

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. El Departamento de Desarrollo de la Fuerza Laboral (DWD) administra la Ley de Compensación al Trabajador, Capítulo 102 Wis. Stats. El propósito de este formulario es ayudar con la obtención de información relacionada con o requerida por el Capítulo 102. La cumplimentación de este formulario es voluntaria y la no cumplimentación de dicho formulario puede dar lugar a un retraso en la administración del Capítulo 102. El Departamento de Desarrollo de la Fuerza Laboral (DWD) puede utilizar la información de identificación personal (PII) que obtiene de usted en este formulario para fines distintos de aquellos para los que se está recogiendo.

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: _____ Fecha de firma: _____

Número de teléfono: _____
con código de área