



TEXAS DEPARTMENT OF INSURANCE

Division of Workers' Compensation - Records Processing (MS-93)

7551 Metro Center Drive, Suite 100, Austin, Texas 78744-1645
(800) 252-7031 | F: (512) 804-4378 | TDI.texas.gov | @TexasTDI

No. de Reclamación de DWC

No. de Reclamación de la Aseguradora

Envíe el formulario original completo a la aseguradora.
Envíe una copia a la oficina local de TDI-DWC que está
manejando la reclamación.

ELECCIÓN DEL EMPLEADO PARA LA CONVERSIÓN DE LOS BENEFICIOS DE INGRESOS DE IMPEDIMENTO A UN PAGO TOTAL (FORMULARIO DWC-051)

1. Nombre del Empleado	2. Número de Teléfono	3. Fecha de la Lesión (mm/dd/aaaa)
4. Dirección (Calle o Apartado Postal, Ciudad Estado, Código Postal)		
5. Nombre del Negocios del Empleador	6. Nombre de la Aseguradora	

Aviso al Empleado: La Sección 408.128 de la Ley de Compensación para Trabajadores de Texas (Texas Workers' Compensation Act, por su nombre en inglés) le permite recibir sus beneficios de ingresos de impedimento (Impairment Income Benefits – IIBs, por su nombre y siglas en inglés) en una suma total si usted ha estado de regreso en el trabajo tres meses o más, ganando al menos 80% del salario de su promedio del salario semanal.

La oficina local del 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) **que está manejando su reclamación** le asistirá con información para completar este formulario, si así lo necesita. Si la aseguradora niega su solicitud, usted puede pedir que TDI-DWC programe una fecha para una conferencia para revisión de beneficios (Benefit Review Conference, por su nombre en inglés) llamando al 800-252-7031.

ADVERTENCIA: Es posible que los Beneficios de Ingresos Suplementarios estén disponibles para usted al final del periodo de impedimento si usted tiene un impedimento del 15% o más, si está ganando menos del 80% de su promedio del salario semanal como directo resultado de su impedimento, y si usted de buena fe ha intentado obtener empleo de acuerdo con sus habilidades de trabajo. SI USTED RECIBE UN PAGO EN SUMA TOTAL POR SU PAGO DE BENEFICIOS DE INGRESOS DE IMPEDIMENTO, NO PODRÁ RECIBIR BENEFICIOS DE INGRESOS SUPLEMENTARIOS O CUALQUIER OTRO BENEFICIO DE INGRESO ADICIONAL POR LA LESION. Los beneficios médicos relacionados con esta lesión no serán afectados si usted recibe un pago en suma total.

[Sección 408.128, Conversión de los Beneficios de Ingresos de Impedimento, Sección 408.041- 408.0446, Promedio del Salario Semanal, Sección 408.142, Beneficios de Ingresos Suplementarios, Ley de Compensación para Trabajadores de Texas, Reglamento 147.10]

7. Fecha del Mejoramiento Máximo Médico Según lo Determinado por el Médico (mm/dd/aaaa) _____
8. Porcentaje de Impedimento de Cuerpo Entero _____ % Nombre del Médico que proporcionó el porcentaje de impedimento de cuerpo entero _____ ¿Disputó la aseguradora el porcentaje de impedimento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cantidad Semanal de los Beneficios de Ingresos de Impedimento \$ _____
9. Fecha en que Regresó al Trabajo (mm/dd/aaaa) _____ Índice de Pago Actual \$ _____ <input type="checkbox"/> Por Hora <input type="checkbox"/> Por Semana <input type="checkbox"/> Por Mes <input type="checkbox"/> Otro ¿Ha estado de regreso en el trabajo por lo menos 3 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10. He leído y entendido este formulario, o se me ha explicado. Firma del Empleado _____ Fecha (mm/dd/aaaa) _____

