



## SOLICITUD DE BENEFICIOS POR INCAPACIDAD PARA TRABAJADORES ASEGURADOS POR LA LEY 139 (FASE INDUSTRIAL Y AGRICOLA)

### INSTRUCCIONES

Deberá completar este formulario si es un trabajador agrícola o industrial acogido al Seguro por Incapacidad No Ocupacional Temporal (SINOT) en el plan que administra el Gobierno de Puerto Rico. Si está asegurado con un plan privado o con un patrono autoasegurado, deberá completar el formulario correspondiente.

La Ley de Beneficios por Incapacidad requiere que la solicitud sea radicada en los tres (3) meses siguientes al comienzo de la incapacidad. Si radica la reclamación posteriormente, deberá justificar la tardanza.

Al trabajador incapacitado le corresponde llenar la parte A ("Informe del reclamante") de este formulario. Anote con cuidado su número de Seguro Social, así como las fechas exactas que se le solicitan.

Su patrono deberá completar la parte B ("Informe patronal). Es su responsabilidad cerciorarse de que su patrono complete esta información. Evite el dejarle el formulario en la oficina de su patrono, ya que esto podría ocasionar demoras en el trámite de sus beneficios por incapacidad.

La parte C ("Certificado médico") la deberá completar un médico o quiropráctico autorizado a ejercer su profesión en Puerto Rico o en el lugar de su residencia, o el custodio de los expedientes médicos de la institución en que haya recibido o esté recibiendo tratamiento. Si ha estado o está en tratamiento con más de un médico, someta evidencia de cada uno.

Una vez haya completado la solicitud, envíela a esta dirección:

DEPARTAMENTO DEL TRABAJO Y RECURSOS HUMANOS  
Negociado de Beneficios a Choferes y a Personas  
con Incapacidad No Ocupacional  
Programa de Seguro por Incapacidad  
Edificio Prudencio Rivera Martínez  
505 Avda. Muñoz Rivera San Juan Puerto Rico 00918-3514

**PARTE A**

**INFORME DEL RECLAMANTE**

|  |  |  |
|--|--|--|
| 1. Nombre y apellidos (Paterno y materno, o de casada)   | 2. Núm. Seguro Social                  | 3. Sexo    M    F  |
| 4. Dirección postal (Incluya "Zip Code")   | 5. Dirección residencial      Teléfono |  |
| 6. Fecha de nacimiento (Mes-día-año)   | 7. Ocupación                           | 8. Antes de incapacitarme, trabajé hasta (fecha)   |
| 9. Mis patronos durante los últimos 18 meses fueron (Indique nombre y direcciones de las compañías, fechas en que trabajó y si trabajó con más de una a la vez.)<br>a. _____ b. _____  |  | 10. Me incapacité (Explique cómo, dónde y en qué fecha ocurrió su incapacidad.)                                |
| 12. Durante mi incapacidad recibí ingresos de: SI NO<br>a. Mi patrono o mi unión<br>Vacaciones regulares<br>Licencia por enfermedad<br>Licencia por maternidad<br>Pensión o retiro<br>Días feriados<br>Pago voluntario<br>b. Seguro por Desempleo<br>c. Seguro Social para Choferes<br>ch. Seguro Social Federal por edad<br>d. Seguro Social Federal por incapacidad<br>e. Fondo del Seguro del Estado<br>f. Seguro de la ACAA<br>g. Veteranos (Por la misma incapacidad)<br>h. Un plan privado<br>i. Otros (Especifique) |  | 11. Mi incapacidad está relacionada con<br>SÍ    NO<br>Mi trabajo<br>Núm. Caso FSE<br>Un accidente de tránsito |
| En caso afirmativo indique:<br>Desde _____ hasta _____   |  | 13. Cuando me incapacité estaba<br>empleado(a)      desempleado(a)   |
| 18. Estoy radicando esta solicitud después de tres meses del comienzo de mi incapacidad por las siguientes razones:  |  | 14. Estuve hospitalizado(a) por 24 horas o más en (Nombre y dirección del hospital)<br><br>Fecha _____         |
|  |  | 15. Durante mi incapacidad trabajé<br>Desde _____ hasta _____  |
|  |  | 16. Si se recuperó, indique fecha en que estuvo en condiciones de trabajar.                                    |
|  |  | 17. Regresé a trabajar en (fecha)  |
|  |  | USO OFICIAL  |

