

www.dol.ks.gov

# DECLARACIÓN DE CAPACIDAD Y DISPONIBILIDAD: ENFERMEDAD O COMPENSACIÓN A LOS TRABAJADORES

K-BEN 31-S (Rev. 9-18)

CORREO: Unemployment Contact Center  
P.O. Box 3539  
Topeka, KS 66601-3539

FAX: (785) 296-3249

EMAIL\*: KDOL.UICC@ks.gov

\*Vea el aviso importante del email en el sitio web.

Nombre de Reclamante: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: XXX-XX-\_\_\_\_\_

**El hecho de no completar y devolver este formulario en la fecha de vencimiento indicada arriba puede resultar en una denegación de beneficios y un posible sobrepago.**

En los últimos 18 meses, ¿hubo algún momento en el que no pudo trabajar?  SI  NO

En caso afirmativo, ¿cuándo no pudo trabajar? \_\_\_\_\_

Explique la enfermedad o lesión/herida que le impidió trabajar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Estaba o está ahora bajo el cuidado de un médico?  SI  NO

En caso afirmativo, a partir de hoy, ¿el medico lo ha dado de alta para regresar a trabajar?  SI  NO

¿Cuándo fue dado de alta para regresar a trabajar? \_\_\_\_\_

¿Está usted bajo alguna restricción de trabajo?  SI  NO Explique: \_\_\_\_\_

¿Ocurrió la lesión/herida en el trabajo?  SI  NO

En caso afirmativo, ¿cuál era el nombre del empleador para el que trabajaba? \_\_\_\_\_

¿Solicito Compensación de Trabajadores?  SI  NO En caso afirmativo ¿cuándo? \_\_\_\_\_

¿Fue aprobado para la Compensación de Trabajadores?  SI  NO

¿Ha recibido pagos de Compensación de Trabajadores?  SI  NO

Proporcione la siguiente información sobre la compañía de seguros:

Nombre de la Compañía: \_\_\_\_\_ Nombre del Agente: \_\_\_\_\_

Dirección de la Compañía: \_\_\_\_\_

Teléfono de la Compañía: \_\_\_\_\_

¿Sigue recibiendo pagos de Compensación de Trabajadores?  SI  NO

¿Cuándo recibió su último pago de Compensación de Trabajadores? \_\_\_\_\_

¿Recibe usted pago de Compensación de Trabajadores cada semana?  SI  NO

¿Cuál es la cantidad por semana? \$ \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de pagos de Compensación de Trabajadores recibió?

Discapacidad Total Temporal  Discapacidad Parcial Temporal  Discapacidad Total Permanente

Discapacidad Parcial Permanente

**Declaración De Capacidad Y Disponibilidad: Enternidad O Compensación A Los Trabajadores**

K-BEN 31-S (Rev. 9-18)

Nombre de Reclamante: _____	Número de Seguro Social: XXX-XX-_____
-----------------------------	---------------------------------------

¿Ha contactado a su empleador desde su lesión/herida?  SI  NO

¿Va a regresar a su trabajo cuando sea dado de alta?  SI  NO

Si la respuesta es NO, explique por qué no: \_\_\_\_\_

¿Puede y está calificado para realizar otros trabajos que se ajusten a sus restricciones de trabajó (si tiene)?  SI  NO

En caso afirmativo, ¿cuáles eran sus obligaciones laborales normales antes se su lesión/herida? \_\_\_\_\_

Si la respuesta es NO, explique por qué no: \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de trabajo esta buscado? \_\_\_\_\_

¿Tiene experiencia en ese tipo de trabajos?  SI  NO ¿Si es así, cuanta experiencia? \_\_\_\_\_

¿Cuántas horas por semana está dispuesto a trabajar? \_\_\_\_\_

¿Qué días de la semana está dispuesto y puede trabajar por lo menos 8 horas diarias?

Domingo  Lunes  Martes  Miércoles  Jueves  Viernes  Sábado

Si indico menos de cinco días, explique por qué: \_\_\_\_\_

¿Cuantas millas está dispuesto a viajar por trabajo? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el salario mínimo por hora que aceptaría? \$ \_\_\_\_\_

Liste las actividades de búsqueda de trabajo que realizó **la semana pasada** (de Domingo a Sábado):

Fecha	Nombre/Direccion del empleador y tipo de actividad	Posicion/Puesto	Resultado de actividad
Aplicación 1			
Aplicación 2			
Otro tipo de búsqueda			

Si no realizó ninguna actividad de búsqueda de trabajó la semana pasada, explique por qué no: \_\_\_\_\_

**CERTIFICACIÓN:** Certifico que la información que he proporcionado es correcta y completa, y entiendo que intencionalmente proveer información falsa o la falta de divulgación de un hecho material es penado por la Ley de Seguridad de Empleo de Kansas.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Teléfono: (        ) \_\_\_\_\_ Correo Electronico: \_\_\_\_\_

**Submit**