de los expedientes de la División de Compensación para Trabajadores.			
<input type="checkbox"/> Archivo del Reclamo <input type="checkbox"/> Con certificación <input type="checkbox"/> Sin certificación <input type="checkbox"/> Datos de Contacto del Proceso de Resolución de Disputas (electrónico) <input type="checkbox"/> Archivo Completo <input type="checkbox"/> Documentación Específica Contendida en el Expediente: _____			
<input type="checkbox"/> Expediente de Resolución de Disputas Médicas (después del 1/1/91) <input type="checkbox"/> Con certificación <input type="checkbox"/> Sin certificación Número de Referencia: _____ <input type="checkbox"/> Datos de Contacto del Proceso de Resolución de Disputas Médicas (electrónico) <input type="checkbox"/> Archivo Completo <input type="checkbox"/> Documentación Específica en el Expediente: _____			
<input type="checkbox"/> Expediente de Resolución de Disputas por Indemnización (reclamos con fecha de lesión después del 1/1/91 solamente). <input type="checkbox"/> Con certificación <input type="checkbox"/> Sin certificación No. de Registro de DWC: _____ <input type="checkbox"/> Archivo Completo <input type="checkbox"/> Documentación Específica Contendida en el Expediente: _____ <input type="checkbox"/> Cinta de Video (de ser disponible) <input type="checkbox"/> CD (de ser disponible) <input type="checkbox"/> Cinta de Audio (de ser disponible) <input type="checkbox"/> Transcripción fonética: Precio por hora			
Cualquier pregunta sobre expedientes en específico debe ser dirigida al área que mantiene el expediente.			

TODAS LAS PÁGINAS DEBEN COMPLETARSE



IMPORTANTE: AL CUMPLIR CON ESTE FORMULARIO, EL SOLICITANTE REPRESENTA QUE EL O ELLA TIENE DERECHO A LA INFORMACIÓN QUE SE HA SOLICITADO Y QUE TIENE PLENA AUTORIDAD PARA ACTUAR COMO SOLICITANTE. EL SOLICITANTE TAMBIÉN RECONOCE SU RESPONSABILIDAD PARA PAGAR POR TODAS LAS CANTIDADES QUE SE DEBEN POR SERVICIOS PROPORCIONADOS COMO RESULTADO DE ESTA SOLICITUD.

IV. ELEGIBILIDAD DEL SOLICITANTE Y NOTARIZACIÓN. (POR FAVOR MARQUE UNA CASILLA SOLAMENTE)

La Ley de Compensación para Trabajadores de Texas, Código Laboral de Texas, Título 5, Sección 402.084, limita la información confidencial que se hace pública en o derivada de un expediente de reclamo a las personas en las categorías que se muestran en la parte de abajo. Indique la categoría de elegibilidad, la cual le da derecho para recibir la información que ha solicitado. Firme y complete la atestación notarial antes de enviar la solicitud al Departamento de Seguros de Texas (TDI, por sus siglas en inglés) División de Compensación para Trabajadores (DWC, por sus siglas en inglés). La elegibilidad será verificada por TDI-DWC.

- El empleado o el beneficiario legal del empleado (ADJUNTE DOCUMENTACIÓN)
- El beneficiario legal del empleado o su representante (ADJUNTE DOCUMENTACIÓN)
- El empleador al momento de la lesión. El solicitante debe proporcionar el periodo de empleo del empleado lesionado: (ADJUNTE DOCUMENTACIÓN)
 _____ a _____
mes/año mes/año
- La Asociación de Garantía de Auto-Asegurados de Texas (Texas Certified Self-Insurer Guaranty Association, por su nombre en inglés) Establecida bajo el Sub capítulo G, Capítulo 407, si esta asociación ha asumido las obligaciones de un empleador impedido.
- La compañía de seguros o consejero/representante de la compañía de seguros. (ADJUNTE DOCUMENTACIÓN)
- La Asociación de Garantía de Seguros a la Propiedad y Contra Accidentes (Texas Property and Casualty Insurance Guaranty Association, por su nombre en inglés) si esta asociación ha asumido las obligaciones de una compañía de seguros que está impedida.
- Un participante que es el litigante en una demanda, en la cual la causa de acción resulta del incidente que hizo que surgiera la lesión. (DEBE ADJUNTAR COPIAS DE LA PETICIÓN Y DE LA RESPUESTA). El solicitante debe proporcionar la fecha de lesión del empleado lesionado

mes/año
- El Proveedor de Servicios Médicos que es participante en la Resolución de Disputas Médicas (Sección 413.031 de la Ley de Compensación para Trabajadores)

