Destinatarios:
Empleado/a accidentado/a
Oficina de la DWC encargada del reclamo

Reclamo núm _____

Reclamo de la aseguradora núm _____

AVISO AL/A LA EMPLEADO/A: INTENCION DE SOLICITAR PERMISO A LA DIVISION PARA AJUSTE DE BENEFICIOS

Indicaciones a la aseguradora: La aseguradora deberá obtener la autorización Departamento de Seguros Texas, División de Compensación para Trabajadores antes de que se haga el ajuste de los beneficios provisionales por disminución de ingresos de un(a) empleado/a de temporada por motivo de una modificación estacional de su salario. Al solicitar la aprobación de la División para efectos de tal ajuste, deberá avisarse al/a la empleado/a accidentado/a de esa intención enviándole el presente aviso por correo de primera clase.

1. Nombre del/de la empleado/a (Apellido(s),Nombre de pila, Inicial del segundo nombre de pila) y numero del telefono ( )	2. Número de seguro social (últimos 4) XXX-XX-	3. Fecha del accidente o lesión
4. Dirección postal (Calle o número de apartado postal)	5. Razón social del patrón	
Ciudad Estado Código postal	6. Nombre de la aseguradora	

• • • ATENTO AVISO AL/A LA EMPLEADO/A • • •

_____ , aseguradora responsable de indemnización por accidentes laborales
NOMBRE DE LA ASEGURADORA
para el susodicho reclamo, pretende solicitar la aprobación Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores ☐ reducir ☐ aumentar sus pagos semanales de beneficios provisionales por disminución de ingresos a la suma de $_____ con motivo de una modificación estacional de su salario. La fecha en que entra en vigor la modificación que se propone a sus pagos semanales será el _____ _____.

Usted deberá someter cualquier información que tenga sobre salarios al ajustador de la compañía de seguros, dirigiéndose a la dirección que aparece en la parte de debajo de este formulario dentro de las dos (2) semanas subsiguientes a la fecha del presente aviso, el cual es el día: _____. Tal información podrá incluir registros de salarios provenientes de la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas (Texas Workforce Commission, por su nombre en inglés), copias de sus formularios W 2 o copias de estados de cuenta de bancos, affidávits de su(s) empleador(es), talones de cheques u otros documentos que acrediten el salario que haya recibido durante años anteriores. El no proporcionar dicha información puede resultar en la reducción de sus beneficios de ingresos temporales y serán disminuidos, basándose en sus antecedentes de salarios correspondientes a los cinco (5) últimos trimestres disponibles por la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas.

Ud. tiene el derecho de solicitar una Conferencia para Revisión de Beneficios a fin de resolver una disputa referente a alguna modificación estacional de su salario. Si tiene preguntas o necesita alguna ayuda, puede comunicarse con Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores marcando su número gratuito **1-800-252-7031** o dirigiéndose a la oficina local de la División encargada de tramitar su reclamo.

Nombre del/de la Ajustador(a) (EN LETRAS DE MOLDE	Domicilio comercial del/de la Ajustador(a)
Teléfono del/de la Ajustador(a) ( )	Ciudad Estado Código Postal