

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

K-BEN 31-S (3-21)

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

UBIR:
<https://UIAssistance.GetKansasBenefits.gov>Nombre del Reclamante: _____ Número de Seguro Social: XXX-XX-_____

Complete este formulario y devuélvalo dentro de los **siete** días posteriores a la fecha en que presentó su reclamo.
El no responder para esta fecha puede resultar en una negación de beneficios, un posible sobrepago y cobro de los beneficios recibidos anteriormente.

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

Si su respuesta es SI, ¿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**Si su respuesta es SI**, 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**Si su respuesta es SI**, ¿cuál era el nombre del empleador para el que trabajaba? _____¿Solicitó Compensación de Trabajadores? SI NO **Si su respuesta es SI**, ¿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: Enfermedad O Compensación A Los Trabajadores

K-BEN 31-S (3-21)

Nombre del 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 su respuesta es NO, explique: _____

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

Si su respuesta es SI, ¿cuáles eran sus obligaciones laborales normales antes de su lesión/herida? _____

Si su respuesta es NO, explique: _____

¿Qué tipo de trabajo está buscando? _____

¿Tiene experiencia previa en este tipo de trabajos? SI NO Si su respuesta es SI, ¿cuánto? _____

¿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: _____

¿Cuántas millas está dispuesto a viajar por trabajo? _____

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

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

Fecha	Nombre y Dirección del Empleador o Tipo de Actividad	Trabajo buscado	Resultado de la Actividad
Solicitud 1			
Solicitud 2			
Otra Actividad			

Si no realizó ninguna actividad de búsqueda de trabajo la semana pasada, explique _____

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: _____