



# TEXAS DEPARTMENT OF INSURANCE

## Division of Workers' Compensation (MS-603)

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

Por favor complete, si es que sabe esta información:

Número de DWC

Número de la aseguradora

Envíe la solicitud del **primer** trimestre de SIBs a la oficina local que está manejando su reclamación. Envíe las solicitudes para todas los demás trimestres a la aseguradora.

### SOLICITUD PARA RECIBIR BENEFICIOS DE INGRESOS SUPLEMENTARIOS (Formulario DWC052)

#### SECCIÓN 1: INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO

|   |   |  |
|---|---|--|
| 1. Nombre del Empleado (Apellido, Nombre, Inicial)                    | 2. Número de Seguro Social (últimos 4 dígitos)<br>XXX-XX- | 3. Número de Teléfono                            |
| 4. Dirección (Calle o Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal) |   | 5. Fecha de la Lesión                            |
| 6. Nombre del Médico Tratante Actual                                  |   | 7. Número de Teléfono del Médico Tratante Actual |

#### SECCIÓN 2: INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADOR / ASEGURADORA

|                          |                                      |           |
|--------------------------|--------------------------------------|-----------|
| 8. Nombre del Empleador  | 9. Nombre de la Aseguradora          |           |
| 10. Nombre del Ajustador | 11. Número de Teléfono del Ajustador | Extensión |

#### SECCIÓN 3: INFORMACIÓN SOBRE LA ELEGIBILIDAD DE SIBs

|  |   |
|--|---|
| 12. Porcentaje de Impedimento de Cuerpo Entero | 13. Fecha del Mejoramiento Máximo Médico  |
| 14. Número del Trimestre                       | 15. Fecha Límite para Presentar la Solicitud  |
| 16. Fechas del Trimestre                       | Empieza: Termina:   |
| 17. Fechas del Periodo de Calificación         | Empieza: Termina:   |
| 18. Condado de su residencia:                  | 19. Número mínimo de esfuerzos de búsqueda de trabajo para el condado de su residencia: |

#### SECCIÓN 4: ACTIVIDADES DE BÚSQUEDA DE TRABAJO PARA EL PERIODO DE CALIFICACIÓN

Para documentar más a fondo sus búsquedas de trabajo, utilice la "Búsqueda de Trabajo Detallada / Registro de Contacto del Empleador" en la página 5 de este formulario.

| Semana Número  | Marque todas las que apliquen   | Notas y tipo de documentación adjunta (ver las instrucciones)   |
|----------------|---|---|
| <b>Ejemplo</b> | <input type="checkbox"/> No puedo trabajar <input type="checkbox"/> Trabajando <input checked="" type="checkbox"/> Esfuerzos de búsqueda de trabajo<br><input checked="" type="checkbox"/> Programa de rehabilitación vocacional<br>Número de búsquedas de trabajo llevadas a cabo <u>  3  </u> | Copia de mi plan de rehabilitación en Terapia ABC; copias de tres solicitudes de empleo, dos empleos encontrados con la asistencia del personal de la Fuerza Laboral de Texas, encontré un empleo vacante en el periódico |
| 1              | <input type="checkbox"/> No puedo trabajar <input type="checkbox"/> Trabajando <input type="checkbox"/> Esfuerzos de búsqueda de trabajo<br><input type="checkbox"/> Programa de rehabilitación vocacional<br>Número de búsquedas de trabajo llevadas a cabo <u>      </u>                      |   |
| 2              | <input type="checkbox"/> No puedo trabajar <input type="checkbox"/> Trabajando <input type="checkbox"/> Esfuerzos de búsqueda de trabajo<br><input type="checkbox"/> Programa de rehabilitación vocacional<br>Número de búsquedas de trabajo llevadas a cabo <u>      </u>                      |   |
| 3              | <input type="checkbox"/> No puedo trabajar <input type="checkbox"/> Trabajando <input type="checkbox"/> Esfuerzos de búsqueda de trabajo<br><input type="checkbox"/> Programa de rehabilitación vocacional<br>Número de búsquedas de trabajo llevadas a cabo <u>      </u>                      |   |
| 4              | <input type="checkbox"/> No puedo trabajar <input type="checkbox"/> Trabajando <input type="checkbox"/> Esfuerzos de búsqueda de trabajo<br><input type="checkbox"/> Programa de rehabilitación vocacional<br>Número de búsquedas de trabajo llevadas a cabo <u>      </u>                      |   |

