

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL RECLAMANTE**NORMAS PARA PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN Y APELAR DERECHOS**

1. Es su responsabilidad presentar este formulario de reclamación sin demora después de dejar de trabajar debido a una incapacidad. Presentar la reclamación antes de su último día de trabajo retrasará este procesamiento. La ley exige que las reclamaciones se presenten dentro de los 30 días del comienzo de la incapacidad. **Los beneficios pueden negarse o reducirse si la reclamación se presenta después de ese plazo**. Si presenta la reclamación después del período de treinta días, use el espacio provisto en el reverso de la Parte A para brindar las razones de la demora.
2. Si no está de acuerdo con una determinación con respecto a su reclamación y desea apelar, debe hacerlo por escrito dentro de los diez días de la fecha de envío de la decisión por correo. No necesita un abogado en la audiencia de apelación.

RESPONSABILIDADES DEL RECLAMANTE:

1. Su firma certifica que comprende que tergiversar los hechos o no divulgar información relevante podrán ser punibles en virtud de la ley. Esto incluye que usted realice cambios al Certificado Médico o del Empleador sin las autorizaciones de su médico o empleador.
2. Usted debe informarnos cualquier otro pago que reciba, como por ejemplo, indemnización por enfermedad, una pensión de su último empleador, beneficios por indemnización laboral, beneficios por incapacidad del Seguro Social o beneficios por incapacidad de su empleador o sindicato.
3. Si recibe una solicitud para presentar una continuación de certificado médico (Formulario P30), debe hacer que su médico complete y firme el formulario. Devuélvalo sin demora.
4. Informe la fecha de recuperación o regreso al trabajo de inmediato a la División de Seguro por Incapacidad Temporal.
5. Si solicita que se realicen deducciones voluntarias de sus beneficios por incapacidad para el Impuesto Federal sobre la Renta (FIT, por sus siglas en inglés), adjunte el Formulario W-4S (Solicitud de Retención de la Indemnización por Enfermedad para el Impuesto Federal sobre la Renta) a su reclamación. Solicite los formularios a su empleador o a Servicios de Impuestos Internos.

NOTA: Si se espera que su incapacidad dure un año o más, usted puede ser elegible para recibir Beneficios por Incapacidad del Seguro Social Federal.

Número gratuito del Seguro Social: 1-800-772-1213

ASISTENCIA PARA RECLAMACIONES:

Si necesita asistencia con su reclamación, llame a:

Atención al Cliente: 877-369-0976

Fax: 610-977-3216

Correo electrónico: ArchDisability@visit-aci.com



**LEA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES ANTES DE COMPLETAR EL FORMULARIO
ADJUNTO: RECLAMACIÓN DE BENEFICIOS POR INCAPACIDAD - DS-1**

1. **Complete ambos lados de la sección del reclamante de este formulario (Partes A y A1). USTED ES RESPONSABLE** de hacer que su médico complete la Parte B y que su último empleador complete la Parte C. Si trabajó para más de un empleador durante el último año, puede copiar la Parte C para que la completen sus otros empleadores y evitar retrasos en el procesamiento. **Las entradas en blanco o incorrectas en este formulario retrasarán el procesamiento de su reclamación.** Si no puede completar las Partes B o C de forma oportuna, complete las Partes A y A1 y devuelva la solicitud lo antes posible.
2. Lea todas las preguntas con atención. Escriba en letra de imprenta o de forma clara, ya que esta información se utiliza para determinar su derecho a recibir beneficios.
3. **ASEGÚRESE DE ESCRIBIR SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL Y NOMBRE EN CADA SECCIÓN DE SU RECLAMACIÓN.**

Instrucciones para las Partes A y A1 - Declaración del Reclamante. Responda todas las preguntas.

