Seguro Choferil

SOLICITUD DE BENEFICIOS POR ENFERMEDAD PARA TRABAJADORES QUE DEBEN ESTAR ASEGURADOS POR LA LEY NUMERO 428

USO DE OFICINA

Entregado por	*Fecha*

USTED DEBE COMPLETAR ESTE FORMULARIO SI ES UN TRABAJADOR A QUIEN SU PATRONO LE PERMITE O LE REQUIERE CONDUCIR VEHÍCULOS DE MOTOR, EN FORMA USUAL Y REGULAR, COMO PARTE DEL EMPLEO

o

SI USTED ES DUEÑO DE UN VEHÍCULO DE MOTOR, REGISTRADO A SU NOMBRE, EN EL NEGOCIADO DE VEHÍCULOS DE MOTOR DEL DEPARTAMENTO DE TRANSPORTACIÓN Y OBRAS PÚBLICAS, EL CUAL ES CONDUCIDO POR USTED Y DEDICADO AL SERVICIO DE TRANSPORTE PÚBLICO DE PERSONAS, ANIMALES O COSAS.

LA LEY DE SEGURO SOCIAL CHOFERIL CONCEDE UN TERMINO DE NOVENTA (90) DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DEL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD PARA RADICAR UNA SOLICITUD .

UNA VEZ HAYA COMPLETADO LA SOLICITUD, PODRÁ ENTREGARLA PERSONALMENTE EN CUALQUIERA DE NUESTRAS OFICINAS O ENVIARLA POR CORREO A ESTA DIRECCIÓN:

Departamento del Trabajo y Recursos Humanos
Programa de Seguro Social para Choferes y Otros Empleados
Edificio Prudencio Rivera Martínez - 9no. Piso
Ave. Muñoz Rivera 505 - San Juan Puerto Rico 00918

Oficina Central
Tels: 754-5287 ó 754-5290 Facsímil: 754-9224

Oficina de Area de Arecibo
Tel. 878-5040

Oficina de Area de Carolina
Tels. 769-3965 ó 757-4710

Oficina de Area de Bayamón
Tels. 780-6262 ó 269-6270

Oficina de Area de Mayagüez
Tel. 832-4454

Oficina de Area de Caguas
Tel. 743-6790

Oficina de Area de Ponce
Tel. 842-9612

Oficina de Area de San Juan
Tel. 753-7719

NOTA: INCLUYA COPIA DE SU LICENCIA DE CONDUCIR.

Parte A **INFORME DEL RECLAMANTE**

1. Nombre y Apellidos	2. Número Seguro Social	3. Sexo ☐ M ☐ F
4. Dirección postal (Incluya "Zip Code")	5. Dirección residencial Teléfono:	
6. Fecha de nacimiento (mes, día, año)	7. Ocupación	8. Antes de la enfermedad trabajé hasta: Mes____Día____Año____
9. Núm. Licencia conducir _____ Fecha vencimiento: Mes____Día____Año____	10. Explique cómo, dónde y en qué fecha ocurrió su enfermedad	

11. Mis patronos durante los últimos 6 años fueron:

NOMBRE DE PATRONOS	FECHAS DE TRABAJO DESDE	HASTA

12. Establecí reclamación en:

A. Fondo del Seguro del Estado Sí____ No____

Caso Núm._____

B. ACAA Sí____ No____

Caso Núm._____

13. Durante mi enfermedad recibí ingresos a través de:

	DESDE	HASTA
A. Mi patrono (Vacaciones)		
B. Seguro por Desempleo		
C. SINOT		
D. Otros (Indique nombre) _____		

14. Regresé a trabajar en:

A. Indique fecha: Mes_____ Día_____ Año_____

B. No he regresado ____

CERTIFICACIÓN

Certifico que estoy o estuve impedido para trabajar y que toda la información suministrada por mí en este formulario es cierta. Sé que la Ley, en sus Artículos 17 y 18, impone penas graves - - como multa, cárcel o ambas penas, a discreción del Tribunal - - por ofrecer información falsa con el propósito de obtener beneficios por enfermedad.

