

## **CUESTIONARIO DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES**

POR FAVOR LEA NUESTRA CARTA DE INFORMACIÓN QUE SE LE HA ENTREGADO A USTED EN ESTE PAQUETE ANTES DE COMPLETAR EL CUESTIONARIO. SI USTED NO RESPONDE A ESTE CUESTIONARIO POR COMPLETO PUEDE QUE SE LO DEVOLVAMOS PARA QUE NOS DE INFORMACIÓN ADICIONAL Y ESTO RETRASARA EL PROCESO DE REVISIÓN DE SU CASO.

Fecha: \_\_\_\_\_

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Números de teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Fecha del accidente: \_\_\_\_\_

Nombre del patrono: \_\_\_\_\_

Título o posición en el trabajo: \_\_\_\_\_

Lugar del accidente (pueblo/ciudad/localidad): \_\_\_\_\_

Compañía aseguradora o agencia a cargo, nombre y dirección: \_\_\_\_\_

Tipo de daño que sufrió (nombre de las partes del cuerpo): \_\_\_\_\_

Describa brevemente como fue que ocurrió el accidente en el trabajo: \_\_\_\_\_

¿El accidente ocurrió a bordo de un bote, barco o procesadora de pescado? Si: \_\_\_\_ No: \_\_\_\_

¿Alguna vez había tenido usted un daño o condición médica en las mismas partes del cuerpo antes de la fecha de su accidente en el trabajo? ¿Si las tuvo a donde se lastimó y que tratamiento recibió para el daño?

---

---

---

Si usted tuvo daños anteriores en las mismas partes del cuerpo por las que está en este momento reclamando, por favor diga brevemente dónde y cómo ocurrieron esos daños:

---

---

Por favor haga una lista de los médicos que le están dando tratamiento con nombres y direcciones: \_\_\_\_\_

---

---

¿Qué tratamiento ha recibido usted para el daño relacionado con el trabajo? (Por favor especifique): \_\_\_\_\_

---

---

¿Cuáles son las fechas en que ha estado sin trabajar por el accidente ocurrido en el trabajo? (Por favor especifique):

---

---

¿Ha llenado usted un “Reporte de Daño o Accidente Ocupacional” para su patrono?: Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Si lo hizo, ¿en que fecha?

¿Su Reporte de Daño o Accidente Ocupacional fue presentado ante su patrono dentro de los treinta (30) días desde que usted primero se dio cuenta que tenía un daño ocurrido en el trabajo? Si: \_\_\_\_\_

No: \_\_\_\_\_

¿Usted ha presentado una solicitud ante la Junta de Compensación para Trabajadores para una evaluación de beneficios de re-empleo (capacitación)? Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Si ya lo ha hecho, ¿cuándo la presentó?: \_\_\_\_\_

¿Usted ha presentado el formulario Reclamo de Compensación para Trabajadores ante la Junta de Compensación para Trabajadores por beneficios denegados? (Este es un formulario que está disponible en la junta en el cual usted solicita beneficios específicos)

Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Fecha en que se presentó: \_\_\_\_\_

Si su reclamo fue aceptado por la compañía de seguros, ¿cuál es su TTD semanal de compensación?:  
\$ \_\_\_\_\_

¿La compañía aseguradora o agencia de su patrono ha presentado una Notificación de Controversia (notificación de negación) en su caso? Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Si lo han hecho ¿cuál es la fecha de la Notificación de Controversia?: \_\_\_\_\_

Si su caso fue controvertido, que justificación dio la compañía de seguros o la agencia para negarle los beneficios en su caso?

---

---

---

Si su caso no ha sido controvertido (negado) por favor describa que disputas tiene usted en este momento con la compañía de seguros o agencia

---

---

---

¿Tiene usted alguna orden o derechos de retención en contra de sus beneficios o reclamo de cualquier fuente, tal y como Pensión Alimenticia de Menores (Child Support), Departamento de Hacienda (IRS) o cualquier orden de una acción criminal o civil? Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Si lo tiene, ¿qué tipo de orden o derecho de retención tiene y quien ha hecho el reclamo en su contra?:

---

---

¿Debe usted pagos de Pensión Alimenticia de Menores (child support)? Si: \_\_\_\_ No: \_\_\_\_  
Si debe, ¿cuánto debe? ¿Está usted retrasado con los pagos?:

---

---

¿Alguna otra compañía o entidad, además de la compañía aseguradora o agencia a cargo de la póliza de Compensación para Trabajadores, ha pagado por algún beneficio médico de su caso, por ejemplo seguro médico privado, Medicaid, o Medicare? Si: \_\_\_\_ No: \_\_\_\_

Si hay otras entidades que hayan pagado beneficios en su caso, liste el nombre de la compañía o entidad con el nombre, dirección, número de teléfono, póliza o número de grupo, y el número de caso:

---

---

¿Ha recibido usted alguna otra forma de beneficios por incapacidad u otros pagos semanales, quincenales \_\_\_\_

---

---

o mensuales desde la fecha de su accidente por ejemplo; asistencia pública, incapacidad a corto o largo plazo, desempleo, pensión del seguro social o pagos de incapacidad del seguro social? Si: \_\_\_\_ No: \_\_\_\_

Si usted ha recibido otros pagos, dé el nombre de la entidad que le ha pagado beneficios, la cantidad recibida, la fecha cuando empezó a recibir el beneficio y si todavía recibe o no el beneficio.

---

---

---

---

**POR FAVOR LEA Y CUMPLA LO SIGUIENTE: CUANDO NOS DEVUELVA ESTE CUESTIONARIO POR FAVOR INCLUYA (ORDENADOS POR FECHA) COPIAS DE LO SIGUIENTE:**

1. COPIAS DE TODA LA CORRESPONDENCIA QUE HAYA RECIBIDO DE LA JUNTA DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES Y DE LA COMPAÑÍA SEGURADORA A CARGO DE SU CASO.
2. UNA COPIA DE SU REPORTE DEL ACCIDENTE.
3. COPIAS DE TODOS LOS RÉCORDS MÉDICOS DE SU ACCIDENTE DE TRABAJO.

4. TODA LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON SU CASO DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES QUE USTED CREA QUE NOS PUEDA AYUDAR A EVALUAR SU CASO,

POR EJEMPLO DECLARACIONES DE TESTIGOS, INFORMACIÓN DE COMPENSACIÓN (SALARIO), ETC.

LA INFORMACIÓN SOLICITADA ES NECESARIA PARA QUE NOSOTROS PODAMOS REVISAR Y EVALUAR SU CASO ADECUADAMENTE. MÁS QUE TODO, DE LOS RÉCORDS MÉDICOS DEPENDE LO QUE OCURRA EN SU CASO. SIN LA INFORMACIÓN APROPIADA NOSOTROS NO REVISAREMOS SU CASO Y LE DEVOLVEREMOS LOS MATERIALES A USTED. POR FAVOR ASEGURESE DE LEER LA CARTA QUE HEMOS ADJUNTADO CON ESTE CUESTIONARIO.

Una vez que recibamos sus récords correctos, un abogado o asistente legal de nuestra oficina le contactará por teléfono o por correo dentro de las siguientes 2 o 3 semanas desde esta fecha.

Por favor envíe por correo a:

Kalamarides & Lambert  
750 W. 2nd Avenue, Suite 200  
Anchorage, AK 99501

Teléfono : (907) 276-2135