

DEPARTAMENTO LABORAL DE KANSAS

www.dol.ks.gov

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



K-BEN 31-S (Rev. 1-21)

CORREO: Unemployment Contact Center
 P.O. Box 3539
 Topeka, KS 66601-3539
 FAX: (785) 296-3249
 UPLOAD:
<https://UIAssistance.GetKansasBenefits.gov>

| | |
|-----------------------------|---------------------------------------|
| 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: Entermedad O Compensación A Los Trabajadores

K-BEN 31-S (Rev. 1-21)

| | |
|-----------------------------|---------------------------------------|
| 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: _____

¿Cuántas 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: _____