



Nota: Indique a continuación toda la información que se solicita. No escriba en las áreas sombreadas.		Número OMB: 1215-0197												
		Fecha de vencimiento: 08/31/2007												
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	5. Fecha de fallecimiento	6. ¿Se realizó una autopsia al empleado?												
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%; height: 20px;"></td> <td style="width:33%; height: 20px;"></td> <td style="width:33%; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;">Mes</td> <td style="text-align:center;">Día</td> <td style="text-align:center;">Año</td> </tr> </table>				Mes	Día	Año	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%; height: 20px;"></td> <td style="width:33%; height: 20px;"></td> <td style="width:33%; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;">Mes</td> <td style="text-align:center;">Día</td> <td style="text-align:center;">Año</td> </tr> </table>				Mes	Día	Año	<input type="checkbox"/> Sí - Indique centro médico: _____ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SÉ
Mes	Día	Año												
Mes	Día	Año												
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	11. Su relación con el empleado fallecido													
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%; height: 20px;"></td> <td style="width:33%; height: 20px;"></td> <td style="width:33%; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;">Mes</td> <td style="text-align:center;">Día</td> <td style="text-align:center;">Año</td> </tr> </table>				Mes	Día	Año	<input type="checkbox"/> cónyuge <input type="checkbox"/> hijo <input type="checkbox"/> hijo adoptivo <input type="checkbox"/> padre/madre <input type="checkbox"/> abuelo <input type="checkbox"/> nieto <input type="checkbox"/> Otro:							
Mes	Día	Año												
12. Dirección (Calle, núm. de depto., apartado postal)		13. Números de teléfono												
(Ciudad, estado, código postal)		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)		15. Fecha de diagnóstico												
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;">Mes</td> <td style="width:33%;">Día</td> <td style="width:33%;">Año</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	Mes	Día	Año									
Mes	Día	Año												
a.														
b.														
c.														
<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. ¿Trabajó el empleado en un lugar designado como Cohorte de Exposición Especial (SEC en inglés)?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO												
17. ¿Ha usted o el empleado fallecido presentado una demanda judicial en busca de dinero o cobertura médica para la(s) enfermedad(es) señalada(s)?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO												
18. ¿Ha presentado usted o el empleado fallecido alguna demanda de indemnización para trabajadores en relación con la(s) enfermedad(es) mencionada(s) anteriormente?		<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:														
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?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO												

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 todos los puntos del formulario. Si necesita más espacio para explicar o clarificar algún punto, adjunte una declaración complementaria al formulario. Si no se

envía la información solicitada, la parte responsable debe explicar el o los motivos del retraso y cuándo se proporcionará la información. Envíe el formulario de reclamación completo y toda la demás documentación pertinente a la oficina del distrito correspondiente que administre la EEOICPA en la región en que está/estaba ubicado el más reciente empleador del empleado en el sector de la energía.

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 – La EEOICPA permite que los empleados que satisfagan ciertos criterios y que hayan sido empleados en ciertas instalaciones se designen como miembros del Cohorte de Exposición Especial (SEC en inglés). Indique si el empleado fallecido trabajó en un lugar designado como SEC.

Punto #17- Indique 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 #18 -Indique si usted o el empleado fallecido ha presentado alguna demanda de indemnización para trabajadores en relación con la(s) enfermedad(es) mencionada(s). Si usted marca Sí, proporcione copias de toda la documentación de indemnización para trabajadores.

Punto #19 – Indique 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. Si responde Sí, proporcione copias de toda la documentación pertinente.

Punto #20 - 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 #21 - Indique 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 #22 - Indique si usted o el empleado fallecido ha solicitado un fallo favorable según la Sección 4 de la Ley de Indemnización por Exposición a la Radiación.

Otros sobrevivientes posibles

Punto #23 - Todo sobreviviente idóneo 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 idóneo. Entre los sobrevivientes idóneos 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

Se estima que el tiempo de respuesta para esta información es de un promedio de 21 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.