

LABORERS'
WELFARE
FUND

LABORERS' PENSION FUND and HEALTH and WELFARE
DEPARTMENT of the CONSTRUCTION and GENERAL
LABORERS' DISTRICT COUNCIL of CHICAGO and VICINITY
11465 CERMAK ROAD
WESTCHESTER, ILLINOIS 60154
PHONE: 708-562-0200

FORMA DE RECLAMO POR ACCIDENTE O DESABILITACIÓN DEL PARTICIPANTE

Al no completar esta forma en su totalidad, resultará en atraso del pago de sus reclamos.
Asegurese de que su patrón y médico completen el reverso de esta forma.

SECCIÓN I: PARA SER COMPLETADA POR EL PARTICIPANTE.

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE:

Nombre: _____ No. de Seguro Social: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Zona Postal: _____ No. de Teléfono: (____) _____

Fecha de Nacimiento: _____ Masculino Femenino No. de Local en la Union: _____

Nombre del Empleador: _____ Teléfono del Empleador: (____) _____

Dirección del Empleador: _____

Ciudad, Estado, Zona Postal: _____ Fecha de Empleo: _____

INFORMACIÓN ACERCA DE SU RECLAMO POR DESABILITACIÓN

Es la enfermedad o herida debido a su trabajo? Si No

Si usted a sufrido una herida, fue esta debido a un accidente? Si No

Si su respuesta es si, proporcione detalles: Fecha del accidente: _____ Hora del accidente: _____

Donde ocurrió el accidente? _____

De un historial del accidente: _____

Describa su herida/invalidez: _____

Quien fue la parte responsable por el accidente?

Nombre: _____ Dirección: _____

Ciudad, Estado, Zona Postal _____ No. de Teléfono: (____) _____

Ha dejado de trabajar como resultado de esta? Si No

Cuando fue el primer día completo que no pudo trabajar? _____
(Fecha)

Cual fue el ultimo día que trabajo? _____
(Fecha)

Desea coleccionar beneficio de tiempo perdido? Si No (Si su respuesta es si, pagina 2 tiene que ser completada)

Ha reanudado su trabajo? Si No Espera usted reanudar su trabajo? Si No

Ha presentado o tiene lo intención de llevar este reclamo a la Compensación de Trabajadores? Si No

Si su respuesta es no, tiene planeado buscar reembolso de la otra parte? Si No

Doy fe que las respuestas de arriba son verdaderas y correctas:

Firma del Participante: _____ Fecha: _____

ATENCIÓN A TODOS LOS QUE COMPLETEN ESTA FORMA: Es un fraude llenar esta forma con información que usted sabe que es falsa o conociendo que está omitiendo hechos importantes. Castigo criminal o civil puede resultar por este acto.

SECTION 2: TO BE COMPLETED BY THE ATTENDING PHYSICIAN

Patient’s Name: _____ Age: _____

Nature of sickness or injury. (Describe complications, if any.): _____

Report of Services: (If you have submitted a previous form for this employee, you need only show dates and services since last report.)

Dates of Services	Place of Services	Description of Surgical or Medical Services Rendered	ICD9 Codes	Procedure Code- If Used (If code other than CPT* used, give name)

*CPT – Current Procedure Terminology (current edition)

Patient was continuously totally disabled from _____ through _____.

Patient was partially disabled from _____ through _____.

If patient was partially disabled, please list weight restrictions. _____(lbs.)

Doctor’s Name: _____ TIN No.: _____
(Please Print or Type Doctor’s Name) (Taxpayer Identification Number)

Doctor’s Address: _____ Phone: (____) _____

City, State, Zip: _____

Doctor’s Signature: _____ Date: _____
(Personal Signature of Attending Physician)

NOTICE TO ALL PARTIES COMPLETING THIS FORM: It is fraudulent to fill out this form with information you know to be false or to knowingly omit important facts. Criminal and/or civil penalties can result from such an act.

SECCIÓN 3: PARA SER COMPLETADA POR EL PARTICIPANTE

Yo entiendo que los beneficios de tiempo perdido no podrán ser pagados hasta que la forma de reclamo no esté completamente llena por mi doctor y yo. Yo entiendo que es fraudulento para mí o cualquiera que complete esta forma con información falsa o a propósito omitir factores importantes. Multa civil o criminal puede ser el resultado de este acto.

En caso de que reciba Beneficios de Tiempo Perdido por razón de un accidente o herida, yo autorizo a Laborers’ Welfare Fund de dar información de cualquier pago semanal necesario para dar crédito de mi historial de horas trabajadas para uso futuro de mis beneficios de pensión.

Si aplico y soy aprobado para una pensión de invalidez, yo entiendo de que no podré recibir beneficios de tiempo perdido y beneficios de pensión de invalidez por el mismo período de tiempo. Yo reconozco que si soy aprobado para una pensión de invalidez entre las primeras 26 semanas de mi invalidez, mis beneficios de pensión empesarán después de el pago 26 de beneficio semanal. Si mi pensión de invalidez es aprobada y pagada durante el mismo período de extensión de pago semanal (semana 26 a 52) yo estaré de acuerdo en reembolsar a Laborers’ Welfare Fund por la cantidad de los beneficios pagados de pensión.

Firma del Participante: _____ Fecha: _____

Porfavor refiérase a su libro de Beneficio páginas 32 y 33 para más información de los Beneficios de Tiempo Perdido y extensión de beneficios semanales. Si tiene preguntas en cuanto a esta forma de reclamo o sus beneficios porfavor de contactarse al departamento de reclamo al 708-652-0200.