



No. de Reclamación de DWC

No. de la Aseguradora

← Envíe el formulario completo a esta dirección o envíe un fax al 512-804-4378.

Reclamo del Empleado para Compensación por una Lesión Relacionada con el Trabajo o Enfermedad Ocupacional (Formulario DWC-041)

El reclamo de compensación para trabajadores debe ser sometido por el empleado lesionado o por la persona actuando en nombre del empleado lesionado **dentro de un año** a partir de la fecha en que sucedió la lesión o dentro de un año a partir de la fecha en que el empleado lesionado supo o debió haber sabido que la enfermedad estaba relacionada con el trabajo.

I. INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO LESIONADO

Nombre (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido)		Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento (mes / día / año)
Dirección (calle, ciudad/pueblo, estado, código postal, condado, país)			
Número de Teléfono	Dirección de Correo Electrónico		Sexo Hombre Mujer
Raza / Origen Étnico <input type="checkbox"/> Blanco, no de origen Hispano <input type="checkbox"/> Negro, no de origen Hispano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Asiático o Habitante de las Islas del Pacífico			
¿Habla usted inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es no, especifique el idioma			
Estado Civil <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a)			
¿Cuenta usted con un abogado u otro tipo de representación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es sí, proporcione el nombre de su representante			
¿Ha regresado usted a trabajar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si usted ya regresó a trabajar, dé la fecha en que regresó a su trabajo (mes/día/año)	Estado de Trabajo <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Limitado
Su ocupación al momento de la lesión			Fecha en que fue contratado (mes/ día/ año)
¿Fue usted contratado en Texas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Salarios antes de los impuestos \$	<input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual

II. INFORMACIÓN SOBRE LA LESIÓN

Estoy reportando una <input type="checkbox"/> lesión o <input type="checkbox"/> una enfermedad ocupacional		Fecha de la lesión (mes/día/año)
Hora en que sucedió la lesión		Primer día que no trabajó por causa de la lesión (mes/día/año)
Fecha en que la lesión fue reportada al empleador (mes/día/año)		
¿Dónde ocurrió la lesión?	Condado	Estado País
Si el accidente ocurrió fuera de Texas, ¿en qué fecha salió usted de Texas? (mes/día/año)		
Testigo(s) de la lesión (enliste los nombres)		
Describe la causa de la lesión o enfermedad ocupacional, incluyendo como es que está relacionada con el trabajo.		
Parte(s) del cuerpo afectada(s) por la lesión		
Si la lesión es el resultado de una enfermedad ocupacional:		
1. ¿En qué fecha fue la última vez que el empleado estuvo expuesto a la causa de la enfermedad ocupacional? (mes / día / año)		
2. ¿Cuándo fue que usted se dio cuenta que la enfermedad ocupacional estaba relacionada con su trabajo? (mes / día / año)		

III. INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADOR (al momento de la lesión)

Nombre del Empleador	Dirección del Empleador (calle, ciudad/pueblo, estado, código postal, condado, país)
Número de Teléfono del Empleador	Nombre del Supervisor

IV. INFORMACIÓN SOBRE EL MÉDICO

Nombre del Médico Tratante	Número de Teléfono
Dirección (calle, ciudad/pueblo, estado, código postal)	
Nombre de la Red de Servicios Médicos de Compensación para Trabajadores, si es que la hay	

Firma del empleado lesionado o de la persona que está completando este formulario en nombre del empleado lesionado

Fecha

Nombre en letra de molde del empleado lesionado o de la persona que está completando este formulario



Información sobre el Reclamo del Empleado para Compensación por una Lesión Relacionada con el Trabajo o Enfermedad Ocupacional (Formulario DWC-041)

Un reclamo para recibir beneficios de compensación para trabajadores debe ser sometido con la División de Compensación para Trabajadores (División) por el empleado lesionado (usted), o por la persona que está actuando en nombre (suyo) del empleado lesionado dentro de un año a partir de la fecha en que usted supo o debió haber sabido que la lesión o enfermedad podía estar relacionada con el trabajo; AL MENOS que exista una buena causa para no poder someter el reclamo a tiempo, o si el empleador o la compañía de seguros no disputan el reclamo.

Una vez que se haya recibido su formulario DWC041, u otro aviso sobre su lesión, la División creará un reclamo y establecerá un número de reclamo para usted, y la División le enviará a usted por correo información referente a la compensación para trabajadores en Texas. La División también notificará a su empleador, y a su compañía de seguros de compensación para trabajadores.

INSTRUCCIONES ESPECIALES E INFORMACIÓN PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DWC-041

Instrucciones en General

- Complete **todas** las casillas en el formulario DWC-041
- Si usted tiene alguna pregunta sobre como completar este formulario, favor llame a la oficina local de la División al teléfono 1-800-252-7031.

Información Sobre el Empleado Lesionado

- Información sobre el Estado de Trabajo
 - Si usted ha regresado a su trabajo regular y está desempeñando los mismos deberes que tenía antes de que sucediera su lesión, marque la casilla que indica "Regular".
 - Si usted ha sido dado de alta por un médico para regresar a trabajar con restricciones, marque la casilla que indica "Limitado".

Información Sobre la Lesión

- Una **lesión** significa un daño a su cuerpo que fue causado por un accidente, o evento.
- Una **enfermedad ocupacional** significa una enfermedad o lesión relacionada con o causada por el trabajo que usted desempeña, y puede incluir lesiones a su cuerpo que son el resultado de actividades repetitivas que usted desempeña en el trabajo en un periodo de tiempo.

Información Sobre el Empleador

Proporcione información sobre su empleador al momento en que usted se lesionó.

Información Sobre el Médico

- Si usted ya cuenta con un médico tratante de compensación para trabajadores, proporcione el nombre y dirección del médico.
- Si usted está cubierto bajo una red de servicios médicos de compensación para trabajadores, proporcione el nombre de la red.

Como Comunicarse con el Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores

Si usted tiene preguntas sobre como llenar este formulario o tiene preguntas sobre la compensación para trabajadores en Texas, por favor llame a la oficina local de la División al teléfono 1-800-252-7031.

Envíe el formulario completo a esta dirección: Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation, PO Box 12050, Austin, Texas 78711

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.