- Puntos 1, 4 y 6** Incluya todo su nombre y su dirección completos (esta información es obligatoria). Si su dirección postal es diferente a su dirección particular, asegúrese de completar el Punto 6.
- Punto 3** Escriba en letra de imprenta o a máquina su Número de Seguro Social **DE MANERA CLARA**. Un número incorrecto o ilegible retrasará el procesamiento de su reclamación.
- Punto 9** Debe completar este punto. Si la respuesta a esta pregunta es "No", debe completar los Puntos 10 y 11 y proporcionar su país de origen.
- Puntos 12 al 15** Proporcione fechas exactas. Recuerde incluir las fechas de atención en salas de emergencia que haya recibido por esta incapacidad. Si es posible, proporcione constancia de la atención en salas de emergencia.
- Punto 19** Indique el nombre y la dirección del médico que lo trató por esta incapacidad. Debe estar bajo el cuidado de un médico, un dentista, un optometrista, un podiatra, un psicólogo en ejercicio, un quiropráctico, una partera certificada o un enfermero especializado con licencia legal.
- Punto 22** **Coloque la fecha y firme el formulario de reclamación. Incluya su número de teléfono.**
- Punto 23** En caso de que no pueda llamar por teléfono a nuestra agencia, puede designar a un representante en este espacio para que obtenga información en su nombre. **Si no hay ningún representante indicado, solo USTED podrá obtener información con respecto a su reclamación en esta agencia.**
- Parte A1** Comenzando a partir de su empleador más reciente, enumere todos los empleadores, incluso aquellos para quienes haya trabajado a medio tiempo, durante los últimos **18 meses**. Proporcione los nombres comerciales y las direcciones tal como aparecen en los sobres de pago, liquidaciones de sueldo, papelería del empleador o enumerados en la guía telefónica.
- Punto 1**

Importante: Sugerimos que conserve una copia de la reclamación completada para su constancia.

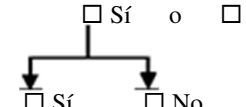
Envíe toda la correspondencia relacionada con la reclamación a la siguiente dirección:

Arch Insurance Company c/o Administrative Concepts, Inc
P.O Box # C1024
Southeastern, PA 19398-1024
Teléfono: 877-369-0979 Fax: 610-977-3216
Correo electrónico: ArchDisability@visit-aci.com

Nueva Jersey - Solicitud de Seguro por Incapacidad Temporal

Parte A

Usted es responsable de hacer que su médico y empleador completen las Partes B y C, respectivamente, de esta solicitud. *Escriba en letra de imprenta clara y responda TODAS las preguntas o sus beneficios podrían retrasarse.* WDS-1 (1/17)