He leído y entendido este formulario y las instrucciones que lo acompañan. **Yo tengo derecho** a recibir la información confidencial que se ha solicitado sobre el empleado a como se indica en la parte de arriba. **Yo entiendo** que es un delito menor Clase A ilícitamente recibir, publicar, revelar, o distribuir información confidencial en o derivada del reclamo del empleado. [Código Laboral de Texas, Secciones 402.064; 402.081; 402.083 - .084; 402.086 y 402.091]

Nombre del Solicitante:
 (En letra de molde) _____
 Posición/Título: _____
 Nombre de la Empresa:
 (si es que aplica) _____
 No. de Identificación de Impuestos Federales _____

Firma _____ Fecha _____

Estado de _____ *

Condado de _____ *

Ante mí, en la fecha que se muestra en la parte de arriba personalmente compareció _____, quien después de primero haber jurado o afirmado, dijo que las declaraciones contenidas en esta solicitud son verdaderas.

Firmado _____

Notario Público, Estado de _____

Mi Comisión Expira _____



**SOLICITUD PARA OBTENER COPIAS DE LA INFORMACIÓN
CONFIDENCIAL DEL RECLAMANTE - INSTRUCCIONES (FORMULARIO DWC-153)**

1. **EL FORMULARIO DWC-153 DEBE LLENARSE EN SU TOTALIDAD.** Por favor escriba en letra de molde o a máquina. Entregue un Formulario por cada número de reclamo de DWC por el cual usted está solicitando copias. **No aceptamos copias enviadas por fax o correo electrónico.** No hacemos pública la información del reclamante excepto a como es proporcionado por la ley.
2. La Sección II (Información sobre el Solicitante) incluye un espacio para que incluya una dirección de correo electrónico. La dirección de correo electrónico es solicitada para que TDI pueda procesar la solicitud rápidamente, obtener información adicional para completar su verificación y para propósitos de facturación. La dirección de correo electrónico es considerada información confidencial bajo el TEX. GOV'T CODE ANN. § 552.137 y no será hecha pública sin su consentimiento.
3. Un solicitante **DEBE** indicar en la Sección IV la base legal por la cual el/ella tiene **derecho** para recibir la información confidencial que se ha solicitado sobre el empleado. Solo los individuos que se muestran en las categorías tienen derecho para recibir copias de esta información confidencial. Ver, Ley de Compensación para Trabajadores, Código Laboral de Texas 402.084. Ver el sitio Web de TDI para obtener información adicional. Documentación adicional es requerida para la elegibilidad.
 - A. Una compañía de seguros que es elegible debe haber manejado el reclamo de compensación para trabajadores del empleado lesionado.
 - B. Una compañía de seguros de otro estado o empleador, o su representante legal, pueden ser elegibles para recibir información confidencial referente al reclamo. Debe proporcionarse documentación del reclamo de compensación para trabajadores contra el empleador o la compañía de seguros que está pagando éste reclamo para determinar la elegibilidad.
4. Una persona no profesional o un representante legal pueden representar a un reclamante o al beneficiario del reclamante. Otros participantes que son elegibles para recibir información confidencial del expediente del reclamo pueden autorizar a un representante legal para que solicite y reciba la información en su nombre. Para establecer la elegibilidad para recibir información confidencial del expediente del reclamo, el representante legal de un participante debe proporcionar documentación de representación, por ejemplo, carta de representación del cliente, una copia del contrato entre el cliente y el representante o la respuesta original del demandado.
