



Department of Labor and Training
Seguro de Incapacidad Temporal (TDI)
Seguro de Cuidador Temporal (TCI)
 P.O. Box 20100 Cranston, RI 02920-0941 Teléfono: 401-462-8420

NO Envíe por Fax
 ← Enviar correo a esta Dirección

SOLICITUD DE BENEFICIOS

INFORMACIÓN PERSONAL Y TRABAJO DEL SOLICITANTE

<p>Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____</p> <p>Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Ciudad / Pueblo: _____ Estado: _____ Código Postal: _____</p> <p>Fecha de Nacimiento (Mes / Día / Año): _____ / _____ / _____</p> <p>Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/></p> <p>Teléfono: Casa _____ - _____ - _____ Celular _____ - _____ - _____</p> <p>Correo Electrónico: _____</p> <p>Prefiero recibir información en: Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Portugués <input type="checkbox"/></p>	<p>¿Qué programa está solicitando (marque sólo uno)?</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad / cirugía / lesión</p> <p><input type="checkbox"/> Cuidar a un miembro de la familia gravemente enfermo</p> <p><input type="checkbox"/> Union con su Hijo(a)</p> <p>Indicar las fechas si son pertinentes a usted: Fecha en la que regresó a trabajar sus horas normales: _____ / _____ / _____ Fecha en la que se recuperó de su enfermedad ó lesión: _____ / _____ / _____ Fecha en la que regresó a trabajar con horas reducidas: _____ / _____ / _____</p> <p>Si está solicitando beneficios de Cuidador ó de Union con su hijo ¿cuántas semanas solicita _____ (Máximo 4 semanas)</p>
---	---

COMPLETE ESTA SECCION SI ESTA APLICANDO PARA USTED MISMO

¿Cuál es su enfermedad ó lesión? _____

Primer día de trabajo que no pudo trabajar a causa de esta enfermedad, cirugía ó lesión: _____ / _____ / _____

Fecha de exámen medico más cercano a la fecha del primer día que no pudo trabajar (fecha indicada arriba): _____ / _____ / _____

(Como es requerido por la ley, Ud. debe ser examinado físicamente por un médico la semana anterior, la misma semana, ó la semana siguiente a la fecha que no pudo trabajar.)

Estuvo hospitalizado por esta discapacidad? Sí No Fechas que estuvo ingresado en el hospital: Del: _____ Al: _____

Nombre del Hospital: _____ Dirección _____

<p>Doctor ó Profesional Médico: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Ciudad / Pueblo: _____ Estado: _____ Código Postal: _____</p> <p>Teléfono: _____ - _____ - _____</p> <p>(Las formas medicas serán enviadas a usted para que se las presente a su medico)</p>	<p>Doctor ó Profesional Médico: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Ciudad / Pueblo: _____ Estado: _____ Código Postal: _____</p> <p>Teléfono: _____ - _____ - _____</p> <p>(Las formas medicas serán enviadas a usted para que se las presente a su medico)</p>
---	---

REQUERIDO PARA TODOS LOS PROGRAMAS

Ingrese su último día de trabajo ó la última fecha que trabajo o prestó sus servicios: _____ / _____ / _____

¿Ha solicitado ó recibido Beneficios del Seguro de Incapacidad Temporal en los últimos 12 meses? Sí No

¿Ha solicitado ó recibido Beneficios del Seguro de Cuidador Temporal o de Union con su hijo(a) en los últimos 12 meses? Sí No

¿Ha solicitado ó recibido Beneficios del Seguro de Desempleo en los últimos 12 meses? Sí No

Si respondió **SI** a la pregunta del Seguro de Desempleo, ingrese el último día de la última semana que se le pagó: _____ / _____ / _____ De que Estado _____

COMPLETE ESTA SECCION SI ESTA APLICANDO PARA EL SEGURO DE CUIDADOR TEMPORAL O UNION CON SU HIJO (A) (TCI)

Si usted está cuidando a un miembro de la familia ó uniniéndose con su hijo(a), ¿Cuándo quiere que empiece su beneficio?: Mes: _____ Día: _____ Año: _____

(NOTA: La fecha de esta solicitud no puede ser más tarde de 30 días después de la fecha que empieza su beneficio. Se requier el No. de Seguro Social del niño, solamente si es mayor de 12 meses)

