

INSTRUCCIONES:

Este formulario debe ser entregado por el solicitante a la oficina del Administración de Reclamos, debidamente completado y firmado por el solicitante y el medico tratante para se considerado para los beneficios por discapacidad y/o las horas de crédito de elegibilidad a través del fondo. Visite www.liunawisconsin.org/benefits.com para obtener un desglose de estos beneficios, ubicado en Fondo de Salud/Resumen de Beneficios

Para ser Completado por el Miembro

Nombre completo del Miembro (nombre, inicial de segundo nombre, apellido): _____

ID de Miembro: _____

Numero de seguro Social: _____

Dirección (Calle, ciudad, Estado y Código Postal) _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Numero de Teléfono: (____) _____

¿El miembro está cobrando o recibiendo prestaciones de compensación laboral?

SI NO

Nota: Si es así, solo será elegible paralas posibles horas de crédito a través del departamento de elegibilidad

Si respondió "SI" a la pregunta anterior ¿Cuál es la situación actual de la reclamación de indemnización?

Primer día completo sin poder trabajar: ____/____/____

Describa la enfermedad o lesión:

Fecha de la primera atención médica para esta condición
____/____/____

¿Está usted totalmente incapacitado por esta enfermedad o lesión?

SI NO

¿Está actualmente incapacitado para realizar físicamente ningún trabajo, ocupación o negocio? SI NO

¿Ah regresado a trabajar?

SI
 NO

Proporcione la fecha de regreso al trabajo: ____/____/____

Fecha prevista de regreso al trabajo: ____/____/____

Si se le autoriza a realizar trabajos livianos, envíe una confirmación por escrito del empleador o del sindicato si no hay trabajos livianos disponibles.

Nombre del empleador: _____

Número de teléfono: _____

POR LA PRESENTE AUTORIZO al médico a divulgar la información solicitada con respecto a esta reclamación. Certifico que la información proporcionada por mí en relación con esta reclamación es verdadera y correcta. Entiendo que es ilegal completar este formulario con datos que sé que son falsos u omitir datos que sé que son improcedentes.

Firma del empleado: _____

Fecha: ____/____/____

Para ser completado por el Medico

Nombre del Medico: _____

Especialidad: _____

Dirección de la oficina (calle, ciudad, estado, código postal): _____

Teléfono: _____

Fax: _____

Numero de ID Federal: _____

(Debe ser proporcionarse bajo autoridad de la ley)

¿Esta persona, mencionada anteriormente, está bajo su cuidado? SI NO

Naturaleza de la enfermedad o lesión. Describa las complicaciones, si las hubiera:

¿Esta enfermedad o lesión se originó en el trabajo? SI NO

Si en así, explique:

El paciente ha estado incapacitado continuamente (no ha podido trabajar):

Desde: ____/____/____ A través de: ____/____/____

Si aún este discapacitado, ¿Cuándo debería poder reincorporarse al trabajo?

Por favor indique una fecha, si es posible: ____/____/____

Fecha de primer tratamiento: ____/____/____

Fecha del tratamiento más reciente: ____/____/____

Frecuencia del tratamiento: _____

Próxima fecha de cita: ____/____/____

Comentarios Adicionales:

Reconocimiento – Certifico que las respuestas que he dado a las preguntas anteriores son completas y verdaderas según mi leal y saber.

Firma del Medico: _____

Fecha: ____/____/____

Prestación Semanal por Accidente y Enfermedad – Pagos por Discapacidad y Horas de Crédito de Elegibilidad Deben devolverse de una de las siguientes maneras:

Enviado por Correo:
WI Laborer's Health Fund
Attn: Beneficios de Discapacidad-
Reclamos 4633 Liuna Way Ste 201
Deforest, WI 53532

Fax:
(608) 846-3224
Attn: Formulario de Reclamaciones
de Discapacidad

Correo electronico:
wlclaims@benesys.com
Asunto: Formulario de Reclamaciones
de Discapacidad

Información sobre la prestación Semanal por Accidente y Enfermedad

La Prestación Semanal por Accidente y Enfermedad se paga si usted queda incapacitado debido a una lesión o enfermedad no relacionada con el trabajo ni cubierta por las leyes de compensación laboral, y no puede trabajar como consecuencia de ello. También debe estar bajo la atención de un médico para recibir esta prestación.