**CERTIFICACIÓN**

Certifico que estoy o estuve incapacitado(a) para trabajar y que toda la información suministrada por mí en este formulario es cierta. Sé que la Ley, en sus Secciones 3(o) y 11(a), impone penas graves -como multa, cárcel o ambas penas, a discreción del Tribunal- por ofrecer información falsa con el propósito de obtener beneficios por incapacidad.

|   |       |
|---|-------|
| Firma del reclamante (o marca, si no sabe firmar) | Fecha |
|---|-------|

Autorizo a mi patrono o a cualesquiera otras personas naturales o jurídicas a suministrar a la División de Seguro por Incapacidad del Departamento del Trabajo v. Recursos Humanos toda la información necesaria para el trámite de mi solicitud.

|   |       |
|---|-------|
| Firma del reclamante (o marca, si no sabe firmar) | Fecha |
|---|-------|

|  |                       |
|--|-----------------------|
| Firma del testigo de la marca                      | Dirección del testigo |
| Nombre del testigo de la marca (En letra de molde) |                       |

|  |                                  |                                     |   |                            |  |
|--|----------------------------------|-------------------------------------|---|----------------------------|--|
| I. Nombre del(la) trabajador(a)  |                                  | 2. Núm. Seguro Social               |   | 3. Núm. empleado           |  |
| 4. Ocupación   | 5. Salario semanal regular<br>\$ | 6. Horario semanal regular<br>horas | 7. ¿Se requiere licencia de conducir para trabajar? SI NO   |                            |  |
| 8. Salario semanal o promedio utilizado para el pago de Ley 3 (maternidad) \$  |                                  |                                     | 9. El(la) trabajador(a) cotiza para:<br>Seguro Choferil SINOT %   |                            |  |
| 10. Contribución patronal al SINOT %   | 11. Ultimo día de trabajo        | 12. Razón de cesantía               |   | 13. Día regresó a trabajar |  |
| 14. Incapacidad relacionada con el trabajo:<br>Sí Fecha informe accidente<br>No Núm. caso F.S.E.   |                                  |                                     | 15. Incapacidad relacionada con accidente de automóvil:<br>Sí No  |                            |  |
| 16. ¿Es un patrono exento (doméstico, sin fines de lucro o acogido al Seguro Choferil) asegurado voluntariamente con la Ley 139 de 1968? SI NO |                                  |                                     | 17. ¿Tiene usted algún plan privado o autoasegurado aprobado por el Director del Programa del Seguro por Incapacidad (Ley 139)? SI NO |                            |  |

Grupo de trabajadores incluidos En caso afirmativo, indique: Núm. de plan  
Co. aseguradora

| 18. ¿Hizo algún pago al(la) empleado(a) durante su incapacidad? |                  | Si   | No      | En caso afirmativo, indique: |               |
|---|------------------|------|---------|------------------------------|---------------|
| TIPO DE PAGO  | CANTIDAD (Bruta) | DIAS | PERIODO |                              | FECHA DE PAGO |
|   |                  |      | DESDE   | HASTA                        |               |
| Vacaciones  |                  |      |         |                              |               |
| Licencia por enfermedad   |                  |      |         |                              |               |
| Licencia por maternidad   |                  |      |         |                              |               |
| Pago voluntario   |                  |      |         |                              |               |
| Pensión o retiro  |                  |      |         |                              |               |
| Días feriados   |                  |      |         |                              |               |
| Otros (Especifique)   |                  |      |         |                              |               |

19. Si la reclamación es por maternidad y no hubo pago por la Ley 3, explique:

|   |  |   |  |          |    |
|---|--|---|--|----------|----|
| 20. Nombre de la compañía                   |  | 21. TRIMESTRES TRABAJADOS   |  | SALARIOS |    |
|   |  | Enero a marzo, 20   |  | \$       |    |
| Dirección postal                            |  | Abril a junio, 20   |  |          |    |
|   |  | Julio a Sept., 20   |  |          |    |
| Dirección física                            |  | Oct. a Dic., 20   |  |          |    |
|   |  | 22. EN CASO DE TRABAJO AGRICOLA, COMPLETE:<br>Nombre y número de finca: |  |          |    |
| Teléfono                                    |  | USO OFICIAL   |  |          |    |
| Núm. de cuenta Seguro por Desempleo y SINOT |  | PLAN PRIVADO CONTRIBUTORIO  |  | SI       | NO |
| Núm. de cuenta FEDERAL                      |  |   |  | SI       | NO |

CERTIFICACION

Certifico que la información suministrada por mí en este formulario es correcta. Sé que la Ley, en su Sección 11 (a), impone penas graves como multa, cárcel o ambas penas, a discreción del Tribunal- por ofrecer información falsa relativa a una reclamación de beneficios por incapacidad.

