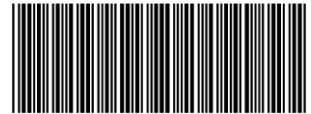


Estado de California
División Estatal de Compensación de Trabajadores
y Unidad de Capacitación y Reinserción Laboral



FORMULARIO DE VALE SUPLEMENTARIO
INTRANSFERIBLE POR PÉRDIDA DEL TRABAJO POR
LESIONES SUFRIDAS ENTRE EL 1 ENE. 2004
Y 31 DIC. 2012 DWC - AD 10133.57

Empleado lesionado (para ser completado por el empleador o el Administrador de Reclamos). (Toda la información de esta sección debe completarse).

Primer Nombre

Inicial del segundo

Apellido

Dirección/apartado postal (deje espacios en blanco entre números, nombres o palabras)

Ciudad

CA
Estado

Código Postal

Número de reclamo

Fecha de nacimiento: MM/DD/AAAA

Teléfono

Fecha de expiración del vale

MM/DD/AAAA

Administrador de Reclamos (para ser completado por el empleador o el Administrador de Reclamos). (Toda la información de esta sección debe completarse).

Nombre (deje espacios en blanco entre números, nombres o palabras).

Dirección de correo de reclamos (deje espacios en blanco entre números, nombres o palabras).

Ciudad

CA
Estado

Código Postal

Representante de Reclamos

Teléfono

\$ _____ estarán disponibles para el empleado lesionado basado en el _____ % de Fallo de Incapacidad Permanente Parcial (Permantent Partial Disability Award, PPDA)

Consejero vocacional y de reinserción laboral si aplica (para ser completado por el empleado). (Toda la información de esta sección debe completarse).

Primer nombre _____

Inicial del segundo _____

Apellido _____

Dirección/apartado postal (deje espacios en blanco entre números, nombres o palabras) _____

Ciudad _____

CA

Estado

Código Postal _____

Fondos utilizados para la asesoría vocacional
o de reincorporación al trabajo: \$ _____

Teléfono _____

(10% como límite del valor total del vale)

Detalles del proveedor de capacitación (para ser completado por el empleado. Adjunte páginas adicionales por cada proveedor). (Toda la información de esta sección debe completarse). (Las instituciones deberán indicar sus nombres en la primera casilla).

Primer nombre _____

Apellido _____

Dirección/apartado postal (deje un espacio en blanco entre números, nombres y palabras) _____

Ciudad _____

CA

Estado

Código Postal _____

Teléfono _____

Fecha expiración _____

MM/DD/AAAA

Número de aprobación del proveedor _____

Nombre de contacto del proveedor _____

Costo de la capacitación _____

El empleado lesionado debería firmar y fechar este formulario.

Firma del empleado lesionado _____

Fecha _____

MM/DD/AAAA

Nota para el Administrador de Reclamos: al recibir el vale, los recibos y la documentación del empleado, los pagos del reembolso al empleado o los pagos directos del vale para el Consejero Vocacional de Reinserción Laboral (Vocational Return to Work Councilor, VRTWC) y a los proveedores de capacitación deben realizarse dentro de 45 días calendario.

Se determinó que usted es elegible para este vale suplementario intransferible por la pérdida del trabajo. Este vale podría usarse para el pago de matrículas, honorarios, libros y otros gastos requeridos por la escuela aprobada o acreditada por el estado en la que usted se inscriba a efectos de la capacitación con fines educativos, desarrollo de habilidades o ambas. Se reembolsará el monto directamente a la escuela al recibir la factura documentada de los costos anteriormente descritos por parte del Administrador de Reclamos.

Si cubre los gastos elegibles, puede recibir un reembolso inmediato al entregar los recibos documentados al Administrador de Reclamos. Sin embargo, si usted decide retirarse de algún programa voluntariamente, no tendrá derecho al reembolso completo del vale. Si decide recibir los servicios de un asesor vocacional, no se podrá utilizar más del 10% del vale en asesoría vocacional o de reinserción laboral.

Para poder iniciar su capacitación o su asesoría de reinserción laboral, presente el vale a la escuela o al asesor vocacional o de reinserción laboral de su preferencia, elegido entre los que aparecen en la lista desarrollada por el Director Administrativo de la División de Compensación a los Trabajadores.

Hay un listado de consejeros vocacionales y para la reinserción laboral en el sitio web de la División Estatal de Compensación de Trabajadores www.dir.ca.gov o bajo solicitud. La escuela o el asesor deberán contactarme en relación con el pago directo de su beneficio suplementario por pérdida del trabajo.

Este vale suplementario por pérdida del trabajo deberá usarse antes de la fecha de vencimiento especificada en la primera página. Al vencer, este vale será inutilizable. Todos los reclamos por gastos y reembolsos deben entregarse al Liquidador de Reclamos antes de la fecha de vencimiento.