DLT Department of Labor and Training
RHODE ISLAND

TDI-1S (12/24)
RHODE ISLAND DEPARTMENT OF LABOR AND TRAINING
TEMPORARY DISABILITY INSURANCE (TDI)
PO BOX 20100, Cranston, Rhode Island 02920 - 0241
Phone: (401)-462-8420 | **TTY via RI Relay 711**
Email: dlt.tdi@dlt.ri.gov | **Web:** dlt.ri.gov/tdi

APLICACION DE BENEFICIOS - SEGURO POR INCAPACIDAD TEMPORAL

INFORMACIÓN PERSONAL Y LABORAL DEL APLICANTE

Nombre (Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido, Sufijo)

Dirección postal (calle o apartado postal) Incluya el número de apartamento, si corresponde

Ciudad/Pueblo	Estado/Provincia	Código postal	Dirección de correo electrónico

Número de seguro social	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Número de teléfono de casa	Cell

Género ☐ M ☐ F ☐ X

Raza (opcional): ☐ Morena, ☐ Blanca, ☐ Asiático ☐ Indio, ☐ Hawaian/Pacífico, ☐ Multirracial

Etnicidad (opcional): ☐ Hispano/Latinx ☐ No Hispano/Latinx, ☐ N/A

Prefiero recibir información en: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Portugués (*solo llamadas telefónicas*)

¿Para qué programa está aplicando? ☐ Enfermeda ☐ Cirugía ☐ Lesión

Por favor proporcione la siguiente información si es pertinente el día de hoy

Fecha en la que regresó a trabajar en horario normal (mm/dd/aaaa): _____

Fecha en la que regreso a trabajar con horario reducido (mm/dd/aaaa): _____

Se recuperó de una enfermedad o lesión el día (mm/dd/aaaa):

COMPLETE ESTA SECCIÓN SI PRESENTA LA APLICACION POR ENFERMEDAD/CIRUGÍA/LESIÓN PROPIA

¿Cuál es la naturaleza de su enfermedad o lesión? _____

El primer día laboral que no pudo trabajar debido a una enfermedad, cirugía o lesión (mm/dd/aaaa): _____

Fecha del examen médico más cercana a su suspensión laboral (mm/dd/aaaa): _____

(Por ley, un médico debe examinarlo la semana anterior, durante o posterior a la fecha en que no pudo trabajar).

¿Fue hospitalizado por esta Incapacidad? ☐ Si ☐ No Fechas de ingreso en el hospital: Desde _____ (mm/dd/aaaa) A _____ (mm/dd/aaaa)

Nombre del hospital:

Dirección postal del hospital, Incluya el número de unidad, si corresponde	Ciudad/Pueblo	Estado/Provincia	Código postal

Doctor o practicante medico: _____ Doctor o practicante medico: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Ciudad/Pueblo: _____ Ciudad/Pueblo: _____

Número de teléfono: _____ Número de teléfono: _____

Ingrese su último día de trabajo o la fecha en que realizó el último servicio (mm/dd/aaaa): _____

¿Ha solicitado o recibido Seguro de Incapacidad Temporal en los últimos 12 meses? ☐ Si ☐ No

¿Ha solicitado o recibido beneficios del seguro de desempleo en los últimos 12 meses? ☐ Si ☐ No Si es así, la fecha de finalización de la última semana en la que recibió el pago del seguro de desempleo. _____ ¿De qué estado le pagaron? _____

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR DEL APLICANTE: incluya todos los empleadores en los últimos 2 años, adjunte una hoja separada con su número de seguro social y nombre en la parte superior, si es necesario.

Empleador: _____ Empleador: _____

Address: _____ Dirección: _____

Ciudad/Pueblo: _____ Ciudad/Pueblo: _____

Número de teléfono: _____ Número de teléfono: _____

Fechas de empleo: _____ Fechas de empleo: _____

¿Cuántas horas por semana trabajas normalmente? _____ ¿Cuántas horas por semana trabajas normalmente? _____

Puesto: _____ Puesto: _____

¿Su trabajo se realizó en RI? ☐ Si ☐ No ¿Su trabajo se realizó en RI? ☐ Si ☐ No

¿Es usted un funcionario corporativo, socio o propietario? ☐ Si ☐ No ¿Es usted un funcionario corporativo, socio o propietario? ☐ Si ☐ No

Marque cada día de la semana en el que trabaja habitualmente ☐ Dom ☐ Lu ☐ Mar ☐ Mie ☐ Jue ☐ Vie ☐ Sab

¿Ha ganado algún salario o prestado servicios por cuenta propia en los últimos 2 años? ☐ Si ☐ No