|    |  |   |  |
|----|--|---|--|
| 5  | <input type="checkbox"/> No puedo trabajar <input type="checkbox"/> Trabajando<br><input type="checkbox"/> Programa de rehabilitación vocacional | <input type="checkbox"/> Esfuerzos de búsqueda de trabajo<br>Número de búsquedas de trabajo llevadas a cabo _____ |  |
| 6  | <input type="checkbox"/> No puedo trabajar <input type="checkbox"/> Trabajando<br><input type="checkbox"/> Programa de rehabilitación vocacional | <input type="checkbox"/> Esfuerzos de búsqueda de trabajo<br>Número de búsquedas de trabajo llevadas a cabo _____ |  |
| 7  | <input type="checkbox"/> No puedo trabajar <input type="checkbox"/> Trabajando<br><input type="checkbox"/> Programa de rehabilitación vocacional | <input type="checkbox"/> Esfuerzos de búsqueda de trabajo<br>Número de búsquedas de trabajo llevadas a cabo _____ |  |
| 8  | <input type="checkbox"/> No puedo trabajar <input type="checkbox"/> Trabajando<br><input type="checkbox"/> Programa de rehabilitación vocacional | <input type="checkbox"/> Esfuerzos de búsqueda de trabajo<br>Número de búsquedas de trabajo llevadas a cabo _____ |  |
| 9  | <input type="checkbox"/> No puedo trabajar <input type="checkbox"/> Trabajando<br><input type="checkbox"/> Programa de rehabilitación vocacional | <input type="checkbox"/> Esfuerzos de búsqueda de trabajo<br>Número de búsquedas de trabajo llevadas a cabo _____ |  |
| 10 | <input type="checkbox"/> No puedo trabajar <input type="checkbox"/> Trabajando<br><input type="checkbox"/> Programa de rehabilitación vocacional | <input type="checkbox"/> Esfuerzos de búsqueda de trabajo<br>Número de búsquedas de trabajo llevadas a cabo _____ |  |
| 11 | <input type="checkbox"/> No puedo trabajar <input type="checkbox"/> Trabajando<br><input type="checkbox"/> Programa de rehabilitación vocacional | <input type="checkbox"/> Esfuerzos de búsqueda de trabajo<br>Número de búsquedas de trabajo llevadas a cabo _____ |  |
| 12 | <input type="checkbox"/> No puedo trabajar <input type="checkbox"/> Trabajando<br><input type="checkbox"/> Programa de rehabilitación vocacional | <input type="checkbox"/> Esfuerzos de búsqueda de trabajo<br>Número de búsquedas de trabajo llevadas a cabo _____ |  |
| 13 | <input type="checkbox"/> No puedo trabajar <input type="checkbox"/> Trabajando<br><input type="checkbox"/> Programa de rehabilitación vocacional | <input type="checkbox"/> Esfuerzos de búsqueda de trabajo<br>Número de búsquedas de trabajo llevadas a cabo _____ |  |

### SECCIÓN 5: SUELDOS DURANTE EL PERIODO DE CALIFICACIÓN

| Semana | Sueldo Bruto Ganado | Semana | Sueldo Bruto Ganado |
|--------|---------------------|--------|---------------------|
| 1.     | \$                  | 8.     | \$                  |
| 2.     | \$                  | 9.     | \$                  |
| 3.     | \$                  | 10.    | \$                  |
| 4.     | \$                  | 11.    | \$                  |
| 5.     | \$                  | 12.    | \$                  |
| 6.     | \$                  | 13.    | \$                  |
| 7.     | \$                  |        |                     |

