

**Declaración jurada sobre 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.**  
 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 3 antes de llenar este formulario. Por favor no escriba en las áreas sombreadas. Entre su firma en la parte inferior de la segunda página. Este formulario no debe ser completado por la persona que reclame beneficios bajo EEOICPA. Utilice tantas copias del Formulario EE-4 como sea necesario.

OMB Control No. 1240-0002  
 Expiration Date: XX/XX/20XX

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

**1. Nombre del empleado** (Apellido, nombre, inicial de segundo nombre)      **2. Apellido de soltera/anterior**      **3. Número de seguro social** (si lo sabe)

**Su información (Escriba con letra clara)**

**4. Su nombre** (Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)

**5. Su(s) número(s) de teléfono**

a. Casa: (    ) -

b. Trabajo: (    ) -

c. otro: (    ) -

**6. Su dirección** (Calle, núm. de depto., apartado postal)

(Ciudad, estado, código postal)

**7. Su relación con el empleado** (Marque todas las que correspondan)

- Asociado en el trabajo     Cónyuge     Hijo/hija     Hijo adoptivo     Padre/madre  
 Abuelo     Amigo     Vecino     Other: \_\_\_\_\_

**Historial laboral del empleado - Utilice un nuevo formulario para cada periodo o Lugar de Empleo**

Su conocimiento de dónde y para quién trabajaba **el empleado** (Presente la mayor cantidad posible de información de identificación sobre el nombre del empleador y la ubicación. Favor deletrear todos los nombres.)

Nombre de las instalación: \_\_\_\_\_

Ubicación de las instalación (ciudad y estado) \_\_\_\_\_

Edificio(s): \_\_\_\_\_

Nombre(s) de contratista(s) o subcontratista(s): \_\_\_\_\_

**La ocupación del empleado y el título**

Ocupación

Título:

**Fechas en que usted sabe que el empleado trabajó en estas instalaciones**

Fecha de inicio:

Mes	Dia	Año

Fecha de término:

Mes	Dia	Año

**Si usted trabajó con el empleado durante este período, indique lo siguiente:**

Su puesto y/o título:

Fechas en que usted trabajó con el empleado:

Fecha de inicio:

Month	Day	Year

Fecha de término:

Month	Day	Year



Este formulario se utiliza para afirmar el historial de empleo de un empleado vivo o fallecido del sector de la energía. El EE-4 es un formato aceptable para proporcionar una declaración jurada en respaldo de un historial laboral que no cuente con otro respaldo, y puede ser completado por cualquier persona que conozca el historial laboral de un empleado cubierto. Utilice todos los formularios EE-4 que necesite. Si necesita más espacio para hacer comentarios, adjunte una declaración complementaria firmada.

### 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), si conoce, 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 30 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-1. **No presente el formulario completado a esta dirección.**