

RI Department of Labor & Training



Temporary Disability Insurance (TDI) *Seguro por Incapacidad Temporal* Temporary Caregiver Insurance (TCI) *Seguro de Cuidador Temporal*

P.O. Box 20100
Cranston, RI 02920-0941
Teléfono: (401) 462-8420 Fax: (401) 462-8466 TTY Via RI Relay 711

INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA APLICACION DE TDI O DE TCI

Adjunto, encontrará la aplicación solicitada. Una vez completa, enviarla por correo a la dirección arriba mencionada para su proceso. Por favor no la envíe por fax.

- ❖ Desde Enero 5, 2014 las personas también pueden solicitar los beneficios de Seguro de Cuidador Temporal (TCI). Este programa provee beneficios hasta un máximo de 4 semanas por cuidar a un familiar gravemente enfermo o para tener una Unión más cercana con un hijo(a) recién nacido, adoptado, de crianza o que por orden del tribunal esta bajo su cuidado. Para obtener información más detallada acerca de los beneficios del programa TCI, visite nuestra página web: www.dlt.ri.gov/tdi.
- ❖ Usted puede utilizar esta aplicación para solicitar cualquiera de los beneficios de TDI o TCI, por favor asegúrese de responder todas las preguntas completamente.
- ❖ Si está solicitando beneficios para tener una Unión con su hijo(a), por favor asegúrese de presentar, junto con la solicitud, una prueba de que es hijo(a) suyo, ejemplo: certificado de nacimiento, declaración de paternidad, certificado de tutela legal, de adopción, o cualquier documento que demuestre que el niño está bajo su responsabilidad y cuidados como hijo(a).
- ❖ Tenga en cuenta que por **los beneficios de TCI se paga impuestos**; el formulario G-1099 se le enviara por correo al final del año, indicando la cantidad total que recibió. También es responsable de reclamar y pagar los impuestos de TCI en el año. **Por los beneficios de TDI no se paga impuestos.**
- ❖ Si está solicitando beneficios para cuidar a un familiar gravemente enfermo, se requiere un formulario médico especial (TDI-3G), el cual se le enviara por correo a su domicilio después de haber recibido y procesado su solicitud. Es **su responsabilidad** que el formulario médico TDI-3G sea completado por el médico de su familiar a quien Ud. provee los cuidados y de enviarlo por correo o por fax a la oficina que aparece arriba para ser procesado.
- ❖ Si está solicitando para TDI (enfermedad/lesión/cirugía), por ley, es requisito que usted tenga un examen médico en la oficina de su doctor o profesional médico calificado, este examen médico debe haber sido hecho en la semana anterior, durante la semana de la enfermedad/lesión/cirugía, o en la semana siguiente a la fecha de la incapacidad diagnosticada por su Dr. o profesional médico autorizado.

Temporary Disability Insurance/ Seguro por Incapacidad Temporal
P.O. Box 20100, Cranston, RI 02920-0941

Si no completa todas las preguntas o no presenta los documentos necesarios, esto retrasara el proceso de su solicitud..

Cualquier persona que sabiendo y con intención de hacer fraude a los programas de seguros de TDI o TCI o a otras personas, documentos o aplicaciones que contengan información falsa u oculten información con el propósito de engañar, información concerniente a cualquier hecho material comete un acto fraudulento que es un crimen y esta sujeto a sanciones civiles y criminales.

Empleador que ofrece igualdad de oportunidades, asistencia y servicios auxiliares están disponibles para personas con discapacidades, si se solicitan.

Información Importante Acerca del
Pagos de Beneficios

Seleccione el Método para el Pago de Beneficios que Prefiere

Existen dos opciones para recibir el pago de sus beneficios. Las opciones son:
DEPOSITO DIRECTO o PAGO ELECTRONICO (Tarjeta EPC)

Depósito Directo

Si desea la opción de Depósito Directo, deberá **completar** y **enviar** el formulario de Depósito Directo que se encuentra en el reverso de este formulario, **con su solicitud**, a esta dirección:

Temporary Disability Insurance **or**
Temporary Caregiver Insurance
PO Box 20100
Cranston, RI 02920-0941

(Si necesita un duplicado del formulario de Depósito Directo puede descargarlo o bajarlo de nuestro sitio Web en www.dlt.ri.gov/tdi o llame a TDI/TCI al **401 - 462 - 8420**)

Pago Electrónico (EPC)

Si no desea Depósito Directo, no tiene que hacer nada, automáticamente se le pondrá en Pago Electrónico (tarjeta EPC) y su tarjeta se le enviará por correo automáticamente.

Con la tarjeta de Pago Electrónico no se hacen cargos por usarla, si se usa correctamente, simplemente siga las instrucciones que se proporcionan en el mismo paquete que llega con su tarjeta. Si no usa la tarjeta correctamente, si **puede incurrir en cargos**. Si desea más Información sobre la tarjeta EPC y sobre estos cargos, visite nuestro sitio Web: www.dlt.ri.gov/tdi.

Si ya tiene una tarjeta de Pago Electrónico del Programa de Seguro de Desempleo (Unemployment Insurance) por favor use la misma tarjeta para TDI. Si pierde o extravía la tarjeta, llame a Chase Bank al **1 – 866 – 847 - 8586** para pedir un duplicado de la tarjeta.

Una vez que reciba su tarjeta, llame al **1 – 866 – 847 - 8586** para activarla y aprender a como usarla. Lea las instrucciones y la información que va en el paquete de bienvenida.

Al activar su tarjeta, asegúrese de establecer un número de código PIN de 4 dígitos para esta tarjeta, **NO** debe confundirse con su número PIN del caso con TDI/TCI.

Su tarjeta llegará en un sobre blanco; por favor no la confunda con la propaganda que llega por correo.

Si tiene alguna pregunta con respecto a este proceso, por favor llame al Seguro de Incapacidad Temporal (TDI) o al Seguro de Cuidador Temporal (TCI) al **401-462-8420** o www.dlt.ri.gov/tdi

RHODE ISLAND DEPARTMENT OF LABOR AND TRAINING

**Temporary Disability Insurance (TDI) Temporary Caregiver Insurance (TCI)
 Seguro por Incapacidad Temporal (TDI) Seguro de Cuidador Temporal (TCI)
 P.O. Box 20100
 Cranston, RI 02920-0941 Teléfono: 401 – 462 - 8420**

AUTORIZACION DE DEPOSITO DIRECTO/CANCELACION
Enviar a la Dirección de arriba junto con su Solicitud o Aplicación

Complete este formulario SOLO si desea que sus beneficios sean depositados electrónicamente en su cuenta de cheques o de ahorros, o si desea cancelar el Depósito Directo de sus beneficios. Si ya tiene una tarjeta de pago electrónico (EPC tarjeta de débito), los beneficios de TDI y TCI le serán pagados a través de la tarjeta, a menos que desee Depósito Directo, deberá completar este formulario de depósito directo. El depósito directo es una opción ofrecida para su conveniencia. En general, depósito estará en su cuenta cuarenta y ocho horas después de que el pago haya sido aprobado por el Department of Labor and Training (Departamento de Trabajo) Si es necesario, contacte a su banco para verificar el depósito.

Para Elegir Depósito Directo; complete toda la **Información Personal** y **Bancaria** solicitada aquí abajo. Si está solicitando Depósito Directo a una cuenta de cheques, adjunte a la aplicación un CHEQUE MARCADO “VOID” (Abajo encontrará una muestra de los números de ruta y de cuenta) Si es una cuenta de ahorros, deberá incluir información de su banco en donde tenga el número de ruta y el de su cuenta. Contacte a su banco para obtener esta información. No se aceptan comprobantes de depósito.

Para Cancelar el Depósito Directo; complete en su totalidad la información personal, no es necesario completar la información del banco. Marque la opción de cancelación, (abajo) firmar y fechar el formulario y enviarlo por correo a: RI Department of Labor and Training, PO Box 20100, Cranston, RI 02920-0941.

INFORMACION PERSONAL (Por favor escriba claramente)

Nombre:		Número de Seguro Social:			
---------	--	--------------------------	--	--	--

Nombre de su Banco: _____

Tipo de Cuenta Bancaria (marque una): Cheques o Ahorros

Número de Cuenta Bancaria (Account Number) (Adjunte un cheque marcado “void”, ver ejemplo abajo)

Número de Ruta del banco (Routing Number) (Ver ejemplo abajo):

Muestra de un Cheque (Donde muestra donde se encuentra el número de ruta y el de la cuenta):

John and Jane Doe 1510 Pontiac Avenue Cranston, RI 02920	123								
	Date: _____								
Pay to the Order of: _____	\$ _____ Dollars								
Your Bank For: _____									
<table style="width:100%"> <tr> <td style="text-align:center"> <table style="border:none"> <tr> <td style="border:none"> 123456789 </td> <td style="border:none">1234 123 9 </td> <td style="border:none">0123</td> </tr> <tr> <td style="border:none">(Routing # - # de Ruta)</td> <td style="border:none">(# de Cuenta)</td> <td></td> </tr> </table> </td> <td></td> </tr> </table>	<table style="border:none"> <tr> <td style="border:none"> 123456789 </td> <td style="border:none">1234 123 9 </td> <td style="border:none">0123</td> </tr> <tr> <td style="border:none">(Routing # - # de Ruta)</td> <td style="border:none">(# de Cuenta)</td> <td></td> </tr> </table>	123456789	1234 123 9	0123	(Routing # - # de Ruta)	(# de Cuenta)			
<table style="border:none"> <tr> <td style="border:none"> 123456789 </td> <td style="border:none">1234 123 9 </td> <td style="border:none">0123</td> </tr> <tr> <td style="border:none">(Routing # - # de Ruta)</td> <td style="border:none">(# de Cuenta)</td> <td></td> </tr> </table>	123456789	1234 123 9	0123	(Routing # - # de Ruta)	(# de Cuenta)				
123456789	1234 123 9	0123							
(Routing # - # de Ruta)	(# de Cuenta)								

Autorización de Depósito Directo o Cancelación

POR FAVOR MARQUE SOLO UNA:

Autorizo que mis beneficios netos sean depositados en la institución financiera arriba indicada

Solicito la cancelación de depósito directo

Firma: _____

Fecha : _____