Información de la persona a quien le estan proporcionando los cuidados:
 Nombre Legal: _____ Apellido: _____ Segundo Nombre: _____
 Dirección: _____
 Teléfono: _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento: Mes: _____ Día: _____ Año: _____ Sexo: Masculino Femenino

La persona a quien le provee los cuidados es su: Cónyuge Compañero de Vida – Relacion del mismo sexo Padre Suegro(a)
 Abuelo(a) Niño Hijo(a) Adoptivo Hijo(a) de Crianza

El niño(a) a quien se esta uniendo es su: Niño(a) Recién Nacido Niño(A) Adoptivo Hijo(a) de Crianza Otro: Por favor especifique _____

Número de Seguro Social del Niño: _____ - _____ - _____
 Fecha de Adopción: Mes: _____ Día: _____ Año: _____ Fecha en cual su Hijo de Crianza fue colocado con usted: Mes: _____ Día: _____ Año: _____

Para las solicitudes de Union se requiere copia de los siguientes documentos como prueba de la relacion, (no envíe originales, pues no seran devueltos).
 ¿Qué tipo de documento (copia) esta proporcionando con esta solicitud como prueba de la relacion? (marque abajo solo uno)
 (Si no tiene el document, lo puede enviar despues, cuando lo haya recibido. El documento debe mostrar su nombre y el nombre del niño.)
 Certificado de Nacimiento del niño Prueba de Adopción Prueba de que le otorgaron la Crianza de niño Prueba de Tutela Legal
 (No se fara ningun pago si no existe prueba de la relación; sin embargo, puede presentar la solicitud dentro de los 30 días a partir de la fecha en que dejo de trabajar)

SOLAMENTE PARA USO DE LA OFICINA

DEP	PHYS	PHYS	DD	SE	TCI	WC	UI	BYB	BYE
------------	-------------	-------------	-----------	-----------	------------	-----------	-----------	------------	------------

INFORMACIÓN SOBRE SU EMPLEADOR (Donde trabaja el que solicita) – Por favor incluya todos los Empleos de los últimos 2 años. Si necesita más espacio, adjunte una hoja por separado con su número de Seguro Social y su nombre en la parte superior.

Empleador: _____ Dirección: _____ Ciudad / Pueblo: _____ Estado ____ Código Postal: _____ Teléfono: _____ - _____ - _____ Fechas de Empleo: de ____/____/____ a ____/____/____ ¿Normalmente cuántas horas a la semana trabaja? _____ Ocupación: _____ ¿Su trabajo se realizó en RI? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Eres un funcionario de la empresa, socio ó propietario? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Empleador: _____ Dirección: _____ Ciudad / Pueblo: _____ Estado ____ Código Postal: _____ Teléfono: _____ - _____ - _____ Fechas de Empleo: ____/____/____ a ____/____/____ ¿Normalmente cuántas horas a la semana trabaja? _____ Ocupación: _____ ¿Su trabajo se realizó en RI? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Eres funcionario de la empresa, socio ó propietario? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
--	--

Marque cada día de la semana que normalmente trabaja: Dom Lun Mar Miér Jue Vie Sábado

Ha ganado salarios ó realizado servicios por cuenta propia en los últimos 2 años? Sí No

Proporcione una lista de todos los trabajos realizados por cuenta propia en los últimos 2 años, dando las fechas de cuando empezó hasta que terminó estos trabajos.
 Fechas de Empleo: ____/____/____ a ____/____/____

SUBSIDIO POR DEPENDIENTES – INFORMACION REQUERIDA PARA CALCULAR LA TASA DE BENEFICIOS

Cuántos hijos tiene a su cargo? _____ (Incluya a los hijos menores de 18 años, así como los hijos mayores de 18 años que sean discapacitados.)
 Indique a continuación sólo los nombres de los niños que son sus hijos naturales, adoptados ó hijastros, ó que están bajo tutela del tribunal y que Ud. sostiene: (Para niños mayores de 18 años que son discapacitados, se requiere la documentación de la tutela del tribunal)

Primer Nombre del niño	Apellido	Relación (natural, adoptado, hijastro ó bajo tutela del tribunal)	Fecha de Nacimiento (mm/dd/yy)	Número de Seguro Social (Requisito para niños de 12 meses de edad ó mayores)

¿Tiene usted la custodia legal de todos los niños mencionados anteriormente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Todos los niños antes mencionados viven con usted? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si no, de el nombre, dirección y seguro social de la persona con quien viven: Nombre: _____ Dirección: _____ Número del Seguro Social ____ / ____ / ____ Si alguno de los dependientes legales arriba mencionados es mayor de 18 años, por favor indique el tipo de discapacidad (mental ó física). Nombre: _____ Tipo de Incapacidad: _____	Otra persona declara a su hijo/hijos como dependientes bajo el Acta de Incapacidad Temporal de Rhode Island? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es SI , incluya el nombre, dirección y número de seguro social de la persona que declara a sus hijos. Nombre: _____ Dirección: _____ Número de Seguro Social: ____ / ____ / ____
--	---

INFORMACION DE COMPENSACIÓN LABORAL: Complete esta sección si la enfermedad/lesión esta relacionada con el trabajo - REQUISITO PARA TODOS LOS PROGRAMAS

¿Tiene actualmente alguna enfermedad ó lesión por motivos de su trabajo ó como consecuencia de su trabajo, y es un caso de Compensación Laboral? Sí No

¿Ha presentado algún reclamo de Compensación Laboral por esta discapacidad ó cualquier otra discapacidad? Sí No

Fecha de la lesión ó de cuando empezó la enfermedad: ____ / ____ / ____
 Nombre y dirección de la empresa donde ocurrió la lesión: Nombre _____
 Dirección: _____

¿Ha recibido algún pago de Compensación Laboral para esta ó cualquier otra discapacidad? Sí No Si responde **SI**, de las fechas: de ____ a ____

Si responde SI , por favor proporcione la información la Compañía de Seguro que esta llevando su caso de Compensación Laboral. Compañía del Seguro _____ Dirección _____ Ciudad / Pueblo: _____ Estado: ____ Código Postal: _____ Si NO , por favor explique por qué _____	Si tiene un abogado que lo represente en este caso, por favor proporcione su nombre y dirección. Nombre del Abogado: _____ Dirección: _____ Ciudad / Pueblo: _____ Estado: ____ Código Postal: _____
--	---

SELECCIONE EL MÉTODO PARA EL PAGO DE BENEFICIOS - REQUISITO PARA TODOS LOS PROGRAMAS.

Seleccione el método de pago que desea Depósito Directo a mi cuenta (Completar un formulario de depósito directo) Pago con Tarjeta Electrónica - EPC (funciona como una tarjeta de débito, pueden haber cargos si no se usa correctamente)

▶ SE REQUIERE LA FIRMA ◀

Seguro de Incapacidad Temporal de Rhode Island (TDI) Entiendo que para reclamar beneficios de TDI tengo que estar o haber estado físicamente incapacitado para trabajar, incluyendo trabajo por cuenta propia, durante el período que estoy solicitando beneficios, y que la información que proporciono en esta solicitud es completa y verdadera. Asimismo, por la presente autorizo al personal médico calificado, hospital u otro proveedor de atención médica a poner a disposición de TDI cualquier información médica, incluyendo registros de los hospitales, que solicite. Entiendo que soy responsable de informar a TDI de la fecha en que regrese a trabajar a tiempo parcial ó completo para evitar cualquier pago excesivo de beneficios. Entiendo que soy responsable por costos/cargos hechos por mi médico o Profesional Médico por proveer registros médicos a TDI.

Programa de Seguro de Cuidador Temporal (TCI) Entiendo que toda la información que he proporcionado en relación con el Programa de TCI es verdadera y correcta. Estoy de acuerdo en presentar la certificación médica necesaria como prueba de la atención necesaria para mi familiar gravemente enfermo. También entiendo que soy responsable de pagar los impuestos sobre todos los pagos de los beneficios recibidos del Programa de TCI. Yo entiendo que soy responsable de informar al TDI de la fecha en que regrese a trabajar a tiempo parcial ó tiempo completo, para evitar cualquier pago excesivo de beneficios.

Al firmar esta declaración, indico que se me ha informado sobre los requisitos del Programa TDI/ TCI arriba mencionados y que los he entendido, del.

Firma: _____ **Número de Seguro Social:** ____ / ____ / ____ **Fecha:** ____ / ____ / ____

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
Pay to the Order of: _____	Date: _____
Your Bank For: _____	\$ _____ Dollars
123456789 1234 123 9 (Routing # - # de Ruta) (# de Cuenta)	0123

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 : _____