1 Nombre: Apellido		Primer nombre		Segundo nombre		2 Fecha de nacimiento	
3 Número de Seguro Social							
4 Dirección particular (calle, n.º de departamento, ciudad, estado, código postal)						5 País	
6 Dirección postal - <i>si es diferente de la dirección particular</i> (calle, n.º de departamento, ciudad, estado, código postal)						7 <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	8 Ocupación
9 ¿Es usted ciudadano de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				10 N.º de registro de extranjero		11 Autorización para trabajar desde _____ hasta _____	
Si la respuesta es NO , responda las preguntas 10 y 11 y proporcione su país de origen: _____							
12 ¿Cuándo fue el último día que trabajó antes de que comenzara la incapacidad?						Mes	Día
						Año	
13 Razón del cese de empleo: <input type="checkbox"/> Enfermedad/Accidente/Maternidad <input type="checkbox"/> Despido <input type="checkbox"/> Renuncia							
14 ¿Cuándo fue el primer día que no pudo trabajar y estuvo bajo atención médica debido a esta incapacidad? (Incluya sábados, domingos o feriados).							
15 Si se recuperó o regresó al trabajo después de esta incapacidad, proporcione la fecha. (No use fechas en el futuro).							
16 Fechas en que recibió atención en sala de emergencia u hospitalización: desde ____/____/____ hasta ____/____/____ Si se proporcionan fechas, adjunte constancias (por ejemplo, documentación de alta). <small>Mes Día Año Mes Día Año</small>							
17 Describa su incapacidad (cómo, cuándo, dónde sucedió). _____							
18 ¿La lesión o la enfermedad son laborales? (Esta pregunta es obligatoria). <input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No							
Si la respuesta es Sí, fecha de la lesión o la enfermedad laborales: ____/____/____.							
¿Su empleador recibió notificación de que la lesión fue producto de su empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
19 Nombre del médico _____ Dirección _____ Teléfono () _____							
20 Otros beneficios - Durante el período de incapacidad cubierta por esta reclamación, usted:							
a ¿Recibió indemnización por enfermedad o pago de vacaciones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
b ¿Trabajó algún día, incluso como autónomo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
Si la respuesta es Sí, especifique el empleador _____ y las fechas trabajadas, desde ____/____/____ hasta ____/____/____.							
21 Desde su último día de trabajo, recibió, reclamó o solicitó:							
a Beneficios de Seguro Social Federal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				b Beneficios de pensión de su empleador más reciente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
En caso afirmativo, ingrese la fecha de inicio/solicitud ____/____/____.				c Beneficios por incapacidad temporal de otro estado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
				d Beneficios por seguro de desempleo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si recibió una carta de asignación del Seguro Social, adjunte una copia.							
22 Certificación y Firma: No pude trabajar durante el período por el cual estoy reclamando beneficios. Certifico que leí y comprendo mis responsabilidades y derechos a recibir beneficios. Sé que si proporciono información en esta solicitud que sé que es falsa o, si a sabiendas no divulgo información relevante, podré estar sujeto a penalidades que incluyen una acusación penal. Por la presente, autorizo que se verifique mi Número de Cuenta de Seguro Social y se obtenga información médica, de empleo y de beneficios de Seguro Social necesaria para determinar mi elegibilidad para los beneficios.							
Firme aquí _____						Fecha ____/____/____	
Firma del testigo si el reclamante escribe una "X" _____							
Teléfono () _____ Teléfono alternativo () _____ Correo electrónico _____							
Usted puede designar a un representante para que obtenga información de la reclamación en su nombre si usted no puede llamar. La ley nos permite proporcionarle información de la reclamación solo a usted o a su representante.							
23 Nombre del representante _____ Fecha de nacimiento ____/____/____							
Nota: El programa de Beneficios Por Incapacidad Temporal de Nueva Jersey no es una "entidad cubierta" en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés). Arch protege todos los registros que puedan divulgar la identidad del reclamante o la naturaleza o la causa de la incapacidad, y los registros solo pueden utilizarse en procesos que surjan en virtud de la ley.							

Nombre del reclamante _____

Número de Seguro Social

Dirección del reclamante _____

____ - ____ - ____

Teléfono del reclamante () _____

Parte A-1

INFORMACIÓN DE EMPLEO DEL RECLAMANTE

Instrucciones: Comenzando a partir de su último empleador, enumere todos los empleadores de tiempo completo, de medio tiempo, por día, etc. para quienes haya trabajado durante el último año. Los empleos que falten retrasarán la reclamación.

1a Nombre y dirección de su empleador más reciente:

 (Calle) (Ciudad) (Estado)(Código postal)

Período de empleo: desde ____/____/____ hasta ____/____/____
 mes día año mes día año
 Lugar de trabajo _____
 Teléfono _____ Ciudad Estado

Ocupación _____
 Marque los días de la semana que trabaja normalmente Dom Lun Mar Mié Jue Vie Sáb

Tiempo completo Medio tiempo Sindicato _____

1b Nombre y dirección de su empleador más reciente:

 (Calle) (Ciudad) (Estado)(Código postal)

Período de empleo: desde ____/____/____ hasta ____/____/____
 mes día año mes día año
 Lugar de trabajo _____
 Teléfono _____ Ciudad Estado

Ocupación _____
 Marque los días de la semana que trabaja normalmente Dom Lun Mar Mié Jue Vie Sáb

Tiempo completo Medio tiempo Sindicato _____

1c Nombre y dirección de su empleador más reciente:

 (Calle) (Ciudad) (Estado)(Código postal)

Período de empleo: desde ____/____/____ hasta ____/____/____
 mes día año mes día año
 Lugar de trabajo _____
 Teléfono _____ Ciudad Estado

Ocupación _____
 Marque los días de la semana que trabaja normalmente Dom Lun Mar Mié Jue Vie Sáb

Tiempo completo Medio tiempo Sindicato _____

1d Nombre y dirección de su empleador más reciente:

 (Calle) (Ciudad) (Estado)(Código postal)

Período de empleo: desde ____/____/____ hasta ____/____/____
 mes día año mes día año
 Lugar de trabajo _____
 Teléfono _____ Ciudad Estado

Ocupación _____
 Marque los días de la semana que trabaja normalmente Dom Lun Mar Mié Jue Vie Sáb

Tiempo completo Medio tiempo Sindicato _____

Si está enviando esta reclamación más de treinta días después del primer día de la incapacidad, proporcione la razón:

Si necesita más espacio, adjunte una hoja adicional de papel. Asegúrese de que su nombre y el número de Seguro Social figuren en todas las páginas.