### SECCIÓN 6: CERTIFICACIÓN

Yo certifico que:

- no he elegido recibir cualquiera de mis beneficios de ingresos de impedimento para que sean pagados en una suma total;
- estoy ganando menos del 80% de mi promedio del salario semanal como resultado del impedimento a causa de mi lesión compensable;
- he cumplido con los requisitos de búsqueda de trabajo del Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores (TDI-DWC, por sus siglas en inglés) (Código Laboral de Texas §408.1415 y Código Administrativo de Texas §130.101 y §130.102); y
- la información que he proporcionado en esta Solicitud para Recibir Beneficios de Ingresos Suplementarios es verdadera. Yo entiendo que si intencionadamente yo proporciono información falsa para obtener beneficios, puedo ser acusado de cometer un delito criminal o administrativo.

Firma del Empleado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**SECCIÓN 7: AVISO DE ELEGIBILIDAD O NO-ELEGIBILIDAD**

|   |                     |                      |
|---|---------------------|----------------------|
| Número del Trimestre  | Fecha en que Empezó | Fecha en que Terminó |
| <b>ESTA INFORMACIÓN DEBER SER LLENADA POR TDI-DWC EL PRIMER TRIMESTRE Y POR LA ASEGRUADORA EN LOS TRIMESTRES SUBSIGUIENTES.</b>   |                     |                      |
| <input type="checkbox"/> El Empleado Tiene Derecho a Recibir Beneficios de Ingresos Suplementarios Pagos Mensuales por 3 Meses de \$ _____                                    |                     |                      |
| <input type="checkbox"/> El Empleado No Tiene Derecho a Recibir Beneficios de Ingresos Suplementarios<br>Razón por la Cual el Empleado no Tiene Derecho a Recibir Beneficios: |                     |                      |
| Firma de la Persona Autorizada que Revisó el Caso   |                     | Fecha                |
| Nombre en Letra de Molde de la Persona Autorizada que Revisó el Caso  |                     |                      |
| Título  | Número de Teléfono  |                      |

**INFORMACION PARA DISPUTAR SU ELEGIBILIDAD O CANTIDAD DE BENEFICIOS DE INGRESOS SUPLEMENTARIOS:**

**Para el Empleado**

- Para disputar la no-elegibilidad de beneficios de ingresos suplementarios o la cantidad mensual que se le pagará en cualquier trimestre, usted deberá tener información, tal como la documentación detallada de sus búsquedas detalladas de trabajo/ registro de contacto del empleador o un reporte médico reciente respaldando su incapacidad o base legal.
- Para disputar la determinación de TDI-DWC o la aseguradora, usted debe solicitar una Conferencia para Revisión de Beneficios comunicándose a la oficina local de TDI-DWC que está manejando su reclamación o llame al (800) 252-7031.

**Para la Aseguradora**

- Para disputar el primer trimestre, solicite una Conferencia para Revisión de Beneficios dentro de 10 días después de haber recibido notificación por parte de TDI-DWC.
- Para disputar la elegibilidad en los siguientes trimestres cuando un pago se ha hecho en el trimestre anterior, solicite una Conferencia para Revisión de Beneficios dentro de 10 días después de haber recibido la *Solicitud para Recibir Beneficios de Ingresos Suplementarios*.
- Para disputar elegibilidad de un trimestre subsiguiente sin ningún tipo de pago anterior en el trimestre previo, envíe el aviso de no-elegibilidad al empleado dentro de 10 días a partir de la fecha en que el formulario fue presentado a la compañía de seguros. Incluya las razones por las cuales no se encontró elegibilidad y proporcione instrucciones al empleado sobre como disputar la determinación de la aseguradora.

