



Esta *Solicitud de Compensación Total Temporal (C-84)* es la que debe completar para solicitar los beneficios de discapacidad total temporal.

Debe completar todo el formulario y firmarlo. Es su responsabilidad asegurar la documentación médica de respaldo del proveedor médico que le proporciona tratamiento durante el período de incapacidad solicitado, mediante el formulario MEDCO-14 o la documentación equivalente.

Debe completar este formulario cada vez que presente una solicitud para un período inicial de compensación total temporal o para una ampliación del período existente de compensación total temporal.

Instrucciones

Sección 1	Datos demográficos del trabajador lesionado: La BWC utilizará la dirección proporcionada para enviarle toda la correspondencia por correo postal. Podría ser útil contar con un número de teléfono de su domicilio o celular si necesitáramos comunicarnos con usted. Proporcionar su dirección de correo electrónico le permite comunicarse electrónicamente con su especialista en reclamaciones, si así lo desea.
Sección 2	Información sobre incapacidad: Márquelo si este período actual de incapacidad es un nuevo período o una ampliación. Si esta es una solicitud para un nuevo período de incapacidad, indique el último día que trabajó. Para los nuevos períodos y las solicitudes de ampliación por incapacidad, haga una lista de todos los proveedores que lo están tratando actualmente por esta reclamación.
Sección 3	Información de empleo: La BWC utilizará esta información para facilitar su regreso al trabajo y garantizar el pago correspondiente.
Sección 4	Información sobre rehabilitación vocacional: La BWC utilizará esta información para facilitar su regreso al trabajo.
Sección 5	Beneficios y ganancias recibidas o solicitadas durante el período de incapacidad: indique si ha recibido alguno de los beneficios mencionados. Si responde de forma afirmativa a cualquiera de los beneficios de la lista, proporcione la información solicitada.
Sección 6	Firma del trabajador lesionado: Firme y feche este formulario cuando solicite una compensación por incapacidad total temporal. Si no puede firmar, marque el formulario y haga que un testigo firme junto a su marca. Firmar el formulario significa que ha respondido las preguntas de forma veraz y completa. También significa que sabe que no está realizando deliberadamente una declaración falsa, tergiversación, ocultamiento de hechos o cualquier otro acto de fraude con el fin de obtener una compensación, según lo estipulado por la BWC, o que acepta conscientemente una compensación a la que no tiene derecho. Proporcionar información falsa u ocultar información para obtener una compensación, puede resultar en que sea procesado por un acto criminal, y ser castigado con una multa, encarcelamiento o ambos.

¿Dónde presento el formulario C-84?

Para trabajadores lesionados cuyo empleador está autoasegurado: si su empleador está autoasegurado, envíe el formulario a su empleador. Si no está seguro de si su empleador está autoasegurado, comuníquese con él.

Para todos los demás trabajadores lesionados: También puede completar este formulario en línea, en www.bwc.ohio.gov. Si completó una copia impresa de este formulario, envíelo por fax al 1-866-336-8352, o envíelo a la oficina de servicio al cliente de la BWC donde fue asignado su reclamo.

¿Dónde puedo encontrar más información o ayuda?

Para trabajadores lesionados cuyo empleador está autoasegurado: Llame a su empleador o comuníquese con el departamento de autoseguros de la BWC al 1-800-644-6292, y escuche las opciones para comunicarse con un representante de servicio al cliente.

Para todos los demás trabajadores lesionados: Llame al 1-800-644-6292 o comuníquese con su oficina de servicios. Puede obtener los formularios de la BWC en www.bwc.ohio.gov, llame al 1-800-644-6292 y escuche las opciones para comunicarse con un representante de servicio al cliente, o en su oficina de servicios.