INFORMACIÓN FISCAL IMPORTANTE

Si elige retener impuestos federales sobre la renta de sus beneficios por incapacidad, debe completar un formulario W-4S. Enumere el importe específico en dólares que desea retener por semana de sus beneficios. No proporcione el importe en forma de porcentaje.

Nombre del reclamante _____

Número de Seguro Social

Dirección del reclamante _____

____ - ____ - ____

Teléfono del reclamante () _____

PARTE B

CERTIFICADO MÉDICO — Haga que su médico complete la Parte B.
N.J.S.A 12:18-1.6 prohíbe el cobro de una tarifa para completar este formulario.

1 Atendí al paciente por esta incapacidad **DESDE** ____|____|____ **HASTA** ____|____|____
primera fecha de tratamiento tratamiento más reciente frecuencia

2 Fecha en que el paciente no pudo realizar su trabajo regular debido a esta incapacidad.
(La firma del médico debe ser de esta fecha o posterior a menos que sea una reclamación por embarazo). ____|____|____
mes día año

3 Fecha estimada de recuperación (fecha aproximada en que el paciente podrá volver a trabajar) ____|____|____
mes día año

4 Si ya está recuperado, ¿en qué fecha pudo volver a trabajar el paciente? ____|____|____
mes día año

5 Diagnóstico (cuál es la afección incapacitante) _____
Código ICD _____

6 ¿Cree que este paciente es mentalmente capaz de ocuparse de sus asuntos, lo que incluye el uso de los beneficios?
 Sí No

7a Si es embarazo, proporcione la fecha estimada de parto. ____|____|____
mes día año

b Complicaciones, si las hubo.

c Si el embarazo fue interrumpido, ingrese la fecha. ____|____|____
mes día año

E identifique la razón: Nacimiento Cesárea Aborto espontáneo Aborto

8 Fechas en que recibió atención en sala de emergencia u hospitalización: desde ____|____|____ hasta ____|____|____
mes día año mes día año

9 Tipo de cirugía _____ Fecha de cirugía ____|____|____ Fecha de cirugía programada ____|____|____
mes día año mes día año

La cirugía se debe solo a fines cosméticos? Sí No

10 ¿A qué se debió la incapacidad? Un accidente en el trabajo. A la naturaleza del trabajo. No está relacionada con el trabajo.

11a ¿El paciente le fue derivado? Sí No Si la respuesta es Sí, indique el nombre del médico que hizo la derivación. _____

Teléfono del médico que hizo la derivación () _____

11b Nombre de algún especialista que brinde tratamiento al paciente

12 Certifico que, en mi opinión, las declaraciones anteriores describen la incapacidad del paciente y su duración estimada.

Nombre del médico en letra de imprenta _____ N.º de licencia y estado* _____ Especialidad _____

Dirección _____ Teléfono () _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono () _____

_____|_____|____ Marque si es residente
Firma del médico Fecha de la firma

Debe estar firmado en la fecha de la pregunta 2 o posteriormente, a menos que sea una reclamación por embarazo).

***Si fue completado por un Auxiliar Médico (PA-C), proporcione el número de licencia del médico supervisor.**

Nombre del reclamante _____ Teléfono () _____

Dirección del reclamante _____

PARTE C **DECLARACIÓN DEL EMPLEADOR** — Haga que su empleador o representante de la empresa completen la Parte C.