**CÁLCULOS DE LOS BENEFICIOS DE INGRESOS SUPLEMENTARIOS**

Para uso de TDI-DWC o de la Aseguradora para Demostrar el Cálculo de Pagos Mensuales

|    |                                      |   |                                  |   |          |                             |
|----|--------------------------------------|---|----------------------------------|---|----------|-----------------------------|
| 1. | \$ _____                             | X | 80%                              | = | \$ _____ |                             |
|    | (Promedio del Salario Semanal)       |   |                                  |   |          | (Transferir a la Línea 4A)  |
| 2. | \$ _____                             | + | \$ _____                         | = | \$ _____ |                             |
|    | (Salario Ganado)                     |   | (Salario Ofrecido)               |   |          | (Transferir a la Línea 3A)  |
| 3. | \$ _____                             | ÷ | 13                               | = | \$ _____ |                             |
|    | (3A – Salario Totales)               |   |                                  |   |          | (Transferir a la Línea 4B)  |
| 4. | \$ _____                             | – | \$ _____                         | = | \$ _____ |                             |
|    | (4A)                                 |   | (4B)                             |   |          | (Transferir a la Línea 5A)  |
| 5. | \$ _____                             | X | 80%                              | = | \$ _____ |                             |
|    | (5A)                                 |   |                                  |   |          | (Transferir a la Línea 6A)  |
| 6. | \$ _____                             | X | 4.34821                          | = | \$ _____ |                             |
|    | (6A)                                 |   |                                  |   |          | (Pago Mensual*)             |
|    | <u>Si Hay Contribución: (% ___ )</u> |   |                                  |   |          |                             |
| 7. | \$ _____                             | X | _____                            | = | \$ _____ |                             |
|    | (Pago Mensual)                       |   | (% de Reducción)                 |   |          | (Transferir a la Línea 8B)  |
| 8. | \$ _____                             | – | \$ _____                         | = | \$ _____ |                             |
|    | (Pago Mensual)                       |   | (8B – Reducción de Contribución) |   |          | (Cantidad Mensual Reducida) |

\*Sujeto a la cantidad máxima.

## SOLICITUD PARA RECIBIR BENEFICIOS DE INGRESOS SUPLEMENTARIOS (Formulario DWC-052)

Para llenar esta solicitud, vea la publicación de TDI-DWC

*“Preguntas y Respuestas sobre los Beneficios de Ingresos Suplementarios.”*

### ¿Cuándo es que debo presentar la solicitud para obtener SIBs?

Las fechas límites de la solicitud de SIBs serán diferentes para cada empleado, dependiendo en las fechas del periodo de calificación. Generalmente, usted debe presentar su solicitud para obtener SIBs seis días antes del final del periodo de calificación, pero a no más tardar de siete días después de la fecha en que termina el periodo de calificación. Para el primer trimestre, esta fecha límite se proporciona en la Casilla #4 de la carta de aviso de SIBs, la cual se le es enviada por el Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores (TDI-DWC). Para los demás trimestres, su aseguradora le proporcionará las fechas límite para presentar la solicitud de SIBs en la Sección 3, Casilla #15 de este formulario.

### ¿A dónde debo enviar el formulario completo?

Para el primer trimestre, envíe el formulario completo DWC-052 y cualquier documentación pertinente a la oficina local de TDI-DWC que está manejando su reclamación. La información de contacto de la oficina local está disponible en <http://www.tdi.texas.gov/wc/dwccontacts.html#offices>. Para los demás trimestres, regrese el formulario a su aseguradora. Usted puede presentar el formulario por medio de correo postal, en persona o electrónicamente (incluyendo fax o e-mail).

### ¿Cuántas solicitudes de empleo y/o contactos de búsqueda de trabajo debo tener si estoy activamente buscando trabajo?

Usted debe tener al menos el número mínimo de solicitudes de empleo y/o contactos de búsqueda de trabajo que sea consistente con los de los beneficios de compensación por desempleo. Estos varían por condado de residencia. Usted debe comunicarse con TDI-DWC al 1-800-252-7031 o visite el sitio Web <http://www.tdi.texas.gov/wc/employee/benefits.html#sibs> para encontrar los requisitos del número mínimo de búsquedas semanales de trabajo en el condado donde vive.