TO BE COMPLETED ONLY BY THE INSURANCE CARRIER/ PARA USO EXCLUSIVO DE LA ASEGURADORA

11. Date Received From Employee / Fecha en que se recibió el formulario del empleado (mm/dd/yyyy)	Denied - does not meet requirements set by law / Denegado, no cumple con los requisitos de ley. <input type="checkbox"/> Employee not earning at least 80% of preinjury average weekly wage / El empleado no está ganando por lo menos el 80% del salario recibido antes de que ocurriera la lesión. <input type="checkbox"/> Employee not employed for at least 3 months / El empleado no ha trabajado en por lo menos 3 meses. <input type="checkbox"/> Impairment rating being disputed / El porcentaje de impedimento está en disputa en estos momentos.
<input type="checkbox"/> Accepted, Payment Enclosed / Aceptado, Pago Adjunto	
Lump Sum Amount Paid / Cantidad del Pago Total que fue Pagada \$ _____ Date Paid / Fecha del Pago (mm/dd/yyyy) _____	
For Period From / Por el Periodo de (mm/dd/yyyy) _____ To / A (mm/dd/yyyy) _____	
Carrier Representative's Printed Name / Nombre del representante de la aseguradora en letra de molde _____	
Signature / Firma _____ Date / Fecha _____	



Elección del Empleado para la Conversión de los Beneficios de Ingresos de Impedimento a un Pago Total (Formulario DWC-051)

¿Quién puede usar este formulario para elegir obtener los beneficios de ingresos de impedimento (IIBs) en un pago total?

Un empleado lesionado puede elegir recibir el resto de los beneficios de ingresos de impedimento a los cuales el empleado tiene derecho a recibir en un pago total, si el empleado ha estado de regreso en el trabajo por lo menos 3 meses ganando al menos 80% del promedio del salario semanal del empleado.

Cómo Solicitarlo

El empleado puede solicitar recibir el pago en una suma total (conversión) presentando el formulario Elección del Empleado para la Conversión de los Beneficios de Ingresos de Impedimento a un Pago Total (Formulario DWC-051) ante la aseguradora de compensación para trabajadores. El empleado también debe enviar una copia del formulario completo al Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores (TDI-DWC). El formulario lo puede obtener comunicándose con su oficina local al 800-252-7031 o descargándolo del sitio web en: <http://www.tdi.texas.gov/forms/form20employee.html>.

Aviso de Aprobación o Denegación por parte de la Aseguradora

La aseguradora debe enviar un aviso de aprobación o denegación tanto a TDI-DWC como al empleado lesionado a no más tardar de 14 días de haber recibido la solicitud. El aviso de aprobación debe incluir el pago por los beneficios de ingresos de impedimento en un pago total. El aviso de denegación debe incluir la razón(es) por la cual la aseguradora denegó la solicitud.

Si el empleado lesionado no recibe un aviso de aprobación o denegación de manera oportuna por parte de la aseguradora, el empleado lesionado puede comunicarse con la oficina local de TDI-DWC. Si la aseguradora ha denegado la solicitud, el empleado lesionado puede solicitar que TDI-DWC programe una conferencia para revisión de beneficios para tratar de resolver el asunto.

Elegibilidad para Recibir Beneficios de Ingresos Adicionales, Si es que se Aprueban

Si el empleado lesionado recibe un pago total por los beneficios de ingresos de impedimento, el empleado no podrá ser elegible para recibir beneficios de ingresos suplementarios o cualquier otro tipo de beneficio por la lesión. **Los beneficios médicos relacionados con esta lesión no serán afectados por haber recibido los IIBs en un pago de suma total.**

Estatutos que son Aplicables

Ley de Compensación para Trabajadores de Texas: <http://www.tdi.texas.gov/wc/act/index.html>

Sección 408.128, Conversión de los Beneficios de Ingresos de Impedimento

Sección 408.041-408.0446, Promedio del Salario Semanal

Sección 408.142, Beneficios de Ingresos Suplementarios

¿Preguntas?

Si tiene cualquier pregunta sobre este formulario, comuníquese con el personal de su oficina local de TDI-DWC al 800-252-7031.

NOTA: Con algunas excepciones, a petición suya, usted tiene derecho a ser informado sobre la información que TDI-DWC reúne sobre usted; así como recibir y revisar dicha información (Código Gubernamental §§552.021 y 552.023); y solicitar que TDI-DWC corrija la información que está incorrecta (Código Gubernamental, §559.004). Para obtener más información, comuníquese con agencycounsel@tdi.texas.gov o consulte la sección de Procedimientos de Corrección (Corrections Procedure Section, por su nombre en inglés) en www.tdi.texas.gov.