DLT Department of Labor and Training RHODE ISLAND

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 PARA CUIDADORES TEMPORALES

AINFORMACIÓN PERSONAL Y LABORAL DEL APLICANTE

Nombre (primer 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 (mm/dd/aaaa)	Número de teléfono de casa	Cell

Género ☐ M ☐ F ☐ X

Raza (opcional): ☐ Moreno, ☐ Blanco, ☐ Asiático ☐ Indio ☐ Hawaiano / 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? ☐ Cuidado de un familiar gravemente enfermo ☐ Vínculo con niño

Por favor, proporcione la siguiente información si es pertinente para usted hoy

Fecha en la que regresó a trabajar en horario normal (mm/dd/aaaa): _____ ¿Cuántas semanas estas solicitando?

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

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

¿Ha solicitado o recibido un Seguro para Cuidadores Temporales 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? _____
Si está cuidando a un miembro de su familia o creando vínculos con un niño, ¿en qué fecha le gustaría que comience su reclamo? (mm/dd/aaaa) _____
(NOTA: La fecha de esta solicitud no debe ser posterior a 30 días después del inicio de su reclamo).

Información de la persona a la que cuida o con la que se vincula: Nombre legal (Nombre, Inicial del Segundo Nombre, Apellido, Sufijo)

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

El receptor de cuidado: ☐ Esposo/a ☐ Pareja de hecho ☐ Padre/madre ☐ Suegro/a ☐ Abuelo/a ☐ Hijo ☐ Adoptado ☐ Acogida

El receptor de la unión es: ☐ Recién nacido ☐ Adoptado ☐ De acogida ☐ Otros (por favor explique):

Fecha de nacimiento	Número de teléfono	Género	Número de Seguro Social del niño (si tiene más de 12 meses de edad)
		☐M ☐F	

Fecha de adopción: _____ Fecha en que el niño de acogida fue colocado con usted: _____

Proporcione una copia (no original) de los siguientes documentos como prueba de parentesco para reclamos de vinculación. ¿Qué documento que muestra su nombre y el nombre del niño está presentando? (Marque uno):
☐ Certificado de nacimiento ☐ Prueba de adopción ☐ Prueba de colocación en hogares de acogida ☐ Prueba de tutela legal

No obtendrá beneficios sin prueba de parentesco y deberá presentar la solicitud dentro de los **30 días** siguientes a su primer día libre.

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR DEL APLICANTE: Enumere todos los empleadores de los últimos dos años. Si necesita más espacio, adjunte una hoja adicional con su nombre y número de Seguro Social en la parte superior.

Empleador: _____
Dirección: _____
Ciudad/Pueblo: _____
Número de teléfono: _____
Fechas de empleo: _____
¿Cuántas horas a la semana trabaja normalmente? _____
Título del trabajo: _____
¿Su trabajo se realizó en RI? ☐ Si ☐ No
¿Es usted un funcionario, socio o propietario corporativo? ☐ Si ☐ No

Empleador: _____
Dirección: _____
Ciudad/Pueblo: _____
Número de teléfono: _____
Fechas de empleo: _____
¿Cuántas horas a la semana trabaja normalmente? _____
Título del trabajo: _____
¿Su trabajo se realizó en RI? ☐ Si ☐ No
¿Es usted un funcionario, socio o propietario corporativo? ☐ Si ☐ No

Marque cada día que trabaja normalmente: ☐ Dom ☐ Lu ☐ Mar ☐ Mier ☐ Jue ☐ Vie ☐ Sab

¿Ha ganado algún salario o prestado servicios por cuenta propia en los últimos 2 años? ☐ Si ☐ No
Enumere las fechas de inicio y finalización de cualquier trabajo por cuenta propia en los últimos 2 años. _____ A _____

DLT Department of Labor and Training RHODE ISLAND

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 PARA CUIDADORES TEMPORALES

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 esos niños 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 - Llenar 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 TCI 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 TCI mencionados anteriormente y que los comprendo.

Su firma	Número de seguro social	Fecha