

Reclamación de beneficios de sobreviviente según la Ley del Programa de Indemnización por Enfermedades Ocupacionales para Empleados del Sector de la Energía

Departamento del Trabajo de EE.UU.

Oficina de Programas de Compensación para Trabajadores
División de Enfermedades Ocupacionales para Empleados del Sector de la Energía



Nota: Por favor, lea las instrucciones en la página 2 antes de llenar este formulario. Indique a continuación toda la información que se solicita. Firme y feche la parte inferior de la página 1. No escriba en las áreas sombreadas

Número OMB: 1240-0002
Fecha de vencimiento: 05/31/2025

Información de empleado fallecido (En letra de imprenta clara)

1. Nombre (Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)			2. Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		3. Número de seguro social	
4. Fecha de nacimiento Mes Día Año		5. Fecha de fallecimiento Mes Día Año		6. ¿Se realizó una autopsia al empleado? <input type="checkbox"/> Sí - Indique centro médico: _____ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SÉ		

Información del sobreviviente (En letra de imprenta clara)

7. Nombre (Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)			8. Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		9. Número de seguro social	
10. Fecha de nacimiento Mes Día Año		11. Su relación con el empleado fallecido <input type="checkbox"/> cónyuge <input type="checkbox"/> hijo <input type="checkbox"/> hijastro <input type="checkbox"/> padre/madre <input type="checkbox"/> abuelo <input type="checkbox"/> nieto <input type="checkbox"/> Otro:				

12. Dirección (Calle, núm. de depto., apartado postal) (Ciudad, estado, código postal)			13. Números de teléfono a. Casa: () - b. Otro: () -			
--	--	--	--	--	--	--

14. Identifique la(s) enfermedad(es) diagnosticada(s) que se reclama(n) como relacionada(s) con el trabajo (marque el cuadro e indique el diagnóstico específico)

<input type="checkbox"/> Cáncer (indique a continuación el diagnóstico específico) a. b. c.	15. Fecha de diagnóstico		
	Mes	Día	Año
<input type="checkbox"/> Sensibilidad al berilio			
<input type="checkbox"/> Enfermedad crónica del berilio (CBD en inglés)			
<input type="checkbox"/> Silicosis crónica			
<input type="checkbox"/> Otra(s) enfermedad(es) relacionada(s) con el trabajo por exposición a sustancias tóxicas o radiación (indique a continuación el diagnóstico específico)			
a.			
b.			
c.			

Adjudicaciones y otra información

16. ¿Ha usted o el empleado fallecido presentado una demanda judicial en busca de dinero o cobertura médica basada en la exposición a la radiación, el berilio, asbesto o cualquier otra sustancia tóxica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
17. ¿Ha presentatdo usted una demanda por indemnización con el programa estatal para trabajadores por la(s) enfermedad(es) mencionada(s) anteriormente que afirman en la partida 14??	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
18. ¿Ha llegado usted, el empleado fallecido u otra persona a un arreglo o ha recibido un fallo favorable en relación con una demanda judicial o demanda por indemnización para trabajadores por la(s) enfermedad(es) mencionada(s)? ¿anteriormente que afirman en la partida 16 o 17?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
19. ¿Ha llegado usted, el empleado fallecido u otra persona a un arreglo o ha recibido un fallo favorable en relación con una demanda judicial o demanda por indemnización para trabajadores por la(s) enfermedad(es) mencionada(s)? ¿anteriormente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
20. ¿Se ha declarado usted culpable o ha sido sentenciado por cualquier cargo relacionado con una solicitud o recepción de indemnización para trabajadores federal o estatal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
21. ¿Ha solicitado usted o el empleado un fallo favorable de acuerdo con la Sección 5 de la Ley de Indemnización por Exposición a la Radiación (RECA en inglés)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
Si así es, indique el núm. de demanda RECA:	
<input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	

22. ¿Ha solicitado usted o el empleado un fallo favorable de acuerdo con la Sección 4 de la Ley de Indemnización por Exposición a la Radiación? Sí NO

Otros sobrevivientes posibles

23. ¿Tiene usted conocimientos sobre una o más personas que pudieran también calificar como sobrevivientes del empleado fallecido? Sí NO

Si respondió Sí, indique lo siguiente:

	Nombre	Relación con el empleado fallecido	Dirección	Número(s) de teléfono
a.				Casa: Otro:
b.				Casa: Otro:
c.				Casa: Otro:
d.				Casa: Otro:
e.				Casa: Otro:
(f)				Casa: Otro:
g.				Casa: Otro:
h.				Casa: Otro:
i.				Casa: Otro:
j.				Casa: Otro:

Declaración del sobreviviente

Toda persona que, a sabiendas, hace una declaración falsa, tergiversación, ocultamiento de hechos o cualquier otro tipo de acción de fraude a fin de obtener una indemnización, según lo indica EEOICPA, o que, a sabiendas, acepte una indemnización para la cual dicha persona no tiene derecho, está sujeta a acciones civiles o administrativas, además de procesamiento legal por delito y puede, según las disposiciones penales correspondientes, ser castigada con una multa, encarcelamiento o ambos. Todo cambio a la información indicada en este formulario, una vez que ha sido presentado, debe informarse de inmediato a la oficina del distrito encargada de la administración de la reclamación. Mediante la presente, hago la reclamación de beneficios según EEOICPA y afirmo que la información indicada en este formulario es verdadera. Si corresponde, autorizo al Departamento de Justicia a divulgar toda información solicitada, incluida la información relacionada con mi reclamación de RECA, al Departamento del Trabajo de EE.UU., Oficina de Programas de Compensación para Trabajadores (OWCP en inglés). Además, autorizo a cualquier médico u hospital (o a cualquier persona, institución, corporación o agencia gubernamental, incluida la Administración del Seguro Social) a entregar toda información que se busque al Departamento del Trabajo de EE.UU., Oficina de Indemnización para Trabajadores.

