

SEPARE ESTA PÁGINA Y CONSÉRVELA PARA SUS REGISTROS

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL RECLAMANTE

REGLAS PARA PRESENTAR UN RECLAMO Y DERECHOS DE APELACIÓN

1. Es **su** responsabilidad presentar este formulario de reclamo inmediatamente **después** de dejar de trabajar debido a su discapacidad. Presentar su reclamo antes de su último día de trabajo retrasará su procesamiento. La ley exige que los reclamos se presenten dentro de los 30 días después del comienzo de la incapacidad. **Los beneficios pueden denegarse o reducirse si presenta el reclamo tarde.** Si presenta su reclamo más allá del período de treinta días, use el espacio dado en la parte de atrás de la Parte A para explicar los motivos de la presentación tardía.
2. Si no está de acuerdo con una determinación sobre su reclamo y quiere apelar, debe hacerlo por escrito dentro de los diez días a partir 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 entiende que cualquier tergiversación de los hechos o el no revelar un hecho material puede sancionarse según la ley. Incluye todo cambio en el Certificado médico o en la Declaración del empleador hecho por usted sin la autorización de su médico o de su empleador.
2. Debe avisarnos de cualquier otro pago que esté recibiendo, como pago por enfermedad o salarios, una pensión de su último empleador, beneficios de compensación laboral, beneficios por discapacidad del seguro social o beneficios por discapacidad de su empleador o sindicato.
3. Si recibe una solicitud de certificación médica continua (Formulario P30), debe hacer que su médico complete y firme el formulario. Debe devolverlo con prontitud.
4. Cuando mejore o regrese al trabajo, debe informar de esta fecha de inmediato a Arch Insurance.
5. Si está solicitando una retención de deducciones voluntarias del impuesto federal sobre los ingresos (Federal Income Tax, FIT) de sus beneficios por discapacidad, adjunte el formulario W-4S (Solicitud de retención del impuesto federal sobre los ingresos del pago por enfermedad) a su reclamo. Los formularios deben obtenerse de su empleador o del Servicio de impuestos internos.

NOTA: Si anticipa que su discapacidad durará más de un año, puede ser elegible para los Beneficios por discapacidad del Seguro social federal.

Número gratis del Seguro social: 1-800-772-1213

ASISTENCIA PARA RECLAMOS:

Si necesita ayuda con su reclamo, llame al:

Servicio de atención al cliente: 877-369-0979

Fax: 610-977-3216

Correo electrónico: ArchDisability@acitpa.com

**LEA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES ANTES DE COMPLETAR EL FORMULARIO
ADJUNTO, RECLAMO DE BENEFICIOS POR INCAPACIDAD – DS-1**

1. **Complete ambos lados de la parte del reclamante de este formulario (Parte A y A1.) USTED ES RESPONSABLE** de que su médico complete la Parte B y su último empleador la Parte C. Si trabajó para más de un empleador durante el último año, puede copiar la Parte C para que la completen los otros empleadores para evitar demoras en el procesamiento. **Toda entrada faltante o incorrecta en este formulario retrasará el procesamiento de su reclamo.** Si no puede completar las Partes B o C a tiempo, complete las Partes A y A1 y devuelva la solicitud lo antes posible.
2. ¡Lea todas las preguntas con cuidado! Use letra de molde o escriba claramente, ya que esta información se usa para determinar su derecho a los beneficios.
3. **ASEGÚRESE DE ESCRIBIR SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL Y NOMBRE EN CADA PARTE DE SU RECLAMO.**

Instrucciones para la Parte A y A1 - Declaración del reclamante - Complete todas las preguntas

- Puntos 1, 4 y 6** Incluya todo su nombre y dirección completa (esta información es obligatoria). Si su dirección postal es diferente a la dirección de su casa, asegúrese de completar el Punto 6.
- Punto 3** Escriba con letra de molde o escriba a máquina su número de seguro social CLARAMENTE. Un número incorrecto o ilegible causará un retraso en el procesamiento de su reclamo.
- Punto 9** Debe completar este punto. Si su respuesta a esta pregunta es “No”, debe completar los puntos 10 y 11 y dar su país de origen.
- Puntos 12-15** Escriba las fechas exactas. Recuerde incluir las fechas de cualquier atención en la sala de emergencias que recibió por esta discapacidad. Si lo tiene, dé pruebas de atención en la sala de emergencias.
- Punto 19** Dé el nombre y la dirección del médico que lo trató por esta discapacidad. Debe estar bajo el cuidado de un médico, dentista, optometrista, podólogo, psicólogo en ejercicio, quiropráctico, enfermera partera certificada o enfermera de práctica avanzada con licencia.
- Punto 22** **Firme y feche el formulario de reclamo. Incluya su número de teléfono.**
- Punto 23** Si no puede llamar a nuestra agencia, puede designar un representante en este espacio para obtener información por usted. **Si no hay nadie listado, solo USTED podrá obtener información sobre su reclamo de esta agencia.**
- Parte A1**
Punto 1 Comenzando con su empleador más reciente, enumere todos los empleadores, incluyendo para quienes trabajó a tiempo parcial, en los últimos **18 meses**. Dé los nombres comerciales y direcciones como aparecen en sus sobres de pago, cheques de pago, papelería de los empleadores o como aparecen en la guía telefónica.

