



Esta petición de compensación total temporal (C-84) es la solicitud que usted debe completar para pedir los beneficios de incapacidad total temporal.

Debe completar todo el formulario y firmarlo. Es su responsabilidad asegurar que esté disponible la documentación médica de apoyo con su proveedor tratante para el periodo de incapacidad solicitado. Para ello use el formulario MEDCO-14 o un documento equivalente. Debe completar este formulario cada vez haga una petición para un periodo inicial de compensación total temporal o para una extensión de un periodo ya existente.

Instrucciones		
Sección 1		Datos demográficos del trabajador lesionado: La Agencia de Compensación a los Trabajadores (Bureau of Workers' Compensation o BWC) usará la dirección proporcionada para enviarle por correo postal toda la correspondencia. Es útil contar con un número telefónico de casa y/o celular en caso de que necesitemos comunicarnos con usted. Si proporciona su dirección de correo electrónico usted podrá comunicarse en forma electrónica con su especialista de reclamaciones, si desea hacerlo de esa manera.
Sección 2		Información de incapacidad: Por favor, marque si este periodo actual de incapacidad es nuevo o es una extensión de uno ya existente. Si ésta es una solicitud para un nuevo periodo de incapacidad, por favor indique el último día que trabajó. Haga una lista de todos los proveedores que actualmente le atienden con respecto a esta reclamación, no importa que se trate de un periodo nuevo o de una solicitud de extensión de incapacidad.
Sección 3		Información de empleo: La BWC usará esta información para ayudar a facilitar su regreso al trabajo y asegurar el pago correspondiente.
Sección 4		Información sobre rehabilitación vocacional: La BWC usará esta información para ayudar a facilitar su regreso al trabajo.
Sección 5		Beneficios/ingresos recibidos o solicitados durante el periodo de incapacidad: Indique si ha recibido cualquiera de los beneficios listados: Si contesta "Sí" a cualquiera de los beneficios en la lista, proporcione la información solicitada.
Sección 6		Firma del trabajador lesionado: Por favor, firme y escriba la fecha en este formulario cuando solicite compensación por incapacidad total temporal. Si no puede firmar, por favor haga una marca en el formulario y pida a un testigo que firme el formulario junto a su marca. Su firma o marca en el formulario indica que usted ha contestado las preguntas en forma veraz y completa. También significa que usted es consciente de que no ha hecho intencionalmente una declaración errónea o falsa, ocultado un hecho o realizado cualquier otro acto fraudulento con el fin de obtener la compensación que establece la BWC o que no está aceptando una compensación a sabiendas de que no tiene derecho a ella. El hecho de proporcionar información falsa u ocultar información con el fin de obtener compensación podría originar que se le someta a una acción judicial por delito mayor y podría imponérsele una pena de multa, encarcelamiento o ambos.

¿Dónde presento el formulario C-84?

Para trabajadores lesionados cuyo empleador cuenta con un seguro propio: Si su empleador cuenta con seguro propio, envíe el formulario a su empleador. Si no sabe si su empleador cuenta con seguro propio, comuníquese con su empleador.

Para todos los demás trabajadores lesionados: También puede completar este formulario en línea accediendo a ohiobwc.com. Si ha completado una copia impresa de este formulario, envíela por fax al 1-866-336-8352, o envíela a la oficina de servicio al público de la BWC a la cual se asigne la reclamación.

¿Dónde puedo encontrar más información o ayuda?

Para trabajadores lesionados cuyo empleador cuenta con un seguro propio: Llame a su empleador o comuníquese con el departamento de seguro propio de la BWC al 1-800-OHIOBWC, y escuche las opciones para hablar con un representante de servicio al público de la BWC.

Para todos los demás trabajadores lesionados: Por favor, llame al 1-800-OHIOBWC o comuníquese con la oficina de servicio al público de la BWC que le corresponda.

Puede obtener los formularios de la BWC en ohiobwc.com, llamando al 1-800-OHIOBWC y escuchando las opciones para hablar con un representante de servicio al público de la BWC, o en la oficina de servicio al público de la BWC que le corresponda.