Sello de fecha del Centro de Recursos

_____ Firma del reclamante _____ Fecha

Instrucciones para completar el formulario EE-2

Complete todas las secciones en el formulario. Si se requiere un espacio adicional para explicar o aclarar cualquier punto, anexe una declaración suplementaria al formulario. Si no somete la información requerida, usted debe explicar las razones por el retraso e indicar cuando someterá la información. Someta su formulario y todos los documentos pertinentes a la siguiente dirección:

U.S. Department of Labor
OWCP/DEEOIC
P.O. Box 8306
London, KY 40742-8306

Información sobre el empleado fallecido

- Punto #14** – Identifique la(s) enfermedad(es) del empleado diagnosticada(s) por un médico que usted señala están relacionadas con el trabajo. No indique los síntomas (por ej. dolores, tos, silbido en el pecho, problemas para respirar, etc.) relacionados con la(s) enfermedad(es) diagnosticada(s). Adjunte a la reclamación toda documentación médica pertinente y una copia del certificado de defunción del empleado. Si necesita más espacio, adjunte a este formulario una declaración complementaria firmada.
- Punto #15** – Indique la fecha en que un médico calificado diagnóstico por primera vez la(s) enfermedad(es) de la reclamación.

Adjudicaciones y otra información

- Punto #16** – Marque el cuadro correspondiente para indicar si usted o el empleado fallecido ha presentado una demanda civil respecto de la(s) enfermedad(es) de la reclamación. Si usted marca Sí, proporcione copias de toda la documentación de tribunales.
- Punto #17** Marque el cuadro correspondiente para indicar si usted o el empleado fallecido ha presentado alguna demanda de indemnización con el programa estatal para trabajadores por la(s) enfermedad(es) mencionada(s) anteriormente que afirman en la partida 14? Si usted marca Sí, proporcione copias de toda la documentación de indemnización para trabajadores.
- Punto #18** - Marque el cuadro correspondiente para indicar si usted, el empleado fallecido u otra persona llegó a un arreglo o recibió algún fallo favorable en una demanda o juicio de indemnización para trabajadores en relación con la(s) enfermedad(es) de la reclamación anteriormente afirmada en la partida 16 o 17?. Si responde Sí, proporcione copias de toda la documentación pertinente.
- Punto #19** - Marque el cuadro correspondiente para indicar si usted alguna vez se ha declarado culpable o ha sido sentenciado por cualquier cargo relacionado con una solicitud o recepción de indemnización para trabajadores federal o estatal.
- Punto #20** - Marque el cuadro correspondiente para indicar si usted o el empleado fallecido ha solicitado un fallo favorable según la Sección 5 de la Ley de Indemnización por Exposición a la Radiación. Si marcó "Sí", proporcione el número de reclamación relacionado con la reclamación de RECA.
- Punto #21** - Marque el cuadro correspondiente para indicar si usted o el empleado fallecido ha solicitado un fallo favorable según la Sección 5 de la Ley de Indemnización por Exposición a la Radiación. Si marcó "Sí", proporcione el número de reclamación relacionado con la reclamación de RECA.

Otros sobrevivientes posibles

- Punto #22** - Todo sobreviviente elegible de un empleado cubierto debe ser identificado antes del pago de cualquier indemnización. Si usted tiene conocimientos de alguna persona que pudiera calificar como sobreviviente del empleado fallecido, indique su nombre y toda información adicional que se solicite en este punto. Según la EEOICPA, se aplican ciertas limitaciones a la definición de personas que pueden calificar como sobreviviente elegible. Entre los sobrevivientes elegibles de un empleado fallecido se cuentan: cónyuge, hijo (natural o adoptivo), padre/madre, nieto o abuelo sobreviviente. Toda reclamación de beneficios de sobreviviente debe ir acompañada de un comprobante de la relación con el empleado fallecido. Esto incluye, entre otros, una copia de un certificado de matrimonio, de un certificado de nacimiento o de documentos de adopción.

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 las personas que hacen la reclamación 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) 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

Según la Ley de Reducción de Papel o Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a las colecciones de información en este formulario a menos que muestre un número de control OMB válido. La carga pública para la recopilación de información se estima en un promedio de 17 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Usted está obligado a responder a esta colección para obtener beneficios bajo la ley EEOICPA (20 CFR 30.100 (a)). Envíe sus comentarios sobre la estimación de tiempo o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir esta carga, a Office of Workers' Compensation Programs, U.S. Department of Labor, Room S3524, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210. y la referencia de control de la OMB No. 1240-0002 y el formulario EE-2. No presente el formulario completado a esta dirección.