

FORMULARIO DE VALE SUPLEMENTARIO INTRANSFERIBLE POR PÉRDIDA DEL TRABAJO DEBIDO A LESIONES SUFRIDAS EL 1 DE ENERO DE 2013 O POSTERIORMENTE

Este es un vale suplementario intransferible por pérdida del trabajo, con un valor de \$6,000, para utilizarse con propósitos educativos relacionados con la recapitación o el desarrollo de habilidades. Puede usarse con propósitos educativos, de asesoramiento o en servicios de formación. Podrá llevar este vale a cualquier escuela pública de California o a un proveedor certificado por el estado que aparezca en el listado de proveedores de capacitación elegibles (Eligible Training Provider List) en <http://etpl.edd.ca.gov> y se reembolsará el monto directamente a la escuela después de recibir una factura certificada por parte del Analista de Reclamos. También puede presentar este vale a uno de los asesores del listado en el sitio web de la División Estatal de Compensación de Trabajadores (Division of Workers' Compensation's, DWC) en http://www.dir.ca.gov/dwc/SJDB/VRTWC_list.xlsx.

Este vale podría aplicarse a cualquiera de los siguientes gastos, a elección del empleado lesionado:

- (1) Motivos educativos relacionados con la recapitación o el desarrollo de habilidades, o ambas, en una escuela pública de California o con un proveedor certificado que se encuentre en el listado de proveedores de capacitación elegibles; se incluye el pago de la matrícula, honorarios, libros y otros gastos requeridos por la escuela para la recapitación o el desarrollo de habilidades.
- (2) Matrículas por acreditaciones ocupacionales, certificaciones profesionales, tarifas relacionadas a evaluaciones y a cursos de preparación para exámenes.
- (3) Servicios de empresas de inserción laboral certificadas, asesoría vocacional o de regreso al trabajo, y preparación de síntesis curricular, con un límite combinado de \$600.
- (4) Herramientas requeridas por un programa educativo o de capacitación en el cual el empleado esté inscrito.
- (5) Equipo de computación, incluidos monitores, software, dispositivos para conexión de red, teclados, mouses, impresoras y tabletas, hasta \$1,000, presentado con la documentación apropiada (página 4 de este paquete). El empleador podría dar al empleado la opción de obtener el equipo de computación directamente de él mismo. El empleado no podrá exigir el reembolso por juegos ni ningún medio de entretenimiento.
- (6) Hasta \$500 como reembolso o avance por gastos misceláneos, pagaderos a petición (al enviar la página 3 de este paquete por correo electrónico o correspondencia regular), sin necesidad de desglosar la documentación o el estado de cuentas. El empleado no tendrá derecho a ningún otro a vale de pago por transporte, gastos de viaje, acceso a teléfono o internet, ropa o uniformes, o gastos adicionales.

Como ha recibido este vale y no puede volver a su trabajo habitual, podría ser elegible para el programa complementario de reinserción laboral. Debe postularse dentro de un año desde la fecha en la que se envió el vale y deberá hacer una copia del mismo, necesaria para postularse al programa complementario de reinserción laboral. Los detalles del programa están disponibles en el sitio web del Departamento de Relaciones Industriales, www.dir.ca.gov, o a través del número telefónico 510-286-0787.

Si cubre los gastos de elegibilidad, puede recibir un reembolso después de presentar las facturas documentadas al Administrador de Reclamos. Los pagos del reembolso deben ser realizados por el Analista de Reclamos dentro de 45 días calendario a partir de la entrega del vale, los recibos y la documentación.

Si decide retirarse voluntariamente de un programa, no tendrá derecho a un reembolso completo del vale.

Si existe alguna disputa en relación con este vale, el empleado o el Analista de Reclamos, puede enviar el Formulario DWC- AD 10133.55 "Solicitud para la resolución de disputas ante el Director Administrativo" al Director Administrativo, Division of Workers' Compensation, P.O. Box 420603, San Francisco, CA 94142-0603.

Si tiene alguna pregunta o necesita alguna información, puede contactar a su empleador o al Administrador de Reclamos. Usted también podrá contactar a un agente de DWC de Información y Asistencia (Information and Assistance, "I&A"). La información de contacto del I&A puede encontrarse en: <http://www.dir.ca.gov/dwc/ianda.html>.

El Administrador de Reclamos de completar esta sección

Apellido del empleado _____ Primer nombre del empleado _____ Inicial del segundo _____
Administrador de Reclamos _____ Representante de Reclamos _____

Dirección postal para reclamos _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona postal _____ Nro. de reclamo. _____

Número de teléfono para reclamos _____ Correo electrónico para reclamos (opcional) _____ Fecha de la lesión _____

Este vale será inutilizable después de su vencimiento. Deben entregarse todos los reclamos por gastos y reembolsos al Liquidador de Reclamos antes de la fecha de expiración.

Fecha de expiración del vencimiento: _____
MM/DD/AAAA

Consejero Vocacional de Reinserción Laboral si aplica (para ser completado por el empleado).
Si utilizará los servicios de un Consejero Vocacional de Reinserción Laboral o proveedor o escuela de capacitación por favor complete la parte inferior de esta página y envíela por correo al Administrador de Reclamos.

Apellido _____ Primer nombre _____ Inicial del segundo _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Fondos utilizados para la asesoría (no exceder los \$600): \$ _____

Detalles del proveedor de la capacitación o de la escuela (si aplica) (para ser completado por el empleado).

