PARTE A **INFORME DEL RECLAMANTE**

1. Nombre y apellidos (Paterno y materno, de casada. EN LETRA DE MOLDE)	2. Núm. de Seguro Social **(Para uso contributivo solamente)**	3. Sexo [ ] M [ ] F
4. Dirección postal (Incluya "Zip Code"):	5. Dirección residencial: Teléfono_____	
6. Fecha de nacimiento: (mes-día-año)	7. Ocupación:	8. Mi último día de trabajo fue: (fecha) (mes-día-año)

9. Mis patronos durante los últimos 18 meses fueron [Indique nombres y direcciones de las compañías, fechas en que trabajó y si trabajó con más de una a la vez, deberá proveer un Informe patronal (Parte B) por cada una.]

a)	b)
Desde:_____ (mes-día-año) Hasta:_____ (mes-día-año)	Desde:_____ (mes-día-año) Hasta:_____ (mes-día-año)

10. Durante mi incapacidad: ☐ recibí ☐ estoy recibiendo ☐ estoy gestionando beneficios o ingresos de:

	SI	NO	CANTIDAD BRUTA		SI	NO	CANTIDAD BRUTA
a. Mi patrono y/o mi unión	☐	☐	$	c. Seguro Social para Choferes Fecha:(mes-día-año)	☐	☐	$
Vacaciones regulares Fecha (mes-día-año)	☐	☐		d. Seguro Social Federal por Incapacidad* Fecha (mes-día-año)	☐	☐	
Licencia por enfermedad Fecha (mes-día-año)	☐	☐		e. Seguro Social Federal por edad* Fecha (mes-día-año)	☐	☐	
Licencia por maternidad Fecha (mes-día-año)	☐	☐		f. Corporación Fondo del Seguro del Estado* Fecha (mes-día-año)	☐	☐	
Pensión o retiro* Fecha (mes-día-año)	☐	☐		g. Seguro de la ACAA Fecha (mes-día-año)	☐	☐	
Días feriados Fecha (mes-día-año)	☐	☐		h. Veteranos Fecha (mes-día-año)	☐	☐	
Pago Voluntario Fecha (mes-día-año)	☐	☐		i. Un plan privado Fecha (mes-día-año)	☐	☐	
b. Seguro por Desempleo Fecha: (mes-día-año)	☐	☐		j. Otros (Especifique) Fecha (mes-día-año)	☐	☐	

***En caso afirmativo, debe enviarnos copia de la carta de aprobación de Seguro Social o Pensión y copia de los documentos del Fondo, si aplica**

11. Me incapacité (Explique cómo, dónde y en qué fecha ocurrió su incapacidad. Incluya número de la querella de la Policía, si aplica).	12. Mi incapacidad está relacionada con... (En caso afirmativo, incluya copia de la determinación o de los documentos.) **SI** **NO** [ ] [ ] mi trabajo Núm. caso FSE_____ [ ] [ ] un accidente de tránsito
13. Cuando me incapacité estaba: [ ] empleado(a) [ ] desempleado(a)	14. Durante mi incapacidad trabajé el periodo: Desde_____ (mes-día-año) Hasta_____ (mes-día-año)
15. Me recuperé y estuve en condiciones de trabajar desde: (mes-día-año) 16. Regresé a trabajar en: (fecha: mes-día-año)	17. ¿Hace usted pagos a ASUME? Sí ☐ No ☐

18. Estoy entregando esta solicitud después de tres (3) meses del comienzo de mi incapacidad por las siguientes razones:

CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Certifico que estoy o estuve incapacitado(a) para trabajar y que toda la información suministrada por mi en este formulario es cierta. Sé que la Ley, en sus Secciones 3(o) y 11(a), impone penas graves---como multa, cárcel o ambas penas, a discreción del Tribunal—por ofrecer información falsa con el propósito de obtener beneficios por incapacidad. Autorizo a mi patrono y a mi médico, o a cualesquiera otras personas naturales o jurídicas, a suministrar al Programa del Seguro por Incapacidad No Ocupacional Temporal (SINOT) del Departamento del Trabajo toda la información necesaria para el trámite de mi solicitud.

Firma del reclamante (o marca, si no sabe firmar)	**Fecha (mes-día-año)**
Nombre del testigo de la marca (En letra de molde):	Dirección del testigo:
Firma del testigo de la marca:	Teléfono: