

## DECLARACIÓN DE AUTORESTRICCIÓN AL TRABAJO A TIEMPO PARCIAL

\*Facilitar su número de seguro social (Social Security Number, SSN) es voluntario. No facilitarlo puede causar un retraso en el trámite.  
La información personal que suministre puede utilizarse para otros fines [Ley de Privacidad, s. 15.04 (1)(m), Estatutos de Wisconsin).

NOMBRE DEL EMPLEADO:

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:

FECHA DE LA LESIÓN:  
(mm/dd/yyyy)

Este formulario es necesario para calcular correctamente el salario con miras a su indemnización por accidente en el lugar de trabajo.

Responda las siguientes preguntas, firme, coloque la fecha y devuelva este formulario a su compañía de seguros o empleador auto asegurado.

1. Al momento de lesionarse, ¿limitó su disponibilidad en el mercado laboral al trabajo a tiempo parcial o al trabajo solo con el empleador donde se lesionó?  
Sí No

En caso afirmativo, explique en qué consiste su limitación:

2. Al momento de lesionarse, ¿también estaba empleado por otro empleador o por cuenta propia?  
Sí No

En caso afirmativo, indíquenos el nombre y la dirección del otro empleador:

Nombre:

Dirección:

Firma: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
con código de área

Fecha de firma: \_\_\_\_\_  
(mm/dd/yyyy)