_____ Firma del reclamante (o marca, si no sabe firmar)

_____ Fecha

AUTORIZACIÓN

Autorizo al Programa de Seguro Social para Choferes y Otros Empleados del Departamento del Trabajo y Recursos Humanos. a obtener y ofrecer, toda la información necesaria para el trámite de mi solicitud, incluyendo la certificación médica.

_____ Firma del reclamante (o marca, si no sabe firmar)

_____ Fecha

PARTE B **INFORME PATRONAL**

1. Nombre y apellidos del empleado	2. Número de: Empleado / Seguro Social 3. Ocupación

4. Se le requiere licencia de conducir para trabajar? Sí_____ No_____ Desde cuando? Mes____ Día_____Año____	5. Indique último día de trabajo del reclamante (Físicamente) Mes____Día____Año____	6. A. **Indique fecha de regreso al empleo** Mes_____Día_____Año_____ B. No ha regresado _____

7. Este empleado reclamó beneficios ante la Corporación del Fondo del Seguro del Estado, por la reclamación establecida en esta solicitud? Sí____ No____ Indique Núm. Caso_____	8. Fue este empleado cesanteado? Sí____ No____ Indique fecha: Mes_____ Día_____ Año_____

NOTA: La siguiente pregunta aplica solamente para aquellos patronos que son Agencias o Corporaciones del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

9. ¿Hizo algún pago al empleado durante el periodo de la enfermedad alegada? Sí_____ No_____

Si contesta en la afirmativa, deberá indicar el periodo pagado según se requiere a continuación:

TIPO DE PAGO	PERIODO PAGADO	
	DESDE	HASTA
VACACIONES		
LICENCIA POR ENFERMEDAD		
LICENCIA POR MATERNIDAD		
OTROS (ESPECIFIQUE		

10. Nombre de la Compañía, (use letra de molde) _____ Teléfono: _____

11. Dirección Postal _____ Dirección Física: _____

12. Tiene número de cuenta asignado por este Programa? Sí____ No____

Indique Núm.:

P-_____

CERTIFICACION

Certifico que la información suministrada por mí en este formulario es correcta. Sé que la Ley, en sus Artículos 17 y 18, impone penas graves - - como multas, cárcel o ambas penas, a discreción del Tribunal - - por ofrecer información falsa relativa a una reclamación de beneficios por enfermedad.

_____ Firma del patrono

_____ Fecha

PARTE C **CERTIFICADO MEDICO**

1. Nombre y apellidos del paciente	2. Número Récord Médico
3. Período de enfermedad **DESDE** _____ **HASTA** _____ Mes Día Año Mes Día Año	4. ¿El paciente estuvo hospitalizado por tres (3) días o más? Sí____ No_____ Nombre del Hospital _____ **DESDE** _____ **HASTA** _____ Mes Día Año Mes Día Año
6. Diagnóstico (Datos médicos que, según su conocimiento, impidan al Paciente para trabajar y conducir vehículos de motor) _____ _____ _____ _____ _____	7. **Hasta que fecha, aproximada,** entiende usted que el paciente podrá estar impedido para trabajar? (Es importante para este Programa que nos conteste con una fecha.) Mes_____Día_____Año_____

CERTIFICACION

Certifico que la información indicada arriba es correcta, y que soy médico autorizado a ejercer la profesión de medicina. Sé que la Ley Núm. 428 de 1950, en sus Artículos 17 y 18, impone penas graves - - como multa, cárcel o ambas penas, a discreción del Tribunal - - por ofrecer información falsa relativa a una reclamación por enfermedad.

Nombre del Médico (use letra de molde)_____

Núm. Licencia _____

Dirección (use letra de molde)_____

_____

Teléfono _____

_____ _____

Firma del médico Fecha