



Complete esta información si es que la sabe:

No. de reclamación de DWC:

No. de la aseguradora:

Solicitud para recibir beneficios por adelantado

Parte 1: Información del empleado lesionado

1. Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)	2. Número de Seguro Social XXX-XX -
3. Fecha de la lesión (mm/dd/aaaa)	4. Número de teléfono
5. Dirección (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)	

Parte 2: Información de la aseguradora

6. Nombre de la aseguradora	7. Nombre del ajustador (nombre, apellido)
8. Número de teléfono del ajustador	9. Número de fax del ajustador (opcional)
10. Correo electrónico del ajustador	

Parte 3: Información sobre su solicitud

11. Cantidad de la solicitud \$	12. Cantidad que usted desea que se reduzca de sus beneficios de ingresos \$ <input type="checkbox"/> a la semana <input type="checkbox"/> al mes
13. Cantidad de beneficios de ingresos que usted recibe actualmente \$ <input type="checkbox"/> a la semana <input type="checkbox"/> al mes	14. Tipo de beneficios de ingresos que usted recibe <input type="checkbox"/> beneficios de ingresos temporales <input type="checkbox"/> beneficios de ingresos de impedimento <input type="checkbox"/> beneficios de ingresos suplementarios <input type="checkbox"/> beneficios de ingresos de por vida

Nombre del Empleado:

No. de Reclamación de DWC:

Para Uso Exclusivo de DWC

15. Explique por qué necesita este adelanto (su dificultad económica).

Parte 4: Certifique con su firma

16. Yo certifico que la información en la parte de arriba es correcta. Yo he leído y entiendo que, si mi solicitud para obtener beneficios por adelantado es aprobada, la cantidad de los pagos futuros de beneficios semanales se reducirá (consulte las preguntas frecuentes que se muestran a continuación en este formulario para saber cómo es que un adelanto afectará sus beneficios de ingresos futuros).

Firma _____ **Fecha** _____

Nombre del Empleado:

No. de Reclamación de DWC:

Para Uso Exclusivo de DWC

Preguntas Frecuentes

Solicitud para recibir beneficios por adelantado

¿Quién puede presentar el Formulario DWC047S?

El empleado lesionado puede presentar este formulario para solicitar un adelanto de los beneficios si está pasando por dificultades económicas.

¿Qué información importante necesito saber?

- La cantidad del adelanto no puede ser más de cuatro veces la cantidad máxima semanal para los beneficios de ingresos temporales basándose en la fecha de su lesión. Para obtener la cantidad máxima semanal, visite www.tdi.texas.gov/wc/employee/maxminbens.html.
- La cantidad total de los beneficios por adelantado que usted solicite no puede ser mayor a la cantidad que usted pueda obtener en beneficios de ingresos futuros. Los beneficios de ingresos futuros deben de ser suficientes para cubrir la cantidad del adelanto.
- Nosotros solamente aprobaremos tres solicitudes de adelantos para la misma lesión.

Para obtener más información sobre los adelantos de beneficios por dificultades económicas, la cantidad máxima de beneficios semanales y el adelanto de beneficios basado en dificultades económicas, consulte las Secciones 408.085 y 408.061 del Código Laboral de Texas y la Sección 126.4 del Código Administrativo de Texas No. 28.

¿A dónde envío este formulario?

Envíe este formulario al Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores (Division of Workers' Compensation -DWC, por su nombre y siglas en inglés) por fax o por correo postal.

- **Fax:** 512-804-4378
- **Correo postal:** Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation
Policy and Customer Service, MC-PCS
PO Box 12050
Austin, TX 78711-2050

¿Qué es lo que hará DWC?

Nosotros aprobaremos o denegaremos su solicitud. Usted y la aseguradora recibirán una orden con nuestra decisión.

¿Qué sucede si mi solicitud es aprobada?

- La aseguradora pagará el adelanto dentro del transcurso de siete días, después de que ellos reciban la orden de aprobación.
- Después de que la aseguradora haya pagado su adelanto, le descontarán esa cantidad de sus futuros cheques semanales o mensuales.

¿Dónde puedo obtener más información?

Visite www.211texas.org/cms/ para obtener más información sobre otros recursos y servicios fuera de DWC para necesidades básicas tal como alimentos, salud, vivienda y más.

¿Tiene preguntas?

Llame al 1-800-252-7031, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., hora del centro. Visite www.tdi.texas.gov/wc para obtener más información sobre la compensación para trabajadores.

Nota: Con pocas excepciones, a petición suya, 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 www.tdi.texas.gov.