



Division of Workers' Compensation

Complete esta información, si es que la sabe:

No. de reclamación de DWC

No. de reclamación de la aseguradora

Solicitud para recibir beneficios de ingresos de por vida

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 Consulte las Preguntas Frecuentes. (mm/dd/aaaa)
12. Seleccione todas las opciones que lo hacen a usted elegible para recibir beneficios de ingresos de por vida (lifetime income benefits -LIBs, por su nombre y siglas en inglés). ☐ La pérdida total y permanente de la vista en ambos ojos. ☐ La pérdida de ambos pies en o arriba de los tobillos. ☐ La pérdida de ambas manos en o arriba de las muñecas. ☐ La pérdida de un pie en o arriba del tobillo y la pérdida de una mano en o arriba de la muñeca. ☐ Una lesión en la columna vertebral que causa parálisis permanente y completa de ambos brazos, o ambas piernas, o un brazo y una pierna. ☐ Una lesión físicamente traumática en el cerebro que da como resultado un trastorno neurocognitivo permanente grave que requiere de supervisión ocasional en el desempeño de las tareas rutinarias de cuidado personal, y lo deja a usted permanentemente no apto para trabajar. ☐ Quemaduras de tercer grado que cubren al menos el 40% del cuerpo y que requieren de injertos de piel. ☐ Quemaduras de tercer grado que cubren la mayor parte de ambas manos. ☐ Quemaduras de tercer grado que cubren la mayor parte de una mano y un pie. ☐ Quemaduras de tercer grado que cubren la mayor parte de una mano y la cara. ☐ Quemaduras de tercer grado que cubren la mayor parte de un pie y la cara. ☐ Usted es un empleado de respuesta inmediata (first responder, por su nombre en inglés) con una lesión corporal grave.		

13. Certifique con su firma que la información en la parte de arriba es correcta.

Firma _____ Fecha _____

Preguntas Frecuentes

Solicitud para recibir beneficios de ingresos de por vida (LIBs)

Obtenga más información sobre los LIBs en el Código Laboral de Texas, Secciones 408.161 (a) y (b), 408.1615 y Código Penal de Texas, Sección 1.07 y en tdi.texas.gov/wc/employee/lifetimebens.html.

¿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 basándose en una de las condiciones en la Parte 2 de este formulario.

¿Cómo solicito los LIBs?

Envíe este formulario a su aseguradora. La aseguradora tiene hasta 60 días para aprobar o denegar sus beneficios. Si la aseguradora aprueba sus beneficios, usted debe de recibir su primer pago de LIBs dentro del transcurso de 15 días.

Si la aseguradora no aprueba su solicitud, debe de enviarle a usted una notificación explicando el motivo. Si usted no está de acuerdo, puede solicitar una conferencia para revisión de beneficios (benefit review conference -BRC, por su nombre y siglas en inglés) para hablar sobre su decisión. Un BRC es una reunión informal para hablar sobre disputas. Obtenga más información en www.tdi.texas.gov/wc/idr/brcs.html.

¿A dónde envío 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.