5. El solicitante debe jurar o afirmar la exactitud del derecho de información ante un **notario público**, debe también firmar el formulario completo ante un notario, y pedir al notario que complete el acta notarial de reconocimiento. El documento original que fue firmado y notariado debe ser enviado por correo o entregado personalmente a la dirección indicada en la parte de arriba del Formulario DWC-153.
6. **Copias de este formulario** serán aceptadas si **los dos** lados son una idéntica reproducción del documento original e incluyen una firma y notarización original.
7. Indique si se ha solicitado una **copia certificada**. La copia de la información que se ha solicitado tendrá adjunta una carta de certificación, la cual es firmada o sellada por el Guardián de los Expedientes (Custodian of Records, por su nombre en inglés), o su delegado, legalizando la autenticidad del documento(s) adjunto(s). Ver la Sección III. Por cada certificación se cobrará la suma de \$1.00.
8. **Los cargos y facturación serán hechos de la siguiente manera:**
 - A. **Los cargos que sobrepasen los \$40 requerirán una aprobación y los presupuestos de más de \$100 requerirán ser depositados antes que los documentos puedan ser proporcionados/enviados por correo. La Agencia de Consejo de TDI (TDI Agency Counsel, por su nombre en inglés) enviará una factura detallada después que los documentos han sido enviados. Preguntas con respecto a facturación deben ser dirigidas a la Agencia de Consejo de TDI.**
 - B. Haga los cheques pagaderos al Texas Department of Insurance (Departamento de Seguros de Texas).
9. No se cuenta con servicio de envío por correo rápido (priority mail, por su nombre en inglés) al menos que el solicitante proporcione un número de cuenta.
10. Para recibir **ayuda adicional** al completar este formulario llame al área que mantiene el expediente que ha solicitado. Expedientes en el Centro de Archivos (Records Center) llame al (512) 804-4990; expedientes de Resolución de Disputas Médicas (Medical Dispute Resolution) llame al (512) 804-4812; expedientes de Resolución de Disputas por Indemnización (Indemnity Dispute Resolution) llame al (512) 804-4060.
11. La cancelación de una solicitud debe ser hecha por escrito, llame a la Agencia de Consejo de TDI al (512) 475-1757 o a una de las áreas mostradas arriba. Una cancelación no releva al solicitante de la responsabilidad para pagar por las cantidades que se deben por servicios proporcionados ANTES del aviso de esta cancelación. Cualquier pregunta con respecto a facturas debe ser dirigida a la Agencia de Consejo de TDI al (512) 463-6434.

LAS AGENCIAS GUBERNAMENTALES/ SUBDIVISIONES POLÍTICAS U ENTIDADES REGULADORAS que solicitan copias de la información confidencial del reclamante otro que no sea el empleador, no deben completar este formulario. Por favor comuníquese con la Sección de Servicios Legales de DWC al (512) 804-4275 para información sobre como se determina la elegibilidad para recibir información confidencial.

IMPORTANTE: AL CUMPLIR CON EL FORMULARIO DWC-153, EL SOLICITANTE REPRESENTA QUE EL O ELLA TIENE DERECHO A LA INFORMACIÓN QUE HA SIDO SOLICITADA Y QUE EL O ELLA TIENE AUTORIDAD ABSOLUTA PARA ACTUAR COMO SOLICITANTE. ES UN DELITO MENOR, CLASE A QUE PERSONAS SIN AUTORIZACIÓN RECIBAN INFORMACION CONFIDENCIAL SOBRE EL RECLAMO O QUE REVELEN TAL INFORMACIÓN A PERSONAS NO AUTORIZADAS (CÓDIGO LABORAL DE TEXAS §§ 402.064; 402.081; 402.083 - .084; 402.086 & 402.091). EL SOLICITANTE TAMBIÉN RECONOCE SU RESPONSABILIDAD PARA PAGAR POR TODAS LAS CANTIDADES QUE SE DEBEN POR SERVICIOS QUE FUERON PROPORCIONADOS COMO RESULTADO DE ESTA SOLICITUD.