Importante: Le sugerimos que conserve una copia del formulario de reclamo completo para sus registros.

Envíe toda la correspondencia de los reclamos a esta dirección:

Arch Insurance Company
PO Box 26316
Collegeville, PA 19426

Teléfono: 877-369-0979 Fax: 610-977-3216
Correo electrónico: ArchDisability@acitpa.com

Nueva Jersey – Solicitud de seguro de incapacidad temporal

Parte A

Usted es responsable de que su proveedor de atención médica y su empleador completen las Partes B y C de esta solicitud. *Escriba claramente en letra de molde y responda TODAS las preguntas o sus beneficios podrían retrasarse.*

WDS-1 (1/17)

1 Nombre: Apellido	Nombre	Segundo nombre	2 Fecha de nacimiento										
3 Número de seguro social <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> </tr> </table>													
4 Dirección de casa (calle, N.º de apartamento, ciudad, estado, código postal)			5 Condado										
6 Dirección postal: <i>si es diferente de la dirección de la casa</i> (calle, N.º de apartamento, ciudad, estado, código postal)		7 <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro	8 Ocupación										
9 ¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió NO , responda N.º 10 y 11 y escriba su país de origen: _____		10 Registro extranjero. N.º _____	11 Autorización de trabajo desde _____ hasta _____										
12 ¿Cuál fue el último día que realmente trabajó antes de que comenzara su discapacidad?		Mes	Día										
13 Motivo de la separación: <input type="checkbox"/> Enfermedad/Accidente/Maternidad <input type="checkbox"/> Despedido <input type="checkbox"/> Renunció		Año											
14 ¿Cuál fue el primer día que no pudo trabajar y estuvo bajo atención médica debido a esta discapacidad? (Incluyendo sábado, domingo o feriado).													
15 Si mejoró o volvió a trabajar después de esta discapacidad, dé la fecha (No use fechas futuras)													
16 Fechas de atención en la sala de emergencias u hospitalización: Si tiene fechas, adjunte pruebas (p. ej., documentos de alta)		desde _____ hasta _____	_____										
		Mes	Día										
		Año	Mes										
17 Describa su discapacidad (cómo, cuándo, dónde sucedió) _____		Día	Año										
18 ¿Esta lesión o enfermedad fue causada por su trabajo? (Esta pregunta debe responderse).		<input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No											
En caso afirmativo, fecha de la lesión o enfermedad relacionada con el trabajo: _____		↓											
¿Informó a su empleador de que su lesión fue causada por su trabajo?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No										
19 Nombre del médico _____ Dirección _____ Teléfono () _____													
20 Otros beneficios: durante el período de discapacidad cubierto por este reclamo:													
a ¿Recibió alguna paga por enfermedad o vacaciones?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No											
b ¿Trabajó algún día, incluyendo el trabajo por cuenta propia?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No											
En caso afirmativo, especifique el empleador _____ y fechas trabajadas, desde _____ hasta _____													
21 Desde su último día de trabajo, usted recibió, reclamó o solicitó:													
a ¿Beneficios por discapacidad del seguro social federal?		b ¿Beneficios de pensión del empleador más reciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No											
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		c ¿Beneficios por incapacidad temporal de otro estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No											
En caso afirmativo, escriba la fecha de inicio/solicitud _____		d ¿Beneficios del seguro de desempleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No											
Si recibió una carta de adjudicación del seguro social, adjunte una copia.													
22 Certificación y firma: No pude trabajar durante el período en el que solicito los beneficios. Certifico que leí y entiendo mis derechos y responsabilidades de beneficios. Soy consciente de que si doy información en esta solicitud que sé que es falsa, o si deliberadamente no revelo un hecho material, puedo ser sujeto a sanciones, que pueden incluir un proceso penal. Por la presente, está autorizado a verificar mi número de cuenta del seguro social y obtener cualquier información médica, laboral y de beneficios del seguro social necesaria para determinar mi elegibilidad para los beneficios.													
Firme aquí _____		Fecha _____											
Firma del testigo si el reclamante marca una "X" _____													
Teléfono () _____ Teléfono alternativo () _____ Email _____													
Puede designar a un representante para que obtenga información sobre su reclamo si no puede llamarnos usted mismo. La ley nos permite dar información sobre reclamos solo a usted o su representante.													
23 Nombre del representante _____		Fecha de nacimiento _____											
Nota: El programa de Beneficios por discapacidad temporal de NJ no es una "entidad cubierta" bajo la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA). Arch protege todos los registros que puedan revelar la identidad del reclamante, o la naturaleza o causa de la discapacidad y los registros solo pueden usarse en los procedimientos derivados 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 con su último empleador, enumere todos sus empleadores de tiempo completo, tiempo parcial, trabajo por día, etc. para los que trabajó durante el último año. Cualquier empleo que falte retrasará su reclamo.

