



# Carpenters Southwest Administrative Corporation

533 South Fremont Avenue • Los Angeles, California 90071-1706 • Tel: 213-386-8590 • Toll Free: 800-293-1370

[www.carpenterssw.org](http://www.carpenterssw.org)

## FORMULARIO DE RECLAMO INICIAL DE INCAPACIDAD

**Parte I. – Declaración del Participante (Por Favor Imprimir)** Por favor, vea el otro lado de este formulario para obtener las calificaciones de beneficios.

1. Por la presente solicito beneficios por causa de una enfermedad o lesión que me ha hecho estar continuamente incapaz de trabajar desde \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_
2. Nombre \_\_\_\_\_ SS# o Número de UBC \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Local de la Unión# \_\_\_\_\_
3. Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_
4. Fue la incapacidad como resultado de su ocupación? Circule **Si** o **No**
5. Cuándo comenzó la enfermedad / lesión? \_\_\_\_\_
6. Causa de la incapacidad (describa enfermedad o lesión) \_\_\_\_\_
7. Nombre del médico que está tratando la enfermedad o lesión \_\_\_\_\_ Fecha de la primera visita \_\_\_\_\_
8. Fecha de devolución (o retorno esperado) al trabajo a tiempo completo \_\_\_\_\_  
Por la presente certifico que las respuestas anteriores son verdaderas y correctas a lo mejor de mi conocimiento.
9. Firma del Participante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### Parte II. – Declaración Del Médico (Por Favor Imprimir)

1. Nombre del paciente \_\_\_\_\_
2. La enfermedad o lesión surgió del trabajo del paciente? Circule **Si** o **No**
3. Con respecto a esta lesión o enfermedad, es el paciente capaz de volver al trabajo COMPLETO? Circule **Si** o **No**
4. Si NO, cuál es la fecha esperada de regreso al trabajo? \_\_\_\_\_
5. Cuándo fue que el paciente primero lo consultó para esta condición? \_\_\_\_\_
6. Cuándo ocurrió el accidente o los síntomas primero? \_\_\_\_\_
7. Fechas de tratamiento o servicio \_\_\_\_\_ Diagnóstico / código ICD10 \_\_\_\_\_
8. Se notifica la incapacidad a la compañía de compensación de trabajadores del paciente u otra cobertura de salud? Circule **Si** o **No**
9. En caso afirmativo, por favor identifique \_\_\_\_\_
10. En caso de hospitalización, indique fechas \_\_\_\_\_

Nombre del Médico (Por favor imprimir) \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Teléfono # \_\_\_\_\_ Fax # \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Firma del Médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### SOLAMENTE PARA EL USO DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA DE CARPINTEROS DEL SUDOESTE

Último trimestre elegible \_\_\_\_\_ Horario de Reserva \_\_\_\_\_

#### 1er trimestre

Mes/Año.

Horas

_____	_____
_____	_____
_____	_____

#### 2do trimestre

Mes/Año.

Horas

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Total	Fecha	Total	Fecha
Aplicado	Procesador	Aplicado	Procesador

# FIDEICOMISO DE CARPINTEROS DEL SUDOESTE DE SALUD Y BIENESTAR

## Provisión de créditos de horas de incapacidad para todos los Carpinteros Activos

Las siguientes reglas se aplican a los carpinteros elegibles activos que se vuelven incapacitados a partir del 1 de julio de 2017:

Sujeto a los requisitos señalados a continuación, si usted no trabaja las horas requeridas para la elegibilidad continua debido a una enfermedad o lesión que le impide desempeñar los deberes regulares y acostumbrados de su ocupación, usted puede recibir crédito de horas de incapacidad a la tasa de 8 horas por cada día en que esté incapacitado, excluyendo sábados, domingos o días festivos.

El número máximo de horas de incapacidad que se le puede acreditar durante un trimestre de trabajo es 360, menos el número de horas que trabajó durante ese trimestre. El crédito de horas de incapacidad se puede dar para un máximo de dos cuartos de trabajo consecutivos.

Si tiene horas en su Cuenta de Reserva, puede usarlas para extender su elegibilidad más allá de los seis meses si todavía está incapacitado o usarlas para restablecer la elegibilidad activa si regresa al trabajo para un Empleador Contribuyente dentro de dos Cuartos de Elegibilidad consecutivos después de la fecha en que su extensión de incapacidad termina.

### **Para calificar para crédito de horas de incapacidad, todos los requisitos siguientes deben ser cumplidos:**

- A.) La discapacidad debe estar certificada por un Médico licenciado (un médico cubierto incluirá un Doctor en Medicina, un Doctor en Osteopatía (D.O.) o un Doctor en Medicina Podiatrica (D.P.M.) Pero un quiropráctico no se considera un médico cubierto),
- B.) La certificación por escrito de la incapacidad debe ser presentada a la oficina administrativa a más tardar 90 días después de la fecha en que usted quedó incapacitado o 60 días a partir de la fecha en que su elegibilidad terminó, lo que ocurra primero,
- C.) El Carpintero activo debe haber sido acreditado con horas trabajadas por razones distintas a haber sido incapacitado o una licencia médica o familiar calificada con el período dentro de 90 días que termina en la fecha en que se incapacitado,
- D.) El Carpintero activo debe haber sido elegible en una base de no autopago por cuenta propia y sin el uso de créditos de horas de incapacidad durante ambos de los dos trimestres de elegibilidad consecutivos que preceden inmediatamente al trimestre de elegibilidad en el que se incapacito,
- E.) No debe estar recibiendo un Beneficio de Pensión del Fideicomiso de Carpinteros del Sudoeste de Pensión.

Revisado 07/2017