

**PRESENTACIÓN ALTERNATIVA TEMPORAL DEL
PROGRAMA SUPLEMENTARIO DE REGRESO AL TRABAJO
(RTWSP, por sus siglas en inglés)
SOLICITUDES DURANTE COVID-19
CÓDIGO DE REGLAMENTOS DE CALIFORNIA, TÍTULO 8,
SECCIÓN 17305**

A la luz del continuo estado de emergencia de COVID-19, y para facilitar un método de presentación para los solicitantes que no tienen acceso a una computadora y un escáner, puede enviar por correo una copia del Vale del Beneficio Suplementario por el Desplazamiento o Pérdida de Trabajo y la solicitud RTWSP completada a:

RTWSP
Division of Workers' Compensation
1515 Clay St., 17th Floor
Oakland CA 94612-1499
Attn: Applications

¿Qué se debe incluir para la presentación?

- Formulario de solicitud RTWSP completado, incluyendo:
 - Número de caso WCAB – si no tiene número de ADJ por favor escriba **NONE**
 - Número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés) o Número de Identificación Personal del Contribuyente (ITIN, por sus siglas en inglés) – si no tiene uno por favor escriba **NONE**
- Copia del vale del Beneficio Suplementario por el Desplazamiento o Pérdida de Trabajo (SJDB, por sus siglas en inglés) (las 6 páginas)

Recibirá una confirmación en la información de contacto que proporcione en el formulario de solicitud RTWSP. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con RTWSP en RTWSP@dir.ca.gov o por teléfono al (510) 286-0787.

Recordatorios:

- Este proceso de solicitud es temporal y está sujeto a cambios.
- No se aceptarán solicitudes incompletas.
- Haga una copia de su solicitud RTWSP completada y del vale SJDB para sus propios registros.

Estado de California
Departamento de Relaciones Industriales
División de Compensación de Trabajadores
Programa Suplementario de Regreso-Al-Trabajo
Solicitud para el Programa Suplementario de
Regreso-Al-Trabajo
Código Laboral Sección 139.48

Aviso de Privacidad sobre la Colección de Información Personal

Advertencia: *Cualquier persona que hace o utiliza un registro falso o una declaración falsa pertinente a un reclamo es responsable por daños triples más una multa administrativa de no menos de \$5,500 y no más de \$11,000 más el costo de la acción conforme a la Ley de Reclamaciones Falsas, Código de Gobierno Secciones 12650-12656.*

INFORMACIÓN INDIVIDUAL (Escriba en letras de imprenta)

Primer Nombre: _____

Inicial Medio: _____

Apellido: _____

Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA): _____

Número SSN/ITIN: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Correo Electrónico: _____

Número de Teléfono: _____

HISTORIA DE LA LESIÓN:

Fecha de la Lesión: _____

Número de Reclamo: _____

Fecha de Servicio del Beneficio Suplementario por la Pérdida de Trabajo
(SJDB): _____

Número de Caso WCAB: ADJ _____

¿Alguna vez ha recibido un pago de beneficios RTWSP antes de hoy?

_____ Sí _____ No

CERTIFICACIÓN:

Verificación de Residencia:

_____ Residente de California. Calificado para negociar en California o mantiene un lugar de negocios permanente en California.

_____ No residente de California. Pagos por servicios a no residentes pueden ser sujetos a retención de impuestos estatales sobre salarios.

Certificación de Pena de Perjurio:

Certifico (o dicto) bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de California que lo anterior es verdadero y correcto.

Yo certifico esto en esta fecha _____ (Mes/Día/Año)

Firma

Una determinación de elegibilidad se hará dentro de los 60 días de la presentación de su solicitud y se le enviará por correo un aviso de beneficio que indique si califica o no para el beneficio RTWSP. Para evitar retrasos en el procesamiento de su solicitud, POR favor NO envíe una segunda solicitud. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la unidad RTWSP en RTWSP@dir.ca.gov o 510-286-0787