### ¿Qué tipo de documentación debo proporcionar para demostrar que cumpla con los requisitos de búsqueda de trabajo de TDI-DWC?

Usted debe mantener documentación pertinente, tal como solicitudes de trabajo, cartas y notas que claramente demuestren sus activos esfuerzos para cumplir con los requisitos de búsqueda de trabajo de TDI-DWC por **cada semana** durante el entero periodo de calificación. Los siguientes son ejemplos de varios tipos de documentación que es aceptable.

*Para documentar las búsquedas de trabajo* – Si usted no ha regresado a trabajar y no puede trabajar en **ninguna** capacidad, usted debe buscar un trabajo que iguale su habilidad para trabajar durante **cada semana** del periodo de calificación. La documentación que es apropiada incluye:

- Registro de búsqueda de trabajo adjunto al Formulario DWC-052, Solicitud para Recibir Beneficios de Ingresos Suplementarios;
- Documentación sobre cualquier visita de seguimiento con un posible empleador, y/o
- Copias de solicitudes de empleo u hoja de vida (resume, por su nombre en inglés) las cuales documentan sus esfuerzos para encontrar empleo.

Si usted tiene **cualquier** oferta de empleo, y no la acepta, debe incluir información sobre los salarios que le ofrecieron como parte de esta solicitud. Si usted tiene su propio negocio, muestre sus salarios semanales brutos como la cantidad total del salario recibido de su propio negocio. Utilice la *“Búsqueda de Trabajo Detallada / Registro de Contacto del Empleador”* (página 5 de este formulario) para documentar sus esfuerzos.

*Para documentar su inhabilidad para trabajar* – Si usted no puede trabajar a causa de su lesión compensable en parte o por todo el periodo de calificación, usted debe presentar un reporte narrativo de un médico, el cual específicamente explique cómo es que su lesión compensable le ha causado no poder desempeñar cualquier tipo de trabajo en el periodo de tiempo que ha sido especificado.

*Para documentar la participación en un servicio de rehabilitación vocacional* – Si usted participa en un programa de servicios de rehabilitación vocacional, debe proporcionar documentación que demuestre sus esfuerzos para cumplir con los requisitos de su plan de rehabilitación vocacional.

*Para documentar el empleo durante el periodo de calificación de SIBs* – Usted debe proporcionar documentación que muestre que usted ganó menos del 80% de su promedio del salario semanal como resultado de su incapacidad a causa de la lesión compensable. La documentación pertinente incluye talones de cheques y estados de cuenta de su salario (wage statements, por su nombre en inglés).

### ¿Cuándo y cómo sabré si he sido aprobado para recibir SIBs?

TDI-DWC le notificará sobre su derecho para recibir SIBs por el primer trimestre a no más tardar del último día de su periodo de IIBs. Para todos los trimestres subsiguientes, la aseguradora debe notificar a los solicitantes sobre su decisión del derecho para recibir SIBs dentro de 10 días a partir de la fecha en que se recibió la solicitud. El aviso contendrá información específica sobre la razón por la cual se tomó la determinación. Si le negaron los SIBs, el aviso incluirá las razones por las cuales se tomó la determinación, las fechas en que empezaron y terminaron los trimestres, y las instrucciones para los participantes si ellos quieren disputar la decisión.

### ¿En dónde puedo encontrar más información sobre SIBs?

Más información sobre SIBs, incluyendo una lista del número mínimo de búsquedas de trabajo en cada condado en Texas y la publicación *“Preguntas y Respuestas sobre los Beneficios de Ingresos Suplementarios”*, está disponible en nuestro sitio Web en <http://www.tdi.texas.gov/wc/employee/benefits.html#sibs>.

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](mailto: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](http://www.tdi.texas.gov).

