

## HOJA DE COTEJO LTD

**RECLAMANTE:** \_\_\_\_\_

**SEGURO SOCIAL:** \_\_\_\_\_

<b>A SER COMPLETADO POR EL RECLAMANTE</b>	<b>Fecha Solicitado</b>	<b>Fecha Recibido</b>
1. Solicitud de Beneficios por Incapacidad a Largo Plazo (Autorización y Divulgación - Sección 1)	_____	_____
2. Solicitud de Beneficios por Incapacidad a Largo Plazo (Informe del Empleado - Sección 2)	_____	_____
3. Convenio Sobre Los Beneficios	_____	_____
4. Cuestionario Otros Ingresos	_____	_____
5. Cuestionario de Recurso	_____	_____
6. Forma 3288	_____	_____
7. Encuesta de Rehabilitación	_____	_____
8. Opciones de Pago Para La Incapacidad de Largo Plazo	_____	_____
9. Copia de expediente médico del Fondo del Seguro del Estado (si aplica)	_____	_____
10. Historial de Pago del Fondo del Seguro del Estado	_____	_____
11. Evidencia de Reclamación al Seguro Social (usted y dependientes)	_____	_____
12. Copia del expediente médico de ACAA (si aplica)	_____	_____
13. Historial de Educación, Capacitación y Empleo	_____	_____
14. Copia de record medico/Notas de Progreso	_____	_____

<b>A SER COMPLETADO POR EL/LOS MÉDICO/S TRATANTE/S</b>	<b>Fecha Solicitado</b>	<b>Fecha Recibido</b>
15. Solicitud de Beneficios por Incapacidad a Largo Plazo (Informe del Médico(s) - Sección 4)	_____	_____
16. Cuestionario Suplementario de Estatus Mental (Si reclama por Condición Mental)	_____	_____
17. Estimado de Capacidad Funcional (Si reclama por condición Física)	_____	_____
18. Evaluación de Capacidad Funcional (Si reclama por Condición Mental)	_____	_____
19. Forma "Attending Physician's Statement"	_____	_____

<b>A SER COMPLETADO POR EL PATRONO</b>	<b>Fecha Solicitado</b>	<b>Fecha Recibido</b>
20. Solicitud de Beneficios por Incapacidad a Largo Plazo (Informe del Patrono - Sección 3)	_____	_____
21. Solicitud de Beneficios por Incapacidad a Largo Plazo (patrono - Sección 3-A) (si aplica)	_____	_____
22. Demandas Físicas de la Posición	_____	_____
23. Descripción de Funciones	_____	_____
24. Reporte/Notas de Dispensario (si aplica)	_____	_____

<b>OTROS DOCUMENTOS:</b>
--------------------------

El reclamante podrá someter cualquier otra información médica no mencionada anteriormente que entienda pueda aportar a la evaluación de su reclamación. Información médica entíendase resultados de laboratorios, estudios, rayos x, lista de medicamentos, etc.

\_\_\_\_\_