

Declaración jurada sobre historial de empleo para reclamación según la Ley del Programa de Indemnización por Enfermedades Ocupacionales para Empleados del Sector de la Energía

Departamento del Trabajo de EE.UU.
 Administración de Normas de Empleo
 Oficina de Programas de Compensación para Trabajadores



Nota: Este formulario se utiliza para afirmar el historial de empleo para una reclamación presentada según la Ley del Programa de Indemnización por Enfermedades Ocupacionales para Empleados del Sector de la Energía (EEOICPA en inglés). Le rogamos no escribir en las áreas sombreadas.

Núm. OMB 1215-0197
 Fecha de venc.: 08/31/2007

Información del empleado (En letra de imprenta clara)

1. Nombre del empleado (Apellido, nombre, inicial de segundo nombre)	2. Apellido de soltera/anterior	3. Número de seguro social (si lo sabe)
---	--	--

Su información (Escriba con letra clara)

4. Su nombre (Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	5. Su(s) número(s) de teléfono
6. Su dirección (Calle, núm. de depto., apartado postal)	a. Casa: () -
(Ciudad, estado, código postal)	b. Otro: () -
	c. Otro: () -
7. Su relación con el empleado (Marque todas las que correspondan)	
<input type="checkbox"/> Asociado en el trabajo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/hija <input type="checkbox"/> Hijo adoptivo <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Otro: _____	

Historial laboral del empleado

En orden cronológico, **comenzando con el período de empleo más reciente**, describa su conocimiento del historial laboral del empleado. Entregue toda la información que pueda respecto del nombre del empleador y del lugar (ciudad y estado) donde el empleado realizó el trabajo.

Empleador - 1 (Entregue toda la información que pueda – si es necesario, adjunte otra hoja)

Su conocimiento de dónde trabajó el empleado (escriba los nombres)	Nombre de las instalaciones: _____ Ciudad/estado: _____ Edificio(s): _____ Nombre(s) de contratista(s) o subcontratista(s): _____
Fechas en que usted sabe que el empleado trabajó en estas instalaciones	Fecha de inicio: Mes Día Año Fecha de término: Mes Día Año
¿Qué tipo de trabajo realizó el empleado? (Describa las responsabilidades en detalle)	Ocupación: _____ Título: _____ Responsabilidades: _____
Explique cómo usted conoce el historial laboral del empleado	
Si usted trabajó con el empleado durante este período, indique lo siguiente:	Su puesto y/o título: _____ Fechas en que usted trabajó con el empleado: Desde: _____ Hasta: _____

Formulario EE-4
 Abril de 2005

Empleador - 2 (Entregue toda la información que pueda – si es necesario, adjunte otra hoja)

Formulario EE-4

Este formulario se utiliza para afirmar el historial de empleo de un empleado vivo o fallecido del sector de la energía. El EE-4 es un formato aceptable para proporcionar una declaración jurada en respaldo de un historial laboral que no cuente con otro respaldo, y puede ser completado por cualquier persona que conozca el historial laboral de un empleado cubierto. Utilice todos los formularios EE-4 que necesite. Si necesita más espacio para hacer comentarios, adjunte una declaración complementaria firmada.

Ley de Privacidad

De acuerdo con la Ley de Privacidad de 1974, según las enmiendas (5 U.S.C. 552a), se le notifica a usted mediante la presente que: (1) La Ley del Programa de Indemnización por Enfermedades Ocupacionales para Empleados del Sector de la Energía (42 U.S.C. 7384 *et seq.*) (EEOICPA en inglés) es administrada por la Oficina de Programas de Compensación para Trabajadores del Departamento del Trabajo de EE.UU., que recibe y mantiene información personal sobre los reclamantes y sus familiares más cercanos. (2) La información que ha recibido la Oficina se utilizará para determinar que se cumplan los requisitos y el monto de los beneficios pagaderos según la EEOICPA, y puede ser verificada a través de búsquedas computacionales u otros medios adecuados. (3) La información puede entregarse a las agencias federales o entidades privadas que empleaban al empleado al momento en que se produjo la lesión, a fin de verificar las declaraciones hechas, responder preguntas relativas a la situación de la reclamación, verificar facturas y considerar otros asuntos pertinentes. (4) La información puede divulgarse a médicos y a otros proveedores de atención médica al proporcionar tratamiento o rehabilitación médica, hacer evaluaciones para la Oficina de Programas de Compensación para Trabajadores y para otros fines relacionados con la gestión médica de la reclamación. (5) La Información puede entregarse a agencias federales, estatales y locales para fines de aplicación de la ley, para obtener información pertinente a alguna decisión según la EEOICPA, para determinar si los beneficios se están pagando debidamente, lo que incluye determinar si se han hecho pagos prohibidos, en caso de que corresponda, para realizar acciones de indemnización administrativa/de salarios o de cobranza de deudas necesarias o permitidas por la Ley de Cobranza de Deudas. (6) La divulgación del número de seguro social (SSN en inglés) o del número de identificación tributaria (TIN en inglés), si conoce, es obligatoria. El SSN o el TIN, y otra información mantenida en la Oficina, puede utilizarse con fines de identificación, para respaldar acciones de cobranza de deudas realizadas por el gobierno federal, y para otros fines que la ley exija o autorice. (7) La no divulgación de toda la información solicitada puede retrasar el procesamiento de la reclamación o el pago de beneficios, y puede dar como resultado una decisión desfavorable.

Declaración sobre tiempo de respuesta

Se estima que el tiempo de respuesta para esta información es de un promedio de 30 minutos, lo que incluye tiempo para revisar instrucciones, buscar las fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la información. Si tiene algún comentario sobre el tiempo de respuesta o sobre cualquier otro aspecto de la recopilación de esta información, lo que incluye sugerencias para reducir el tiempo de respuesta, envíelo a Office of Workers' Compensation Programs, U.S. Department of Labor, Room S3524, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210. **No envíe a esta dirección el formulario de reclamación completado.** Las reclamaciones completadas deben enviarse a la oficina del distrito correspondiente de la Oficina de Programas de Compensación para Trabajadores. Las personas no están obligadas a entregar la información que se solicita en este formulario a menos que éste cuente con un número OMB válido.