Nombre del proveedor _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Costo de la capacitación: \$ _____

El empleado lesionado deberá firmar y escribir la fecha de este formulario del vale

Firma: _____ Fecha _____
MM/DD/AAAA

SOLICITUD PARA GASTOS MISCELÁNEOS

FORMULARIO DEL VALE SUPLEMENTARIO INTRANSFERIBLE POR LA PÉRDIDA DE TRABAJO

El Administrador de Reclamos debe completar esta sección

Apellido del empleado _____ Primer nombre del empleado _____ Inicial del segundo _____

Administrador de Reclamos _____ Representante de Reclamos _____

Dirección de correo de reclamos _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Nro. de reclamo. _____

Correo electrónico de reclamos _____ Fecha de la lesión _____

Solicito \$500 como reembolso o avance por gastos misceláneos.

Empleado lesionado Firma: _____ Fecha _____
MM/DD/AAAA

Si quisiera solicitar gastos misceláneos, complete este formulario y envíelo al Liquidador de Reclamos. Si se le proporcionó una dirección de correo electrónico, puede enviar este formulario por esa vía, de lo contrario, envíelo por correspondencia. No tendrá derecho a otro vale de pago por transporte, gastos de viaje, gastos, acceso a teléfono o a internet, ropa o uniformes, o gastos adicionales.

Si está solicitando un reembolso por el pago de gastos en computación, envíe un correo a Solicitud por Compra de Equipo Informático (página 4) al Liquidador de Reclamos con la documentación apropiada.

Si se encuentra solicitando un reembolso por el pago de honorarios, tarifas, libros o herramientas, envíe un correo a Solicitud de Reembolso de Gastos (página 5) al Ajustador de Reclamos con la documentación apropiada. Los pagos deben ser hechos por el Ajustador de Reclamos dentro de 45 días de calendario luego de la recepción de la solicitud.

SOLICITUD DE COMPRA DE EQUIPO INFORMÁTICO
FORMULARIO DEL VALE SUPLEMENTARIO INTRANSFERIBLE POR LA PÉRDIDA DE TRABAJO

El Administrador de Reclamos debe completar esta sección

Apellido del empleado _____ Primer nombre del empleado _____ Inicial del segundo _____

Administrador de Reclamos _____ Representante de Reclamos _____

Dirección de correo de reclamos _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Nro. de reclamo. _____

Correo electrónico de reclamos _____ Fecha de la lesión _____

Solicito un total de \$ _____

- Se adjuntó un recibo del equipo comprado al reembolso.
- Se adjuntó una factura escrita.
- Acepto la oferta del Administrador de Reclamos / empleador de suministrar el equipo informático (si se realizó una oferta).

Firma del empleado lesionado: _____ Fecha _____
MM/DD/AAAA

Hay hasta \$1,000 disponibles para la(s) compra(s) de equipo informático, incluyendo monitores, software, dispositivos de acceso a redes, teclados, mouses, impresoras y tabletas. No tiene derecho a reembolso por juegos ni otros medios de entretenimiento.

Si le proporcionarán directamente el equipo informático, su empleador deberá suministrar dicho equipo y la documentación del costo del mismo dentro de 45 días a partir de la recepción de esta Solicitud de compra de equipo informático.

El pago de matrículas, tarifas, libros y herramientas también podría reembolsarse. Ver página 5.

Si solicitó \$500 para gastos misceláneos, no tendrá derecho a reembolso por transporte, gastos de viaje, acceso a teléfono o internet, ropa, uniformes o gastos adicionales.

SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS
FORMULARIO DEL VALE SUPLEMENTARIO INTRANSFERIBLE POR LA PÉRDIDA DE TRABAJO

El Administrador de Reclamos debe completar esta sección

Apellido del empleado _____ Primer nombre del empleado _____ Inicial del segundo _____

Administrador de Reclamos _____ Representante de Reclamos _____

Dirección de correo de reclamos _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Nro. de reclamo. _____

Correo electrónico de reclamos _____ Fecha de la lesión _____

Solicito un reembolso de un total de \$ _____ por gastos. Deben adjuntarse los recibos completos y cualquier otra documentación.

Firma del empleado lesionado: _____ Fecha _____

MM/DD/AAAA

Si quisiera solicitar un reembolso por gastos de matrículas, tarifas, libros y herramientas, complete esta página y envíela al Liquidador de Reclamos con la documentación que respalde los gastos.

Si solicitó \$500 para gastos misceláneos, no tendrá derecho a reembolso por transporte, gastos de viaje, acceso a teléfono o internet, ropa, uniformes o gastos adicionales.

Para compras de equipo informático, complete una Solicitud de compra de equipo informático (página 4) y envíela al Liquidador de Reclamos con la documentación correspondiente.

CONSTANCIA DE NOTIFICACIÓN

El _____, entregué el(los) documento(s) anterior(es): el vale suplementario intransferible por pérdida del trabajo por lesiones sufridas el 1 de enero de 2013 o posteriormente (Formulario DWC - AD 10133.32) para el reclamo número

_____ a las partes mencionadas a continuación.

Nombre de trabajador lesionado:

Dirección:

Número ADJ:

Nombre del(los) abogado(s):

Nombre de la empresa:

Dirección:

_____ al colocar una copia certificada del mismo en un sobre sellado con estampilla, completamente pagado, en el correo de los Estados Unidos.

_____ por servicio personal.

Declaro bajo pena de perjurio regida por las leyes del estado de California que lo anterior es verdadero y correcto.

Formalizado el _____ en _____, CA.

Firma de la persona que entregó los documentos: _____

Nombre en letra de imprenta: _____