

# DECLARACIÓN DE CAPACIDAD Y DISPONIBILIDAD: ENFERMEDAD

K-BEN 31-SM (Rev. 4-16) Web Submit

CORREO: Unemployment Contact Center  
P.O. Box 3539  
Topeka, KS 66601-3539  
FAX: (785) 296-3249  
\*EMAIL: KDOLforms@dol.ks.gov

\*Vea una notificación importante en la red.

Nombre de Reclamante: _____	SSN: _____
-----------------------------	------------

Según la Ley De Seguro De Empleo, para recibir beneficios de desempleo se requiere que usted este físicamente capacitado y disponible para trabajar sin restricciones. Usted indico la siguiente restricción que podría impedir que usted acepte empleo o limite su disponibilidad para trabajar: **Enfermedad.**

Favor de completar este formulario y regresarlo dentro de los siete días de la fecha en que presento su reclamo. **El no responder para esta fecha puede resultar en una negación de beneficios o un posible sobre pago y cobro de beneficios recibidos anteriormente.**

**Importante:** Información sobre su atención médica es necesaria para determinar si es elegible para beneficios del seguro de desempleo. Si esta bajo el cuidado de un médico, una copia del formulario K-BEN 312, Health Care Provider's Certification, debe ser completado por su médico. Se requiere su firma en el certificado y la Liberación del Reclamante.

¿Estuvo/Esta disponible para trabajar?  SI  NO

Si responde NO, fecha en la que se incapacito para poder trabajar (mm/dd/yyyy): \_\_\_\_\_

Fecha de Lesión (mm/dd/yyyy): \_\_\_\_\_

Describa la Enfermedad o Lesión: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Estuvo/Esta bajo cuidado médico?

SI Explique: \_\_\_\_\_

NO Cuando fue dado de alta para regresar a trabajar? \_\_\_\_\_

¿Tiene restricciones medicas?  SI  NO

Si la respuesta es SI, explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Se lastimo en el trabajo?  SI  NO

Si la respuesta es SI, el nombre del empleador con quien trabajaba cuando fue lastimado: \_\_\_\_\_

Fecha en que aplico para compensación de trabajadores lesionados (mm/dd/yyyy): \_\_\_\_\_

¿Está recibiendo o ha recibido compensación para trabajadores lesionados desde su último día de trabajo?  SI  NO

**Declaración De Capacidad Y Disponibilidad: Enfermedad**

K-BEN 31-SM (Rev. 4-16) Web Submit

Nombre de Reclamante: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Si respondió SI, provee la información de la compañía de seguro:

Nombre de agente: \_\_\_\_\_

Nombre de compañía: \_\_\_\_\_

Dirección de compañía: \_\_\_\_\_

Teléfono de compañía: \_\_\_\_\_

Fecha en que recibió sus últimos beneficios de compensación (mm/dd/yyyy): \_\_\_\_\_

¿Recibió un pago semanal de Workers Compensation (Compensación de trabajadores lesionados)  SI  NO

SI, cantidad semanal: \$ \_\_\_\_\_

Fecha que empezó a recibir pagos (mm/dd/yyyy): \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de beneficios de compensación recibió?

Incapacidad Total Temporal  Incapacidad Parcial Temporal  Incapacidad Permanente Total

Incapacidad Parcial Permanente

Sus tareas normales de trabajo: \_\_\_\_\_

¿Se ha comunicado con su empleador desde su lastimadura?  SI  NO

¿Va a regresar a su trabajo cuando le den por alta para que pueda trabajar?  SI  NO

Si respondió NO, explique: \_\_\_\_\_

¿Hay otros trabajos en que califique, tenga la experiencia y entrenamiento que pueda desempeñar dentro de sus restricciones?  SI  NO

Si respondió NO, explique: \_\_\_\_\_

Si respondió SI, que tipo de trabajo busca: \_\_\_\_\_

¿Tiene experiencia o entrenamiento para este tipo de trabajo?  SI  NO

Si respondió SI, cantidad de experiencia: No. de años: \_\_\_\_\_ No. de meses: \_\_\_\_\_ No. de semanas: \_\_\_\_\_

¿Cuántos días por la semana está dispuesto trabajar?: \_\_\_\_\_

Turnos que está dispuesto a trabajar (marque todos los que aplican):  1ro  2do  3ro

Si acaso solo está dispuesto trabajar solo un turno explique porque: \_\_\_\_\_

Millas que está dispuesto viajar para su próximo trabajo: \_\_\_\_\_

Salario por hora más bajo que aceptara en su próximo trabajo: \$ \_\_\_\_\_

Anote sus esfuerzos de búsqueda de trabajo durante los últimos siete días:

Fecha de Contacto	Nombre de Empleador	Método de Contacto	Resultados de Contacto

Si no hubo ningún contacto explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CERTIFICACION:** Certifico que la información que he proporcionado es correcta y completa, y entiendo que la falsedad o el ocultamiento de un hecho de manera deliberada o intencional son castigados bajo la Ley de Seguridad de Empleo de Kansas.

Firma del aplicante: \_\_\_\_\_ Fecha (mm/dd/yyyy) \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_



CENTRO DE LLAMADAS DEL DESEMPLEO DE KANSAS