

**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: Entregue la mayor cantidad de información posible. No escriba en las áreas sombreadas. Núm. OMB 1215-0197  
 Fecha de vencimiento:  
 08/31/2007

**Información del empleado** (En letra de imprenta clara)

<b>1. Nombre del empleado</b> (Apellido, nombre, inicial de segundo nombre)	<b>2. Nombre anterior</b> (por ej., de soltera/cambio legal)	<b>3. Número de seguro social</b> (si lo sabe)
---	--	--

**Información de contacto para persona que completa este formulario** (En letra imprenta clara)

<b>4. Nombre</b> (Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	<b>5. Tipo de reclamación</b> (marque uno) <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Sobreviviente
<b>6. Dirección</b> (Calle, núm. de depto., apartado postal)  (Ciudad, estado, código postal)	<b>7. Número(s) de teléfono</b> a. Casa: (    )    -  b. Otro: (    )    -

**Historial laboral del empleado** (Entregue toda la información que conozca - si es necesario, adjunte una hoja separada)

En orden cronológico, **comenzando con el período de empleo más reciente**, indique el historial laboral completo del empleado cuyo nombre se indica más arriba. Entregue toda la información que conozca respecto del nombre del empleador y del lugar (ciudad y estado) donde el empleado realizó el trabajo. Si necesita más espacio para explicar o clarificar un punto, adjunte a este formulario una declaración complementaria firmada.

<b>Empleador - 1</b>	Fecha de inicio: <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="text-align: center; font-size: 8px;">Mes</td><td style="text-align: center; font-size: 8px;">Día</td><td style="text-align: center; font-size: 8px;">Año</td></tr></table>				Mes	Día	Año	Fecha de término: <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="text-align: center; font-size: 8px;">Month</td><td style="text-align: center; font-size: 8px;">Day</td><td style="text-align: center; font-size: 8px;">Year</td></tr></table>				Month	Day	Year	Horario de trabajo (marque uno) <input type="checkbox"/> Jornada completa <input type="checkbox"/> Jornada parcial
Mes	Día	Año													
Month	Day	Year													
Nombre de las instalaciones (escriba el nombre)	Lugar específico (edificio/sitio/mina/molino)	Ciudad/estado donde se realizó el trabajo													
Nombre(s) de contratista/subcontratista o proveedor	Tipo de instalación/empleador (marque uno) <input type="checkbox"/> Instalación del Departamento de Energía <input type="checkbox"/> Proveedor berilio <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> Instalación de armas atómicas <input type="checkbox"/> Extractor/procesador/transportador de uranio														
Título de puesto o actividad en mina/molino	¿Llevaba una tarjeta dosimétrica mientras estaba empleado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se desconoce														
Número de identificación de trabajo	Si lo sabe, indique el número de la tarjeta dosimétrica: <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>														

**Descripción de las labores del trabajo** (Describa en detalle)

  
  
  
  

**Describa o indique las condiciones/exposiciones laborales que usted piensa causaron o contribuyeron a la(s) enfermedad(es) de la reclamación en estas instalaciones**

  
  
  
  

**Indique si el empleado participó en algún sindicato o programa de salud del empleador en estas instalaciones** (marque todo lo que corresponda)

Programa de Ex Trabajadores (FWP en inglés)   
  Programa de Detección y Educación de Exposición a la Radiación (RESEP en inglés)   
  Otro estudio médico  
 Otro programa de vigilancia médica   
  Miembro de sindicato   
  Otro (especifique):

Formulario EE-3  
 Abril de 2005

<b>Empleador - 2</b>	Fecha de inicio: <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="text-align: center; font-size: 8px;">Mes</td><td style="text-align: center; font-size: 8px;">Día</td><td style="text-align: center; font-size: 8px;">Año</td></tr></table>				Mes	Día	Año	Fecha de término: <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="text-align: center; font-size: 8px;">Month</td><td style="text-align: center; font-size: 8px;">Day</td><td style="text-align: center; font-size: 8px;">Year</td></tr></table>				Month	Day	Year	Horario de trabajo (marque uno) <input type="checkbox"/> Jornada completa
Mes	Día	Año													
Month	Day	Year													

