

**Departamento de Desarrollo Laboral
División de Compensación a los Trabajadores**

Estimado empleador:

Usted solicitó un adelanto de su prestación por incapacidad permanente o por una cuenta restringida. Aunque los pagos deben abonarse mensualmente, es posible que, en situaciones de emergencia, se aprueben adelantos. La Ley de Compensación a los Trabajadores permite adelantos de estas prestaciones solo cuando se puede determinar que este pago beneficiaría al trabajador lesionado y a aquellos a su cargo. Para ayudarnos a tomar esta decisión, **debe facilitarnos toda la información solicitada en el estado financiero que figura en el reverso de esta carta**.

En la mayoría de los casos, podrá recibir una respuesta a su solicitud de adelanto en un plazo de 10 días a partir de la recepción de su estado financiero completo.

Es importante que sepa que, en todos los casos en los que una compañía de seguros o una empleador autoasegurado adelante las prestaciones mensuales por incapacidad permanente acumuladas, se aplicará un 5 % de intereses. Estos intereses, compuestos anualmente sobre las prestaciones acumuladas, **reducirán la compensación total que le corresponde**. Los cheques del adelanto se girarán conjuntamente a su nombre y al del deudor.

Las solicitudes de adelanto y las disputas sobre cualquier decisión relativa a estas solicitudes **deben presentarse por escrito**.

No se aprobarán todas las solicitudes de adelanto ni se concederán adelantos para pagar facturas de tarjetas de crédito o préstamos personales.

En virtud de la Ley de Compensación a los Trabajadores, no puede recibir más de tres adelantos en un año calendario.

Envíe su estado financiero completo a:

Department of Workforce Development
Worker's Compensation Division
P.O. Box 7901
Madison, WI 53707

SOLICITUD DE ADELANTO O PAGO ÚNICO

* Es voluntario que facilite su número de seguro social (Social Security Number, SSN); no hacerlo puede causar un retraso en el trámite.

El Departamento de Desarrollo de la Fuerza Laboral (DWD) administra la Ley de Compensación al Trabajador, Capítulo 102 Wis. Stats. El propósito de este formulario es ayudar con la obtención de información relacionada con o requerida por el Capítulo 102. La cumplimentación de este formulario es voluntaria y la no cumplimentación de dicho formulario puede dar lugar a un retraso en la administración del Capítulo 102. El Departamento de Desarrollo de la Fuerza Laboral (DWD) puede utilizar la información de identificación personal (PII) que obtiene de usted en este formulario para fines distintos de aquellos para los que se está recogiendo.

Número de reclamo de WC	Nombre del empleado	Número de seguro social*		
Fecha de la lesión (mm/dd/yyyy)	Nombre del solicitante (si no es un empleado)	¿Presenta la solicitud como beneficiario por accidente laboral? Sí No		
Dirección (número, calle, ciudad, estado, código postal)		Fecha de nacimiento	Estado Civil:	Casado Separado Soltero Divorciado
¿Trabaja actualmente?	Sí No	En caso afirmativo, indique la fecha de inicio:		
Nombre del empleador		Número de teléfono del empleador		
Dirección del empleador (número, calle, ciudad, estado, código postal)				
Su sueldo o salario bruto \$ por Horas por semana:				

Ingresos actuales del lesionado (todas las fuentes) Prestaciones del seguro social Si el cónyuge trabaja, introduzca el salario bruto:

\$ por

Número de menores de 18 años a cargo: _____ Obligación de manutención infantil: _____ Ahorros: _____

Patrimonio (bienes muebles e inmuebles) Valor estimado Importe de la deuda inmobiliaria

Para recibir una respuesta lo antes posible, indique el importe y el motivo por el que solicita el adelanto. Sea específico, facilite copias actualizadas de las facturas vencidas.

Se certifica como correcto: (firma del empleado lesionado)

Firma

Fecha de la firma

Número de teléfono:

En virtud de la Ley de Compensación a los Trabajadores, no puede recibir más de tres adelantos en un año calendario. Devuelva el formulario completo a: Worker's Compensation Division, P.O. Box 7901, Madison, WI 53707