Datos demográficos del trabajador lesionado

1	Nombre		Número de reclamación		Fecha de la lesión
	Dirección		Ciudad	Estado	C.P. de nueve dígitos
	Dirección de correo electrónico (opcional)		Número telefónico de casa		Número de teléfono celular — —

Información de incapacidad

2

- ¿Esta solicitud es para pedir un nuevo periodo de compensación total temporal o una extensión? Nuevo Extensión
- Si es para un nuevo periodo, ¿cuál es la fecha del último día que trabajó con respecto al periodo actual de incapacidad relacionada con el trabajo? ____/____/____
- Liste todos los proveedores que actualmente lo atienden con respecto a esta reclamación de incapacidad relacionada con el trabajo. _____

Información de empleo

3

¿Cuál era su ocupación al momento de la lesión/enfermedad? _____

- ¿Tiene un trabajo al cual pueda regresar? Sí No No lo sé
 - o En caso afirmativo, ¿quién es su empleador? _____
 - o En caso afirmativo, ¿su empleador le ofrece un trabajo modificado (trabajo liviano)? Sí No No lo sé
 - o En caso afirmativo, ¿se siente en este momento capaz de realizar cualquiera de sus funciones laborales? Sí No
 - o En caso afirmativo, ¿cuáles funciones? _____

Trabajar incluye el empleo de tiempo completo o de medio tiempo, el autoempleo, los pasatiempos que generan ingresos, el trabajo por comisión o las actividades no remuneradas que no son insignificantes y generan ingresos directamente para alguien más.

- ¿Actualmente trabaja desempeñando alguna función (tomando en cuenta la definición del párrafo anterior)? Sí No
 - o En caso afirmativo, ¿quién es su empleador? _____
- ¿Anteriormente ha trabajado desempeñando alguna función (tomando en cuenta la definición del párrafo anterior) durante este periodo de incapacidad solicitado? Sí No
 - o En caso afirmativo, ¿quién es su empleador? _____
 - o En caso negativo, ¿en qué fecha trabajó por última vez en algún lugar? ____/____/____ Razón del abandono _____
- En este momento, ¿qué considera que le está impidiendo regresar a trabajar? Por favor, describa las barreras físicas, de empleo y personales. _____

Información de rehabilitación vocacional

4

La rehabilitación vocacional es un programa individualizado y voluntario para un trabajador lesionado elegible que necesite ayuda para regresar al trabajo o conservar su empleo, y desempeñarlo con seguridad. Este programa se puede personalizar para adaptarse a las restricciones del trabajador lesionado y podría proporcionar habilidades para buscar empleo o una nueva capacitación necesaria.

- Si fuese el caso, ¿consideraría participar en la rehabilitación vocacional? Sí No En caso negativo, ¿por qué no? _____

Beneficios/ingresos recibidos o solicitados durante el periodo de incapacidad

Tipo de beneficio	Lo recibe	Fecha de inicio del beneficio
Desempleo En caso afirmativo, ¿qué estado está pagándole los beneficios? _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Jubilación mediante la Seguridad Social	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Asistencia pública En caso afirmativo, incluya el número de caso: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Permiso de ausencia por enfermedad En caso afirmativo, nombre de la compañía que paga el beneficio: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
5 Continuasión de sueldo/salario En caso afirmativo, nombre de la compañía que paga el beneficio: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Incapacidad En caso afirmativo, nombre de la compañía que paga el beneficio: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
6 Ingresos (incluya los obtenidos por empleo de tiempo completo y de medio tiempo, autoempleo, pasatiempos que generan ingresos o trabajo por comisión) En caso afirmativo, nombre del empleador y funciones laborales: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Firma del trabajador lesionado

6

Entiendo que no tengo permitido trabajar mientras reciba la compensación total temporal. He contestado las preguntas anteriores en forma veraz y completa. Soy consciente de que toda persona que en forma intencional haga una declaración falsa o errónea, oculte un hecho o realice cualquier otro acto fraudulento con el fin de obtener la compensación que establece la BWC o acepte una compensación a sabiendas de que no tiene derecho a la misma, estará sujeta a una acción judicial por delito mayor y podría imponérsele una pena de multa, encarcelamiento o ambos, de acuerdo con las disposiciones penales que correspondan.

Firma	Fecha
-------	-------