Ia Nombre y dirección de su empleador más reciente:

(Calle) (Ciudad) (Estado) (C.P.)

Ocupación _____

 Marque los días de la semana en los que suele trabajar Dom

 Período de empleo: desde _____ hasta _____
mes día año mes día año

 Trabajo
 Teléfono _____ Lugar _____
Ciudad Estado
 Tiempo completo Tiempo parcial Sindicato _____

 Lun Mar Miér Jue Vie Sáb

Ib Nombre y dirección del empleador:

(Calle) (Ciudad) (Estado) (C.P.)

Ocupación _____

 Marque los días de la semana en los que suele trabajar Dom

 Período de empleo: desde _____ hasta _____
mes día año mes día año

 Trabajo
 Teléfono _____ Lugar _____
Ciudad Estado
 Tiempo completo Tiempo parcial Sindicato _____

 Lun Mar Miér Jue Vie Sáb

Ic Nombre y dirección del empleador:

(Calle) (Ciudad) (Estado) (C.P.)

Ocupación _____

 Marque los días de la semana en los que suele trabajar Dom

 Período de empleo: desde _____ hasta _____
mes día año mes día año

 Trabajo
 Teléfono _____ Lugar _____
Ciudad Estado
 Tiempo completo Tiempo parcial Sindicato _____

 Lun Mar Miér Jue Vie Sáb

Id Nombre y dirección del empleador:

(Calle) (Ciudad) (Estado) (C.P.)

Ocupación _____

 Marque los días de la semana en los que suele trabajar Dom

 Período de empleo: desde _____ hasta _____
mes día año mes día año

 Trabajo
 Teléfono _____ Lugar _____
Ciudad Estado
 Tiempo completo Tiempo parcial Sindicato _____

 Lun Mar Miér Jue Vie Sáb

Si presenta este reclamo más de 30 días después de su primer día de discapacidad, indique el motivo:

Si necesita más espacio, adjunte una hoja de papel adicional. Asegúrese de que su nombre y número de seguro social aparezcan en todas las páginas.

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LOS IMPUESTOS

Si elige que le retengan el impuesto federal sobre el alquiler de sus beneficios por discapacidad, debe completar un formulario W-4S. Escriba la cantidad específica en dólares que quiere que le retengan semanalmente de sus beneficios. No dé una cantidad porcentual (%).

Nombre del reclamante _____

Número de seguro social

Dirección del reclamante _____

_____-_____-_____-

Teléfono del reclamante () _____

PARTE B

CERTIFICADO MÉDICO –

Pídale a su proveedor de atención médica que complete la Parte B.
N.J.S.A 12:18-1.6 prohíbe cobrar una tarifa para completar este formulario.

1 El paciente estuvo bajo mi cuidado por esta discapacidad **DESDE** _____ **HASTA** _____
primera fecha de tratamiento tratamiento más reciente frecuencia

2 Fecha en que el paciente no pudo hacer su trabajo regular debido a esta discapacidad _____
 (La fecha de la firma del médico debe ser igual o después a esta fecha, a menos que sea un reclamo por embarazo) Mes Día Año

3 Fecha calculada de recuperación (fecha aproximada en que el paciente podrá volver a trabajar) _____
Mes Día Año

4 Si ahora está recuperado, ¿en qué fecha el paciente pudo trabajar por primera vez? _____
Mes Día Año

5 Diagnóstico (cuál es la condición de discapacidad) _____
Código ICD _____

6 ¿Cree que este paciente es mentalmente capaz de manejar sus propios asuntos, incluyendo el uso de beneficios? Sí No

