

## CUESTIONARIO DE OTROS INGRESOS

EMPLEADO \_\_\_\_\_ # SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** Solicitamos esta información para calcular su beneficio correctamente. Según algunas pólizas, otros ingresos son considerados una reducción a su cantidad de beneficios. Por favor, refiérase a la sección de “Otros Ingresos” de su póliza.

Favor de marcar los recuadros apropiados según apliquen a sus ingresos. Conteste cada línea e indique sí o no. Un formulario incompleto no será aceptado.

**Beneficios de otras fuentes de Ingresos:**

|  | ¿Está recibiendo ahora?  |                          | ¿Espera recibir?         |                          | Fecha del Beneficio | Cantidad semanal/mensual |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
|  | Si                       | No                       | Si                       | No                       |                     |                          |
| <b><u>Sueldo, salario, u otra de:</u></b>              |                          |                          |                          |                          |                     |                          |
| Cualquier otro Patrono                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____               | \$_____ por _____        |
| Programa de rehabilitación                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____               | \$_____.por _____        |
| <b><u>Jubilación o pensión de:</u></b>                 |                          |                          |                          |                          |                     |                          |
| Patrono actual o anterior                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____               | \$_____.por _____        |
| <b><u>Beneficios de incapacidad según:</u></b>         |                          |                          |                          |                          |                     |                          |
| Póliza grupal de seguro de vida                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____               | \$_____.por _____        |
| Seguro de Incapacidad                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____               | \$_____.por _____        |
| Plan de Jubilación                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____               | \$_____.por _____        |
| <b><u>Beneficios de incapacidad según:</u></b>         |                          |                          |                          |                          |                     |                          |
| Seguro Social  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____               | \$_____.por _____        |
| Ley de Compensación de Trabajadores                    |                          |                          |                          |                          |                     |                          |
| Ley de Enfermedades Profesionales, o                   |                          |                          |                          |                          |                     |                          |
| Legislación Similar                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____               | \$_____.por _____        |
| Administración de Veteranos                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____               | \$_____.por _____        |
| De otra Agencia del Gobierno                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____               | \$_____.por _____        |
| <b><u>Beneficios de Jubilación Temprana según:</u></b> |                          |                          |                          |                          |                     |                          |
| Seguro Social  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____               | \$_____.por _____        |
| Compensación por Desempleo                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____               | \$_____.por _____        |

Firma del Reclamante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_