Indique las fechas de inicio y finalización de cualquier período de trabajo por cuenta propia durante los últimos 2 años. Fechas de empleo: _____ A _____

DLT Department of Labor and Training
RHODE ISLAND

TDI-1S (12/24)
RHODE ISLAND DEPARTMENT OF LABOR AND TRAINING
TEMPORARY DISABILITY INSURANCE (TDI)
PO BOX 20100, Cranston, Rhode Island 02920 - 0241
Phone: (401)-462-8420 | **TTY via RI Relay 711** | **Email:** dlt.tdi@dlt.ri.gov | **Web:** dlt.ri.gov/tdi

APLICACION DE BENEFICIOS - SEGURO POR INCAPACIDAD TEMPORAL

SU SUBSIDIO POR DEPENDIENTES - REQUERIDO PARA CALCULAR LA TASA DE BENEFICIO DEL RECLAMO

¿A cuántos hijos dependientes mantiene? (Incluya a los niños menores de 18 años y a aquellos de 18 años o más que estén incapacitados.)

Enumere únicamente los nombres de sus hijos naturales, adoptados, hijastros o tutelados designados por el tribunal a quienes usted les brinda manutención. (Se requiere documentación para los tutelados designados por el tribunal y para los hijos mayores de 18 años que están incapacitados).

Nombre (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido, sufijo)	Relación con usted	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de seguro social

¿Tiene usted la custodia legal de los niños mencionados anteriormente? ☐ Si ☐ No

¿Todos los niños mencionados anteriormente viven con usted? ☐ Si ☐ No

¿Hay alguna otra persona que reclame a su(s) hijo(s) como dependientes según la Ley de Incapacidad Temporal de Rhode Island? ☐ Si ☐ No

En caso negativo, indique abajo el nombre, la dirección y el número de Seguro Social de la persona con quien viven.

Nombre (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido, sufijo)

Dirección

Número de seguro social

En caso afirmativo, indique el nombre, la dirección y el número de Seguro Social de la persona que reclama dichos hijos.

Nombre (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido, sufijo)

Dirección

Número de seguro social

Si alguno de los dependientes legales nombrados anteriormente tiene 18 años o más, indique el tipo de incapacidad (mental o física).

Nombre Tipo de incapacidad

INFORMACIÓN SOBRE LA INDEMNIZACIÓN LABORAL - Rellenar si la lesión o enfermedad está relacionada con el trabajo

¿Tiene una enfermedad relacionada con el trabajo o un problema de indemnización por accidente laboral? ☐ Si ☐ No

¿Ha presentado un reclamo de compensación para los trabajadores por esta o cualquier otra discapacidad? ☐ Si ☐ No

Fecha de la lesión o inicio de la enfermedad: _____

Nombre de la empresa donde ocurrió la lesión: _____ Dirección: _____

¿Ha recibido algún pago de compensación para los trabajadores por esta o cualquier otra discapacidad? ☐ Si ☐ No

Si, si fechas: Desde: _____ A _____

En caso afirmativo, proporcione la información de contacto de su compañía de compensación para los trabajadores.

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad/Pueblo: _____ Estado: _____ CP: _____

Si no, por favor explique por qué no:

Si tiene un abogado que lo represente en este asunto, proporcione su nombre y dirección.

Nombre del abogado: _____

Dirección: _____

Ciudad/Pueblo: _____ Estado: _____ CP: _____

SELECCIONE SU MÉTODO DE PAGO DE BENEFICIOS PREFERIDO

☐ **Depósito directo** en mi cuenta (Complete el formulario de depósito directo) o ☐ **Tarjeta de pago electrónica** - EPC (Funciona como una tarjeta de débito, pueden aplicarse tarifas si no se usa correctamente)

SE REQUIERE FIRMA

Entiendo que para reclamar los beneficios de TDI no puedo/no podía trabajar físicamente, incluido el trabajo por cuenta propia, durante el período por el cual estoy reclamando los beneficios, y que la información que he proporcionado en esta aplicación es verdadera y completa. Además, por la presente autorizo a mi proveedor de atención médica calificado, hospital u otro proveedor de atención médica a poner a disposición de TDI cualquier información médica, incluidos los registros hospitalarios, que se me solicite. Entiendo que soy responsable de informar a TDI la fecha en que regreso a trabajar a tiempo parcial o completo para evitar cualquier pago excesivo de beneficios. Entiendo que soy responsable de los costos/tarifas incurridos por mi QHP para proporcionar registros médicos a TDI.

☐ Al firmar este reconocimiento,informo que he sido informado sobre los requisitos del Programa TDI mencionados anteriormente y que los comprendo.

Su Firma _____ Número de seguro social _____ Fecha _____