



Division of Workers' Compensation

Complete esta información, si es que la sabe:

No. de reclamación de DWC

No. de reclamación de la aseguradora

Certificación anual de los beneficios de ingresos de por vida (LIBs) para el personal de respuesta inmediata

Parte 1: Información sobre el empleado lesionado y la aseguradora

1. Nombre del empleado (nombre, segundo nombre, apellido)		2. Número de Seguro Social (últimos cuatro dígitos) XXX-XX-	
3. Dirección del empleado (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)			
4. Nombre de la aseguradora		5. Nombre del ajustador (nombre, apellido)	
6. Número de teléfono del ajustador	7. Número de fax del ajustador	8. Correo electrónico del ajustador	

Parte 2: Información sobre la lesión

9. No. de reclamación de DWC	10. Fecha de la lesión (mm/dd/aaaa)	11. Fecha de acumulación (mm/dd/aaaa)
-------------------------------------	--	--

Parte 3: Certificación acerca del empleo

12. Certifique con su firma.	
Yo certifico que no estuve empleado en ninguna capacidad durante el período de certificación de	
_____.	
(mm/dd/aaaa a mm/dd/aaaa)	
Firma _____	Fecha _____

Preguntas Frecuentes

Certificación anual de los beneficios de ingresos de por vida (LIBs) para el personal de respuesta inmediata

¿Quién debe presentar este formulario?

Los empleados de respuesta inmediata (first responders, por su nombre en inglés) que reciben beneficios de ingresos de por vida (lifetime income benefits -LIBs, por su nombre y siglas en inglés) debido a una lesión corporal grave deben de presentar este formulario.

Obtenga más información sobre los LIBs para los empleados de respuesta inmediata:

- Sección 408.1615 del Código Laboral de Texas y Sección 1.07 del Código Penal de Texas
- tdi.texas.gov/wc/employee/lifetimebens.html
- tdi.texas.gov/wc/employee/firstresponder.html

¿Cuándo debo de presentar este formulario?

Usted debe de presentar este formulario anualmente ante la aseguradora para certificar que usted no estuvo empleado en ninguna capacidad durante el año anterior.

Envíe este formulario a la aseguradora a no más tardar 30 días después del aniversario de la fecha en la que comenzaron a acumularse sus LIBs. La aseguradora debe de proporcionarle una notificación anual sobre la fecha de aniversario.

¿Cuál es la fecha de acumulación para los LIBs?

Esta es la fecha en la que un empleado lesionado se vuelve elegible para recibir LIBs.

¿A dónde envió este formulario?

Envíe este formulario a la aseguradora. Comuníquese con el ajustador de su aseguradora para obtener una dirección postal, un número de fax o una dirección de correo electrónico.

¿Tiene preguntas?

Llame al 800-252-7031, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., hora del centro.

Visite www.tdi.texas.gov/wc para obtener más información sobre la compensación para trabajadores.

Nota: Con pocas excepciones, si lo solicita, usted tiene derecho a:

- estar informado sobre la información que la División de Compensación para Trabajadores (DWC) reúne sobre usted;
- recibir y revisar la información (Secciones del Código Gubernamental 552.021 y 552.023); y
- solicitar que DWC corrija la información que está incorrecta (Sección del Código Gubernamental 559.004).

Para más información, contacte a DWCLegalServices@tdi.texas.gov o consulte la sección para el Procedimiento de Correcciones en www.tdi.texas.gov.