

La División de Compensación para trabajadores requiere información sobre sus antecedentes para calificar su nivel de incapacidad y determinar su elegibilidad para recibir beneficios de asistencia vocacional. **POR FAVOR, COMPLETE EL FORMULARIO EN LA FORMA MÁS PRECISA Y COMPLETA QUE PUEDA.** (Puede adjuntar un currículum vitae si es actual).

Nombre _____ Número de reclamo _____

Dirección _____ Teléfono _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

¿Recibió algún pago de seguro de desempleo durante las 52 semanas anteriores a la lesión o al empeoramiento de este reclamo? Sí No

No. de Licencia de Conducir _____ Estado _____ ¿Es una licencia comercial? Sí No

POR FAVOR LEA DETENIDAMENTE Y FIRME

Certifico que la información proporcionada es verdadera y correcta. También acuerdo liberar todos los registros sobre mi empleo anterior y mis estudios a SAIF Corporation, a fin de verificar la información proporcionada en este formulario.

Firmado _____ Fecha _____

EDUCACIÓN/CAPACITACIÓN

GED Sí No Fecha del certificado _____ Tipo: GED Militar GED del Estado

Diploma de escuela secundaria Sí No Fecha _____ Último año completado _____

Última escuela secundaria asistida _____ Ciudad _____ Estado _____

Universidad/Escuela de Oficio _____ Fechas en que asistió _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____

Títulos/certificados/licencias _____

Clases cursadas _____

Mecanografía/teclado Sí No ppm _____ Mano dominante Izquierda Derecha

Liste otro equipo y herramientas que puede usar

Intereses/pasatiempos/ actividades como voluntario

¿Es actualmente miembro de un sindicato? Sí No Fecha de afiliación _____

Nombre del sindicato _____

Servicio militar Sí No Rama _____

Rango más alto _____ Fecha de ingreso _____ Fecha de salida _____

Tareas específicas o capacitación recibida _____

FORMULARIO DE ANTECEDENTES LABORALES EMPLEADOR DURANTE LA LESIÓN

Liste todos los trabajos que ha tenido en los últimos 10 años (incluido los trabajos como autónomo), comenzando con el trabajo que estaba haciendo en el momento de su lesión.

1 — Empleador en la lesión _____ Teléfono _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Fechas de empleo: Del _____ hasta _____ Total de meses trabajados _____

Título de trabajo _____ Salario _____

Supervisor _____

Marque una: tiempo completo tiempo parcial Marque una: estacional temporario permanente

Tareas laborales

Maquinaria/herramientas/
equipo utilizados

Razón por dejar el empleo

ANTECEDENTES LABORALES

2 — Empleador anterior _____ Teléfono _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Fechas de empleo: Del _____ hasta _____ Total de meses trabajados _____

Título de trabajo _____ Salario _____

Supervisor _____

Marque una: tiempo completo tiempo parcial Marque una: estacional temporario permanente

Tareas laborales

Maquinaria/herramientas/
equipo utilizados

Razón por dejar el empleo

ANTECEDENTES LABORALES

3 — Empleador anterior _____ Teléfono _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Fechas de empleo: Del _____ hasta _____ Total de meses trabajados _____

Título de trabajo _____ Salario _____

Supervisor _____

Marque una: tiempo completo tiempo parcial Marque una: estacional temporario permanente

Tareas laborales

Maquinaria/herramientas/
equipo utilizados

Razón por dejar el empleo

ANTECEDENTES LABORALES

4 — Empleador anterior _____ Teléfono _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Fechas de empleo: Del _____ hasta _____ Total de meses trabajados _____

Título de trabajo _____ Salario _____

Supervisor _____

Marque una: tiempo completo tiempo parcial Marque una: estacional temporario permanente

Tareas laborales

Maquinaria/herramientas/
equipo utilizados

Razón por dejar el empleo

ANTECEDENTES LABORALES

5 — Empleador anterior _____ Teléfono _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Fechas de empleo: Del _____ hasta _____ Total de meses trabajados _____

Título de trabajo _____ Salario _____

Supervisor _____

Marque una: tiempo completo tiempo parcial Marque una: estacional temporario permanente

Tareas laborales _____

Maquinaria/herramientas/
equipo utilizados _____

Razón por dejar el empleo _____

FORMULARIO DE SUPLEMENTO

SI YA NO TRABAJA CON EL EMPLEADOR CON QUIEN TUVO LA LESIÓN, LISTE TODOS LOS TRABAJOS QUE HA TENIDO DESDE QUE SE LESIONÓ (INCLUYA CUALQUIER TRABAJO COMO AUTÓNOMO). Adjunte hojas adicionales si es necesario.

Nombre del Empleador _____ Teléfono _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Fechas de empleo: Del _____ hasta _____ Total de meses trabajados _____

Título de trabajo _____ Salario _____

Supervisor _____

Marque una: tiempo completo tiempo parcial Marque una: estacional temporario permanente

Tareas laborales _____

Maquinaria/herramientas/
equipo utilizados _____

Razón por dejar el empleo _____