2 CONDICIÓN DEL EMPLEADOR
Número de Identificación Fiscal Federal (FEIN, por sus siglas en inglés) _____

3 COBERTURA DE UN PLAN PRIVADO
a ¿Tiene un Plan Privado aprobado por Nueva Jersey? Sí No
b Si la respuesta es Sí, ¿el reclamante está cubierto en virtud de este plan? Sí No

4 Marque los días de la semana que el reclamante trabaja normalmente.
 Dom Lun Mar Mié Jue Vie Sáb Varía

5 ÚLTIMO DÍA TRABAJADO antes de la incapacidad
(No use la fecha de finalización de una semana de pago) _____
Mes Día Año

a Razón del cese de empleo _____
b El cese es Temporario Permanente
c ¿El reclamante regresó al trabajo? Sí No
Si la respuesta es Sí, proporcione la fecha ____|____|____
d Si el trabajo era intermitente, enumere las fechas _____

6 CONTINUACIÓN DEL PAGO
a ¿Ha pagado o espera pagar al reclamante algún período después del último día de trabajo?
 Sí No
b Si la respuesta es Sí, proporcione las fechas desde: ____|____|____ hasta: ____|____|____
Mes Día Año Mes Día Año
c Importe por semana \$ _____ (si el importe varía, adjunte una lista de fechas/importes)
d Importe total pagado por todo el período dado \$ _____
e Marque el número que mejor describe el importe pagado en el Punto c.
 1. Salario semanal regular o tiempo libre remunerado (vacaciones, licencia por enfermedad, licencia personal, etc.)
 2. Diferencia entre los salarios semanales regulares y los beneficios por incapacidad a recibir
 3. Beneficios complementarios (los pagos no imputados no producirán un impacto)
 4. Indemnización por desvinculación Con aviso En lugar de aviso
 5. Pensión (adjunte la carta de aprobación de la pensión)
Nota: Los Puntos 1, 4 y 5 pueden reducir los beneficios del reclamante.

7 EMPLEADORES DEL GOBIERNO
a Número de nómina (para empleados del estado de Nueva Jersey) _____
b Si el reclamante solicitó o recibió licencia donada, adjunte fechas e importes.

8 INDEMNIZACIÓN LABORAL Y RESPONSABILIDAD PATRONAL
a ¿La incapacidad del reclamante se produjo en conexión con su trabajo o en sus instalaciones, o se debió de alguna manera a su ocupación? Sí No
b Si la respuesta es Sí, ¿presentó o tiene pensado presentar una reclamación por Indemnización Laboral en nombre de este reclamante? Sí No
c Si la respuesta es Sí, indique la compañía aseguradora para indemnización laboral a continuación:
Nombre _____ Teléfono () _____
Dirección _____
N.º de póliza _____ N.º de reclamación _____

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ARRIBA ES CORRECTA
Nombre de la empresa _____ Teléfono () _____
Dirección _____ Fax () _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Nombre/Cargo _____

9 SALARIOS POR SEMANA BASE / AÑO BASE
Una semana base es una semana calendario en la cual el empleado de Nueva Jersey obtuvo ganancias brutas por \$169 o más.

a Cantidad total de **Semanas Base**
b **Salarios Brutos** totales en el Año Base \$ _____
(52 semanas anteriores al primer día de incapacidad)

10 Salario semanal (horas base x tarifa) \$ _____
Tarifa por hora \$ _____/hora

11 Salarios semanales
Proporcione las ganancias BRUTAS del reclamante en el empleo de Nueva Jersey y las fechas de finalización del período.
Nota: Si las semanas enumeradas a continuación incluyen horas extras, bonos, etc., adjunte una explicación y separe los salarios regulares obtenidos.

Descripción de la semana calendario	Fecha de finalización de la semana	Salarios brutos
Semana en que comenzó la incapacidad	/ /	\$
Semana antes de la incapacidad	/ /	\$
2.ª semana antes de la incapacidad	/ /	\$
3.ª semana antes de la incapacidad	/ /	\$
4.ª semana antes de la incapacidad	/ /	\$
5.ª semana antes de la incapacidad	/ /	\$
6.ª semana antes de la incapacidad	/ /	\$
7.ª semana antes de la incapacidad	/ /	\$
8.ª semana antes de la incapacidad	/ /	\$
9.ª semana antes de la incapacidad	/ /	\$
10.ª semana antes de la incapacidad	/ /	\$

SALARIO BRUTO TOTAL PARA LAS SEMANAS ARRIBA MENCIONADAS \$ _____

¿Está exento del impuesto de FICA? Sí No

Firma _____
No firme/fecha antes del último día trabajado
Fecha (requerida) ____|____|____