

**Sección 3: A ser completado por el patrono (en letra de molde)**

Si el informe de reclamación no está completo en su totalidad, la determinación de los beneficios podría dilatarse hasta que toda la información solicitada haya sido recibida. Escriba "NA" en todas las secciones que no apliquen.

1 Nombre del empleado		2 Número del seguro social:	
Calle/Box/Apto.		3 Fecha de nacimiento	
Ciudad, Estado, Código postal		4 Itinerario regular en horas por semana	
5 Fecha de reclutamiento:	6 Fecha efectividad a STD	7 Fecha efectividad a LTD	8 Ocupación
9 Núm. Póliza:		10 Núm. División de la póliza:	11 Clasificación:
12 Itinerario de Trabajo del empleado: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Exento <input type="checkbox"/> No-Exento <input type="checkbox"/> Por temporada			
13 Marque días regulares de trabajo: <input type="checkbox"/> Dom <input type="checkbox"/> Lun <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Mie <input type="checkbox"/> Juev <input type="checkbox"/> Vier <input type="checkbox"/> Sab			
14 De no estar trabajando, cuándo comenzó la incapacidad, marque el estatus y provea fecha <input type="checkbox"/> Terminación <input type="checkbox"/> Permiso de ausencia <input type="checkbox"/> Otros: <input type="checkbox"/> Despido <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Vacaciones <input type="checkbox"/> Renuncia Fecha _____		15 ¿Cómo se le pagaba al empleado? (marque frecuencia y tipo) Frecuencia: <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> Bi-semanal <input type="checkbox"/> Semi-Mensual <input type="checkbox"/> Mensual Tipo(s): <input type="checkbox"/> por hora <input type="checkbox"/> Bono <input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Comisión	
16 Salario Previo al ultimo día trabajado Salario semanal base \$ _____ W-2 (Ingresos) \$ _____ Tiempo adicional \$ _____ Comisiones \$ _____ Bonos \$ _____		17 Fecha del ultimo aumento salarial:  18 Itinerario de empleo a la fecha de haber dejado de trabajar  _____ Días por semana  _____ Horas por semana	19 Sinot? <input type="checkbox"/> Sí  Fondo? <input type="checkbox"/> Sí  (De sí, complete la Sección 3-A)
20 Ultimo día trabajado	21 Horas trabajadas ese día	22 ¿Ha regresado el empleado a trabajar? De sí; Fecha <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Timpo parcial	
23 Pagado hasta (fecha) _____ Para <input type="checkbox"/> Continuación de salario <input type="checkbox"/> Vacaciones <input type="checkbox"/> Enfermedad			
24 ¿El empleado contribuye a las primas de STD? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica De sí, <input type="checkbox"/> Pre-Tax <input type="checkbox"/> Post-Tax Si Post Tax, _____ % pagado por el patrono _____ % pagado por el empleado			
25 ¿El empleado contribuye a las primas de LTD? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Aplica De sí, <input type="checkbox"/> Pre-Tax <input type="checkbox"/> Post-Tax Si Post Tax, _____ % pagado por el patrono _____ % pagado por el empleado			
26 Empleado es elegible a:		De sí, cantidad semanal o mensual	
SÍ NO		Sem Men	
Continuación de salario		\$ _____	
Pensión por Incapacidad		\$ _____	
Pensión por retiro		\$ _____	
Incapacidad del estado		\$ _____	
Desempleo		\$ _____	
SINOT		\$ _____	
Seguro Social		\$ _____	
Fondo del Seguro		\$ _____	
¿Ha reclamado beneficios al Fondo del Seguro?		Si la compensación del Fondo fue denegada, someta copia de la denegación junto a esta reclamación	
27 Su empresa; ¿tiene alguna política de regreso al Trabajo o Re-Reclutamiento para empleados incapacitados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál es el nombre y teléfono de la persona que contactaremos de identificar opción de regreso?			
28 Nombre/dirección del proveedor de servicios médicos del empleado o HMO (provea Núm. de póliza o núm. de ID)			
29 Nombre del patrono		Núm. Tel. ( )	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Firma (certifico que lo arriba mencionado es correcto y completo en lo mejor de mi conocimiento) <b>X</b>		Fecha	

**La Descripción de deberes es requerido si el empleado ha estado fuera del empleo por más de 6 semanas.**

**Sección 3A: Continuidad**

Complete este lado si el empleado es elegible a recibir Sinot o beneficios del Fondo del Seguro del Estado.

Nombre del empleado	Núm. Seguro Social	Salario semanal al ultimo día trabajado \$
---------------------	--------------------	---

En los siguientes espacios indique fecha e ingresos brutos del reclamante durante las pasadas semanas previas a las semanas que comenzara la incapacidad.

	<b>Semana calendario/fecha final</b>	<b>Salario bruto</b>
Semana calendario donde comenzó la incapacidad	_____	\$ _____
Semana siguiente antes de la incapacidad	_____	\$ _____
2da semana antes de la incapacidad	_____	\$ _____
3ra semana antes de la incapacidad	_____	\$ _____
4ta semana antes de la incapacidad	_____	\$ _____
5ta semana antes de la incapacidad	_____	\$ _____
6ma semana antes de la incapacidad	_____	\$ _____
7ma semana antes de la incapacidad	_____	\$ _____
8va semana antes de la Incapacidad	_____	\$ _____
	<b>Total</b>	\$ _____