	Mes	Día	Año	Mes	Día	Año	<input type="checkbox"/> Jornada parcial
Nombre de las instalaciones (escriba el nombre)			Lugar específico (edificio/sitio/mina/molino)			Ciudad/estado donde se realizó el trabajo	
Nombre(s) de contratista/subcontratista o proveedor			Tipo de instalación/empleador (marque uno)				
			<input type="checkbox"/> Instalación del Departamento de Energía <input type="checkbox"/> Proveedor de berilio <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> - Instalación de armas atómicas <input type="checkbox"/> Extractor/procesador/transportador de uranio				
Título de puesto o actividad en mina/molino			¿Llevaba una tarjeta dosimétrica mientras estaba empleado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se desconoce				
Número de identificación de trabajo			Si lo sabe, indique el número de la tarjeta dosimétrica: <input type="text"/>				
<b>Descripción de las labores del trabajo</b> (Describa en detalle)							
<b>Describa o indique las condiciones/exposiciones laborales que usted piensa causaron o contribuyeron a la(s) enfermedad(es) de la reclamación en estas instalaciones</b>							
<b>Indique si el empleado participó en algún sindicato o programa de salud del empleador en estas instalaciones</b> (marque todo lo que corresponda)							
<input type="checkbox"/> Programa de Ex Trabajadores (FWP en inglés) <input type="checkbox"/> Programa de Detección y Educación de Exposición a la Radiación (RESEP en inglés) <input type="checkbox"/> Otro estudio médico <input type="checkbox"/> Otro programa de vigilancia médica <input type="checkbox"/> Miembro de sindicato <input type="checkbox"/> Otro (especifique):							
<b>Empleador - 3</b>	Fecha de inicio:		Fecha de término:		Horario de trabajo (marque uno)		
	Mes	Día	Año	Mes	Día	Año	<input type="checkbox"/> Jornada completa <input type="checkbox"/> Jornada parcial
Nombre de las instalaciones (escriba el nombre)			Lugar específico (edificio/sitio/mina/molino)			Ciudad/estado donde se realizó el trabajo	
Nombre(s) de contratista/subcontratista o proveedor			Tipo de instalación/empleador (marque uno)				
			<input type="checkbox"/> - Instalación del Departamento de Energía <input type="checkbox"/> - Proveedor de berilio <input type="checkbox"/> - Se desconoce <input type="checkbox"/> - Instalación de armas atómicas <input type="checkbox"/> - Extractor/procesador/transportador de uranio				
Título de puesto o actividad en mina/molino			¿Llevaba una tarjeta dosimétrica mientras estaba empleado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se desconoce				
Número de identificación de trabajo			Si lo sabe, indique el número de la tarjeta dosimétrica: <input type="text"/>				
<b>Descripción de las labores del trabajo</b> (Describa en detalle)							
<b>Describa o indique las condiciones/exposiciones laborales que usted piensa causaron o contribuyeron a la(s) enfermedad(es) de la reclamación en estas instalaciones</b>							
<b>Indique si el empleado participó en algún sindicato o programa de salud del empleador en estas instalaciones</b> (marque todo lo que corresponda)							
<input type="checkbox"/> Programa de Ex Trabajadores (FW en inglés) <input type="checkbox"/> Programa de Detección y Educación de Exposición a la Radiación (RESEP en inglés) <input type="checkbox"/> Otro estudio médico <input type="checkbox"/> Otro programa de vigilancia médica <input type="checkbox"/> Miembro de sindicato <input type="checkbox"/> Otro (especifique):							
<b>Declaración de la persona que complete este formulario</b>						<b>Sello de fecha del Centro de Recursos</b>	
<p>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. Afirmo que la información indicada en este formulario es exacta y verdadera. Autorizo también al Departamento de Justicia, a la Administración de Seguridad Social, a todo Programa de Ex Trabajadores, sindicato, estudio médico o programa de vigilancia médica (o a cualquier otra persona, institución, corporación o agencia gubernamental) identificada en este formulario, a entregar toda información que se desee al Departamento del Trabajo de EE.UU., Programas de Compensación para Trabajadores.</p>							
_____ (Firma)			_____ (Fecha)				

Formulario EE-3  
Abril de 2005

### Instrucciones para completar el formulario EE-3

Este formulario se utiliza para reunir información sobre el historial laboral de un empleado para una reclamación presentada según la Ley del Programa de Indemnización por Enfermedades Ocupacionales para Empleados del Sector de la Energía. Indique todos los períodos de empleo y proporcione toda la información que conozca para cada período de empleo. Si necesita más espacio, adjunte a este formulario una declaración complementaria. **Puede usar cuantas copias del formulario EE-3 necesite a fin de entregar un**

**historial laboral completo del empleado.**

**Fechas de empleo**

Comience con el período más reciente de empleo y, retrocediendo en el tiempo, indique el período de empleo para cada trabajo que haya tenido.

**Horario de trabajo**

Indique si el empleado trabajó a jornada completa o jornada parcial en las instalaciones indicadas.

**Nombre de las instalaciones**

Identifique el nombre de las instalaciones en que trabajó el empleado durante el período indicado. Indique las iniciales utilizadas para describir las instalaciones.

**Lugar específico**

Proporcione toda información descriptiva útil sobre dónde se realizó el trabajo en las instalaciones indicadas. Indique las iniciales utilizadas para describir el lugar.

**Ciudad/estado donde se realizó el trabajo**

Indique la ciudad y el estado donde se ubicaban las instalaciones señaladas.

**Nombre de contratista/subcontratista o proveedor**

Proporcione el nombre del empleador específico para el que trabajó el empleado durante el período indicado. Indique las iniciales utilizadas para describir al empleador.

**Tipo de instalaciones**

Marque el cuadro que identifica el tipo de instalaciones que mejor describe la situación laboral del empleado.

**Título del puesto**

Identifique el título del empleado o la actividad en la mina/el molino (minero, molinero o transportista de mineral)

**Tarjeta dosimétrica**

Indique si llevaba puesta una tarjeta dosimétrica mientras estaba empleado en las instalaciones señaladas. Si lo sabe, indique el número de identificación de la tarjeta.

**Número de identificación de trabajo**

Si lo conoce, indique el número de identificación de trabajo para el período de empleado señalado.

**Descripción de labores en el trabajo**

Proporcione una descripción breve, pero detallada, de las actividades laborales realizadas durante el período de empleo indicado.

**Describa o indique las condiciones/exposiciones laborales que usted piensa causaron o contribuyeron a la(s) enfermedad(es) de la reclamación**

Proporcione una descripción breve, pero detallada, de los factores que se piensa causaron o contribuyeron a la(s) enfermedad(es) de la reclamación en las instalaciones indicadas.

**Indique si el empleado participaba en algún sindicato o programa de salud del empleador**

Marque el o los cuadros que indican si el empleado participaba en algún sindicato o programa de salud del empleador en las instalaciones indicadas.

**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) 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 una (1) hora, 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.