Si es eligible:

- Recibirá \$300 cada semana bajo el beneficio Semanal por Accidente y enfermedad.
- Por las semanas de incapacidad parcial, se le pagara una tarifa diaria de una séptima parte de \$300
- Lo beneficios se pagan hasta 19 semanas por cualquier periodo de discapacidad certificada.
- Una segunda Discapacidad Certificada se considerará un nuevo periodo de discapacidad si las discapacidades certificadas son:
 - No relacionado y regresa a un Trabajo Cubierto activo a tiempo completo durante al menos un día completo entre discapacidades certificadas; o
 - Relacionado y usted regresa al Trabajo Cubierto a tiempo completo o esta listo y disponible para el Trabajo Cubierto, durante al menos dos semanas continuas ente periodos de incapacidad

Cuando comienzan los beneficios

Los Beneficios Semanales por Accidente y Enfermedades comienzan el

- Primer día de una incapacidad certificada debido a una lesión corporal accidental; o
- Octavo día de una Incapacidad Certificada por Enfermedad. Sin embargo, se le pagara retroactivamente al primer día de una Incapacidad Certificada por enfermedad si continua enfermó y no puede trabajar después del periodo de espera de ocho días.

Ninguna incapacidad se considerará iniciada más de tres días antes de la primera visita al médico o cirujano.

Horas No Laborales

Durante si Discapacidad Certificada, se le acreditaran 30 horas de discapacidad, hasta un máximo anual de 525 horas. En ningún caso recibirá mas de 525 horas de discapacidad en un periodo de 12 meses consecutivos, independientemente del numero de periodos de discapacidad que tenga. Las horas de créditos se aplicarán a los requisitos de elegibilidad continua; sin embargo, es posible que aun se requieran contribuciones personales

Prestación por Maternidad

El Plan ofrece un beneficio semanal de \$800 (pagadero al nacer) por cada nacimiento vivo para empleadas activas elegibles. EL beneficio se paga durante seis (6) semanas por cada nacimiento vivo en un parto tradicional u ocho (8) semanas en un parto por cesárea/

Limitaciones

Los Beneficios Semanales por Accidente y Enfermedad no se pagarán a:

- Participantes cubiertos por el Plan Bare Bones;
- Empleados a salario que reciben continuación de salario de su empleador mientras están discapacitados; o
- Jubilados

La Prestación Semanal por Accidente y Enfermedad está sujeta a impuestos federales y estatales como impuestos de Seguro Social. Se realizarán las deducciones necesarias antes de que reciba su cheque. La oficina del Fondo le enviara un formulario W-2 al finalizar el año indicando el monto recibido.

Para obtener más información sobre los pagos por discapacidad y el proceso, llame al: 608-842-9101

Beneficio de Compensación al Trabajador – Solo Horas de Crédito de Elegibilidad Deben devolverse de una de las siguientes maneras:

Enviado por Correo:
WI Laborer's' Health Fund
4633 Liuna Way Ste 201
Deforest, WI 53532

Fax:
(608) 846-3192
Attn: Horas de Crédito de
Elegibilidad

Correo electronico:
eligibilitywl@benesys.com
Asunto: Formulario de Horas de
Crédito de Elegibilidad

¿Qué es la Compensación Laboral?

La compensación Laboral en un sistema vigente en todos los estados para proteger a los trabajadores que sufren lesiones o enfermedades laborales. Si cree que esto le sucede, comuníquese con su empleador o representante sindical para obtener más información.

Si recibo la Compensación Laboral, ¿sigo recibiendo beneficios por discapacidad a través del Fondo de Trabajadores de Wisconsin?

¡Si! Si usted no puede realizar al Trabajo Cubierto debido a una Discapacidad Certificada, Se le acreditaran horas de discapacidad para mantener su Elegibilidad. Una Discapacidad Certificada es una discapacidad por la que recibe Prestaciones Semanales por Accidente y Enfermedad a través del Fondo o beneficios semanales de compensación laboral. Se le acreditaran 30 horas de discapacidad por cada semana completa de Discapacidad Certificada.

Las horas de discapacidad están limitadas a 525 horas dentro de in periodo continuo de 12 meses. Para que se acrediten las horas, debe notificar a la Oficina del Fondo y solicitar los beneficios. Nota: Los participantes cubiertos per el Plan Bare Bones no son elegibles para horas de crédito. Si su Discapacidad Certificada dura más de 12 meses, puede obtener horas de Discapacidad adicionales durante el segundo año y cada año subsiguiente prestando una solicitud de horas de discapacidad adicionales; las horas de discapacidad no se pueden usar para obtener elegibilidad cuando se ha producido un lapso en la cobertura. Además, en los años posteriores, las horas de discapacidad seguirían limitadas a 525 horas en un periodo de 12 meses consecutivos.

Para obtener más información sobre las horas de crédito de Elegibilidad y el proceso, llame al: 608-842-9102