Datos demográficos del trabajador lesionado

1	Nombre		Número de reclamo		Fecha de la lesión
	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal de nueve dígitos	
	Correo electrónico (opcional)		Número de teléfono particular — —	Número de teléfono celular — —	

Información sobre incapacidad

2	• ¿Es esta una solicitud para un nuevo período de compensación total temporal o una ampliación? ☐ Nueva ☐ Ampliación
	• Si este es un período nuevo, ¿cuándo fue el último día que trabajó debido al período actual de incapacidad relacionada con el trabajo? — / — / —
	• Enumere todos los proveedores que lo están tratando actualmente por este reclamo de incapacidad relacionada con el trabajo. _____

Información del empleador

3	¿Qué ocupación desempeñaba en el momento de la lesión o enfermedad? _____
	• ¿Tiene un trabajo al cual regresar? ☐ Sí ☐ No ☐ No sé
	o En caso afirmativo, ¿quién es su empleador? _____
	o En caso afirmativo, ¿le ofreció su empleador una modificación del trabajo (tareas sencillas)? ☐ Yes ☐ No ☐ No sé
	o En caso afirmativo, ¿se siente capaz de realizar alguna de sus funciones laborales en este momento? ☐ Sí ☐ No
	En caso afirmativo, ¿qué funciones? _____
	El trabajo incluye un trabajo de tiempo completo o parcial, trabajo por cuenta propia, pasatiempos que generan ingresos, trabajo a comisión o actividades no remuneradas que no son mínimas y que generan ingresos directamente para otra persona.
	• ¿Está realizando actualmente alguna función laboral (tal como se define arriba)? ☐ Sí ☐ No
	o En caso afirmativo, ¿quién es su empleador? _____
	• ¿Ha realizado anteriormente alguna función laboral (como se define arriba) durante este período de incapacidad solicitado? ☐ Sí ☐ No
o En caso afirmativo, ¿quién es su empleador? _____	
o Si su respuesta es negativa, ¿cuándo fue el último día en el que realizó algún tipo de trabajo? — / — / —	
Motivo de la renuncia _____	
• ¿Qué cree que le impide volver al trabajo actualmente? Describa los impedimentos físicos, laborales y personales. _____	

Información sobre la rehabilitación vocacional

4	La rehabilitación vocacional es un programa individualizado y voluntario para trabajadores lesionados elegibles que necesitan ayuda para volver a trabajar de manera segura o para conservar un empleo. Este programa se puede adaptar a las restricciones que tiene un trabajador lesionado y puede proporcionar las habilidades para encontrar un empleo o brindar la capacitación necesaria.
	• Si fuera apropiado, ¿consideraría participar en la rehabilitación vocacional? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es negativa, ¿por qué no? _____

Beneficios y ganancias recibidas o solicitadas durante el período de incapacidad

Tipo de beneficio	Recepción	Fecha de inicio del beneficio
Desempleo En caso afirmativo, ¿de qué estado recibe los beneficios? _____	☐ Sí ☐ No	
Retiro de Seguridad Social	☐ Sí ☐ No	
Asistencia pública En caso afirmativo, incluya el número de caso: _____	☐ Sí ☐ No	
Licencia por enfermedad En caso afirmativo, indique el nombre de la compañía que paga el beneficio: _____	☐ Sí ☐ No	
5 Continuación de sueldo o salario En caso afirmativo, indique el nombre de la compañía que paga el beneficio: _____	☐ Sí ☐ No	
Discapacidad En caso afirmativo, indique el nombre de la compañía que paga el beneficio: _____	☐ Sí ☐ No	
Ingresos (para incluir trabajo a tiempo completo o parcial, trabajo por cuenta propia, pasatiempos que generan ingresos o trabajo a comisión) En caso afirmativo, indique el nombre del empleador y las tareas laborales. _____	☐ Sí ☐ No	

Firma del trabajador lesionado

6	Entiendo que no tengo permiso para trabajar mientras esté recibiendo una compensación total temporal. He respondido completamente las preguntas anteriores de manera veraz. Soy consciente de que cualquier persona que conscientemente realiza una declaración falsa, tergiversación, ocultamiento de hechos o cualquier otro acto de fraude a fin de obtener una compensación, según lo estipulado por la BWC, o que acepta conscientemente una compensación a la cual no tiene derecho, puede ser procesado por un acto criminal, y bajo las disposiciones penales correspondientes, ser castigado con una multa, encarcelamiento o ambos.
	Firma