## Búsqueda de Trabajo Detallada / Registro de Contacto del Empleador (proporcione detalles de cada contacto de trabajo)

Nombre: \_\_\_\_\_

Número mínimo de esfuerzos de búsqueda semanal para su condado de residencia: \_\_\_\_\_

| Fecha<br>(mes/día/año) | Nombre del negocio,<br>Dirección, Teléfono y sitio<br>Web | ¿Cómo se<br>comunicó?   | ¿Qué fue lo que<br>presentó?  | Persona con la que se<br>comunicó                                       | Descripción<br>del empleo | Resultados   |
|------------------------|---|---|---|---|---------------------------|--|
|                        |   | <input type="checkbox"/> En persona<br><input type="checkbox"/> Por teléfono<br><input type="checkbox"/> Por fax<br><input type="checkbox"/> Por correo postal<br><input type="checkbox"/> Por e-mail / Web | <input type="checkbox"/> Carta de presentación<br><input type="checkbox"/> Solicitud<br><input type="checkbox"/> Hoja de vida<br><br>_____<br><br>_____ | Nombre _____<br><br>Teléfono _____<br><br>Fax _____<br><br>E-mail _____ |                           | <input type="checkbox"/> Empleo ofrecido<br>Cantidad del salario ofrecido _____<br>¿Aceptó la oferta?<br><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No<br>Fecha de inicio en el nuevo empleo ____<br><input type="checkbox"/> No están contratando<br>Otro _____ |
|                        |   | <input type="checkbox"/> En persona<br><input type="checkbox"/> Por teléfono<br><input type="checkbox"/> Por fax<br><input type="checkbox"/> Por correo postal<br><input type="checkbox"/> Por e-mail / Web | <input type="checkbox"/> Carta de presentación<br><input type="checkbox"/> Solicitud<br><input type="checkbox"/> Hoja de vida<br><br>_____<br><br>_____ | Nombre _____<br><br>Teléfono _____<br><br>Fax _____<br><br>E-mail _____ |                           | <input type="checkbox"/> Empleo ofrecido<br>Cantidad del salario ofrecido _____<br>¿Aceptó la oferta?<br><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No<br>Fecha de inicio en el nuevo empleo ____<br><input type="checkbox"/> No están contratando<br>Otro _____ |
|                        |   | <input type="checkbox"/> En persona<br><input type="checkbox"/> Por teléfono<br><input type="checkbox"/> Por fax<br><input type="checkbox"/> Por correo postal<br><input type="checkbox"/> Por e-mail / Web | <input type="checkbox"/> Carta de presentación<br><input type="checkbox"/> Solicitud<br><input type="checkbox"/> Hoja de vida<br><br>_____<br><br>_____ | Nombre _____<br><br>Teléfono _____<br><br>Fax _____<br><br>E-mail _____ |                           | <input type="checkbox"/> Empleo ofrecido<br>Cantidad del salario ofrecido _____<br>¿Aceptó la oferta?<br><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No<br>Fecha de inicio en el nuevo empleo ____<br><input type="checkbox"/> No están contratando<br>Otro _____ |
|                        |   | <input type="checkbox"/> En persona<br><input type="checkbox"/> Por teléfono<br><input type="checkbox"/> Por fax<br><input type="checkbox"/> Por correo postal<br><input type="checkbox"/> Por e-mail / Web | <input type="checkbox"/> Carta de presentación<br><input type="checkbox"/> Solicitud<br><input type="checkbox"/> Hoja de vida<br><br>_____<br><br>_____ | Nombre _____<br><br>Teléfono _____<br><br>Fax _____<br><br>E-mail _____ |                           | <input type="checkbox"/> Empleo ofrecido<br>Cantidad del salario ofrecido _____<br>¿Aceptó la oferta?<br><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No<br>Fecha de inicio en el nuevo empleo ____<br><input type="checkbox"/> No están contratando<br>Otro _____ |

LOS EMPLEADOS LESIONADOS DEBEN DOCUMENTAR LA INFORMACIÓN DE CADA EMPLEADOR CON EL QUE SE HAN COMUNICADO – USE PÁGINAS ADICIONALES DE SER NECESARIO