Firma del patrono (o su representante autorizado)

Fecha

|  |                             |     |    |            |     |     |                           |     |     |  |
|--|-----------------------------|-----|----|------------|-----|-----|---------------------------|-----|-----|--|
| <p>1. Nombre del(la) paciente</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:60%;">Incapacidad relacionada con</td> <td style="width:20%; text-align: center;">SI</td> <td style="width:20%; text-align: center;">NO</td> </tr> <tr> <td>el trabajo</td> <td style="text-align: center;">[ ]</td> <td style="text-align: center;">[ ]</td> </tr> <tr> <td>un accidente de automóvil</td> <td style="text-align: center;">[ ]</td> <td style="text-align: center;">[ ]</td> </tr> </table> <p>4. Período de tratamiento (Mes-día-año)</p> <p>Desde _____ hasta _____</p> <p>5. Período de incapacidad (Mes-día-año)</p> <p>Desde _____ hasta _____</p> <p>8. En caso de embarazo o aborto indique (Mes-día-año)</p> <p>Fecha probable de parto _____</p> <p>Fecha de parto _____</p> <p>Fecha del aborto _____</p> <p>9. Fecha del desmembramiento o la pérdida de la vista _____</p> | Incapacidad relacionada con | SI  | NO | el trabajo | [ ] | [ ] | un accidente de automóvil | [ ] | [ ] | <p>2. Diagnóstico (Datos médicos que, según su conocimiento, incapacitan al paciente; indique si como consecuencia de la enfermedad o accidente sufrió amputación o desmembramiento o pérdida total y permanente de la vista). USE LETRA DE MOLDE.</p> <p>6. Núm. expediente médico _____</p> <p>7. El(la) paciente estuvo hospitalizado(a) por 24 horas o más</p> <p style="text-align: center;">SI                      NO</p> <p>Fecha _____</p> <p>10. Si el desmembramiento o la pérdida de la vista se debió a un accidente, fecha de éste (Mes-día-año) _____</p> |
| Incapacidad relacionada con  | SI                          | NO  |    |            |     |     |                           |     |     |  |
| el trabajo   | [ ]                         | [ ] |    |            |     |     |                           |     |     |  |
| un accidente de automóvil  | [ ]                         | [ ] |    |            |     |     |                           |     |     |  |

**CERTIFICACIÓN**

Certifico que la información indicada arriba es correcta, y que soy un médico o quiropráctico autorizado a ejercer mi profesión, o custodio de expedientes médicos. Sé que la Ley 139 de 1968, en su Sección 11(a), impone penas graves -como multa, cárcel o ambas penas, a discreción del Tribunal- por ofrecer información falsa relativa a una reclamación de beneficios por incapacidad.

|       |       |
|-------|-------|
| Firma | Fecha |
|-------|-------|

Nombre y dirección del médico

Núm. de licencia

Teléfono

**BENEFICIOS  
POR  
INCAPACIDAD**

La Ley de Beneficios por Incapacidad garantiza el pago de beneficios por enfermedades o lesiones que no se relacionen con el trabajo ni con accidentes de automóvil. Los pagos pueden fluctuar entre \$12 y \$113 semanales, y extenderse por 26 semanas. El trabajador o la trabajadora que se incapacite, deberá solicitar los beneficios en los tres (3) meses siguientes a la fecha de incapacidad. Si radica posteriormente, deberá justificar la demora.

**POR  
DESMEMBRAMIENTO**

Si ocurriera desmembramiento o pérdida total y permanente de la vista como consecuencia de alguna incapacidad compensable por esta Ley, el trabajador o la trabajadora afectado(a) podría recibir entre \$2,000 y \$4,000 de compensación. Deberá solicitar este beneficio a más tardar seis (6) meses después de que haya ocurrido el desmembramiento o la pérdida de la vista

**POR MUERTE (A DEPENDIENTES)**

Un beneficio por muerte de \$4,000 es pagadero a los dependientes directos de un trabajador fallecido debido a una condición compensable por esta Ley, si la muerte ocurre en el año siguiente al comienzo de la incapacidad. Los dependientes podrán recibir también los beneficios adeudados al trabajador. Deberán solicitar estos beneficios no más tarde de seis (6) meses después de la muerte del trabajador.