7a Si está embarazada, escriba la fecha calculada del parto: _____
Mes Día Año

b Complicaciones, si las hay _____

c Si terminó el embarazo, escriba la fecha: _____
Mes Día Año

E identifique el motivo: Nacimiento Cesárea Aborto espontáneo Aborto

8 Fechas de atención en la sala de emergencias u hospitalización: desde _____ hasta _____
Mes Día Año Mes Día Año

9 Tipo de cirugía _____ Fecha de la cirugía _____ Fecha prevista de cirugía _____
Mes Día Año Mes Día Año

¿La cirugía es solo con fines estéticos? Sí No

10 Esta discapacidad fue por un accidente de trabajo por la naturaleza del trabajo sin conexión con su trabajo

11a ¿Le remitieron a este paciente? Sí No En caso afirmativo, nombre del médico remitente _____

Teléfono del médico remitente () _____ 11b Nombre de cualquier médico de especialización que trate al paciente _____

12 Certifico que las declaraciones de arriba, en mi opinión, describen fielmente la discapacidad del paciente y la duración calculada de esta

Nombre del médico en letra de molde Número de licencia y estado* Especialidad

Dirección de calle Teléfono () _____

Ciudad Estado Código postal Fax () _____

Firma del médico

Fecha de firma

Marque, si es residente.

Debe estar firmado en o después de la fecha en la Pregunta 2, a menos que sea un reclamo de embarazo.

Nombre del reclamante _____ Teléfono () _____

Dirección del reclamante _____

PARTE C

DECLARACIÓN DEL EMPLEADOR –

Pida a su empleador o representante de la empresa que complete la Parte C.

1 ESTADO DEL EMPLEADOR

Su número de identificación de empleador federal (Federal Employer Identification Number, FEIN) _____

2 COBERTURA DEL PLAN PRIVADO

a ¿Tiene un plan privado aprobado por Nueva Jersey? Sí No

b En caso afirmativo, ¿está cubierto el reclamante por este plan? Sí No

3 Marque los días de la semana que el reclamante trabaja por lo regular.

Dom Lun Mar Miér Jue Vie Sáb Varía

4 ÚLTIMO DÍA REAL TRABAJADO antes de esta discapacidad _____ (No use una fecha de fin de semana de nómina)

_____|_____|_____|
Mes Día Año

a Motivo de la separación del trabajo _____

b La separación es ¿Temporal? ¿Permanente?

c ¿Regresó el reclamante al trabajo? Sí No En caso afirmativo, escriba la fecha _____

d Si el trabajo fue intermitente, enumere las fechas _____

5 PAGO CONTINUO

a ¿Pagó o espera pagar al reclamante por algún período después del último día de trabajo? Sí No

b En caso afirmativo, escriba las fechas desde: _____ hasta: _____
Mes Día Año Mes Día Año

c Cantidad por semana \$ _____ (si la cantidad varía, adjunte una lista de fechas/cantidades)

d Cantidad total pagada por todo el período dado \$ _____

e Marque el número que mejor describa el dinero pagado en el punto c.

- 1. Salarios semanales regulares o tiempo libre pagado (vacaciones, enfermedad, personal, etc.)
- 2. Diferencia entre el salario semanal regular y los beneficios por discapacidad a recibir
- 3. Beneficios complementarios (el pago no asignado no tendrá impacto)
- 4. La indemnización por despido Con aviso En lugar de aviso
- 5. Pensión (adjuntar carta de aprobación de pensión)

Nota: Los puntos 1, 4 y 5 pueden reducir los beneficios para el reclamante.

6 EMPLEADORES DEL GOBIERNO

a Número de nómina (para empleados del estado de NJ) _____

b Si el reclamante solicitó o recibió licencia donada, adjunte fechas y cantidades.

7 RESPONSABILIDAD DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES

a ¿La discapacidad del reclamante pasó en relación con su trabajo o mientras estaba en su propiedad, o la discapacidad fue de alguna manera debido a su ocupación? Sí No

b En caso afirmativo, ¿presentó o tiene la intención de presentar un reclamo de Compensación para trabajadores en nombre de este reclamante? Sí No

c En caso afirmativo, escriba abajo la compañía de seguros de Compensación para trabajadores:

Nombre _____ Dirección _____ Teléfono () _____
N.º póliza _____ Reclamo N.º _____

8 SEMANAS BASE/SALARIOS AÑO BASE

Una semana base es una semana calendario en la que el empleado de NJ tuvo ingresos brutos de más de \$283.

a Número total de semanas base _____

b Total de salarios brutos en el año base \$ _____ (52 semanas antes del primer día de discapacidad)

9 Salario semanal (horas base x tarifa) \$ _____

Tarifa por hora _____/hora

10 ¿Está exento del impuesto FICA? Sí No

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN DADA ARRIBA ES CORRECTA

Nombre de la empresa _____ Teléfono () _____ **Firma** _____

Dirección _____ Fax () _____ No firme/fecha antes del último día trabajado

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ **Fecha** (requerido) _____

Nombre/Cargo _____ **Email** _____