## Búsqueda de Trabajo Detallada / Registro de Contacto del Empleador (proporcione detalles de cada contacto de trabajo)

Nombre: \_\_\_\_\_

Número mínimo de esfuerzos de búsqueda semanal para su condado de residencia: \_\_\_\_\_

| Fecha<br>(mes/día/año) | Nombre del negocio,<br>Dirección, Teléfono y sitio<br>Web | ¿Cómo se<br>comunicó?   | ¿Qué fue lo que<br>presentó?  | Persona con la que se<br>comunicó                                       | Descripción<br>del empleo | Resultados   |
|------------------------|---|---|---|---|---------------------------|--|
|                        |   | <input type="checkbox"/> En persona<br><input type="checkbox"/> Por teléfono<br><input type="checkbox"/> Por fax<br><input type="checkbox"/> Por correo postal<br><input type="checkbox"/> Por e-mail / Web | <input type="checkbox"/> Carta de presentación<br><input type="checkbox"/> Solicitud<br><input type="checkbox"/> Hoja de vida<br><br>_____<br>_____ | Nombre _____<br><br>Teléfono _____<br><br>Fax _____<br><br>E-mail _____ |                           | <input type="checkbox"/> Empleo ofrecido<br>Cantidad del salario ofrecido _____<br>¿Aceptó la oferta?<br><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No<br>Fecha de inicio en el nuevo empleo ____<br><input type="checkbox"/> No están contratando<br>Otro _____ |
|                        |   | <input type="checkbox"/> En persona<br><input type="checkbox"/> Por teléfono<br><input type="checkbox"/> Por fax<br><input type="checkbox"/> Por correo postal<br><input type="checkbox"/> Por e-mail / Web | <input type="checkbox"/> Carta de presentación<br><input type="checkbox"/> Solicitud<br><input type="checkbox"/> Hoja de vida<br><br>_____<br>_____ | Nombre _____<br><br>Teléfono _____<br><br>Fax _____<br><br>E-mail _____ |                           | <input type="checkbox"/> Empleo ofrecido<br>Cantidad del salario ofrecido _____<br>¿Aceptó la oferta?<br><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No<br>Fecha de inicio en el nuevo empleo ____<br><input type="checkbox"/> No están contratando<br>Otro _____ |
|                        |   | <input type="checkbox"/> En persona<br><input type="checkbox"/> Por teléfono<br><input type="checkbox"/> Por fax<br><input type="checkbox"/> Por correo postal<br><input type="checkbox"/> Por e-mail / Web | <input type="checkbox"/> Carta de presentación<br><input type="checkbox"/> Solicitud<br><input type="checkbox"/> Hoja de vida<br><br>_____<br>_____ | Nombre _____<br><br>Teléfono _____<br><br>Fax _____<br><br>E-mail _____ |                           | <input type="checkbox"/> Empleo ofrecido<br>Cantidad del salario ofrecido _____<br>¿Aceptó la oferta?<br><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No<br>Fecha de inicio en el nuevo empleo ____<br><input type="checkbox"/> No están contratando<br>Otro _____ |
|                        |   | <input type="checkbox"/> En persona<br><input type="checkbox"/> Por teléfono<br><input type="checkbox"/> Por fax<br><input type="checkbox"/> Por correo postal<br><input type="checkbox"/> Por e-mail / Web | <input type="checkbox"/> Carta de presentación<br><input type="checkbox"/> Solicitud<br><input type="checkbox"/> Hoja de vida<br><br>_____<br>_____ | Nombre _____<br><br>Teléfono _____<br><br>Fax _____<br><br>E-mail _____ |                           | <input type="checkbox"/> Empleo ofrecido<br>Cantidad del salario ofrecido _____<br>¿Aceptó la oferta?<br><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No<br>Fecha de inicio en el nuevo empleo ____<br><input type="checkbox"/> No están contratando<br>Otro _____ |

LOS EMPLEADOS LESIONADOS DEBEN DOCUMENTAR LA INFORMACIÓN DE CADA EMPLEADOR CON EL QUE SE HAN COMUNICADO – USE PÁGINAS ADICIONALES DE SER NECESARIO