

DECLARACIÓN DE CAPACIDAD Y DISPONIBILIDAD: ENFERMEDAD

K-BEN 31-SM (Rev. 10-17) Web Submit

CORREO: Unemployment Contact Center
P.O. Box 3539
Topeka, KS 66601-3539
FAX: (785) 296-3249
*EMAIL: **Submit**

*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. 10-17) 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 a viajar para su próximo trabajo: _____

Salario por hora minimo que aceptaría 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 por que: _____

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: _____