



No. de Reclamación de DWC:
No. de Reclamación de la Aseguradora:

Envíe a: Empleado lesionado oficina local de DWC que está manejando la reclamación

SOLICITUD PARA AJUSTAR EL PROMEDIO DEL SALARIO SEMANAL DE UN EMPLEADO DE TEMPORADA

Instrucciones para la Aseguradora: Los expedientes de la aseguradora muestran que el empleado señalado en la reclamación que se muestra en la parte de abajo de este formulario no ha proporcionado la información de salarios que se le solicitó en _____.

FECHA

_____ está solicitando ahora la aprobación de la División para ajustar el promedio del salario semanal del _____

ASEGURADORA

empleado temporal lesionado de \$ _____ a \$ _____ a partir de _____ hasta del día _____.

FECHA

FECHA

Se adjunta, _____

TIPO DE EVIDENCIA

mostrando las ganancias del empleado durante el mismo periodo en años anteriores.

Una copia de esta solicitud debe ser proporcionada al empleado lesionado al mismo tiempo que es presentada ante la oficina local de la División que está manejando la reclamación. Fecha en que se envió a la División y al empleado: _____

1. Nombre del Empleado (Apellido, Nombre, Inicial)			2. Número de Teléfono		3. Fecha de la Lesión	
4. Dirección Postal (Calle o Apartado Postal)				5. Nombre del Negocio del Empleador		
Ciudad		Estado	Código Postal		6. Nombre de la Aseguradora	

• • • AVISO AL EMPLEADO • • •

Un representante de la División intentará comunicarse con usted una vez que la División haya recibido de la aseguradora la Solicitud para Ajustar el Promedio del Salario Semanal de un Empleado de Temporada para así explicarle el propósito de esta solicitud y para determinar si usted está de acuerdo con esta solicitud de ajuste a su promedio del salario semanal y a su pago semanal de los beneficios de ingresos temporales. **Dentro de las próximas 2 semanas usted puede solicitar una Conferencia para Revisión de Beneficios (Benefit Review Conference, por su nombre en inglés), si no está de acuerdo con la solicitud de ajuste. Su disputa será programada para una Conferencia para Revisión de Beneficios dentro del transcurso de 20 días, a partir de la fecha de su solicitud. Usted puede ofrecer información adicional sobre los salarios para que sea tomada en consideración. Sin embargo, si usted no solicita una Conferencia para Revisión de Beneficios dentro de este periodo, la División aprobará la solicitud de ajuste basándose en la información de salario que tenga a su disposición.**

Si usted tiene cualquier pregunta o necesita ayuda, llame al Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores al 1-800-252-7031 o comuníquese a la oficina local de la División que está manejando su reclamación.

PARA USO EXCLUSIVO DE LA DIVISIÓN

La Solicitud para Ajustar el Promedio del Salario Semanal de un Empleado de Temporada, hecha por la aseguradora en la reclamación que se muestra en la parte de arriba es:

APROBADA El empleado no solicitó una Conferencia para Revisión de Beneficios dentro del periodo de las 2 semanas que han sido descritas.

El promedio del salario semanal es ajustado a \$ _____, y el pago semanal del beneficio de ingresos temporales es ajustado a \$ _____, a partir de _____ y hasta _____.

DENEGADA Razón: _____

Oficial de DWC que Determina la Incapacidad			Teléfono de la Oficina Local de la División		
Dirección Postal de la Oficina Local de la División			Ciudad	Estado	Código Postal

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

- estar informado sobre la información que DWC reúne sobre usted;
- recibir y revisar la información (Secciones del Código Gubernamental 552.021 y 552.023); y
- pedir 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/commissioner/legal/lccorprc.html

