

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. Entregue la mayor cantidad de información posible. Firme y feche la parte inferior de la página 2. No escriba en las áreas sombreadas.

Núm. OMB 1240-0002
Fecha de vencimiento: XX/XX/XXXX

Información del empleado (En letra de imprenta clara)

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

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

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

Empleador - 1	Fecha de inicio: <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Día <input type="text"/> Año	Fecha de término: <input type="text"/> Month <input type="text"/> Day <input type="text"/> Year	Horario de trabajo (marque uno) <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 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"/>		

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 un Sindical Otro (especifique):

Empleador - 2		Fecha de inicio: Mes Día Año			Fecha de término: 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"/>					
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 <u>en estas instalaciones</u>									
Indique si el empleado participó en algún sindicato o programa de salud del empleador <u>en estas instalaciones</u> (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 sindical			<input type="checkbox"/> Otro (especifique):			
Empleador - 3		Fecha de inicio: Mes Día Año			Fecha de término: Mes Día Año			Horario de trabajo (marque uno) <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"/>					
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 <u>en estas instalaciones</u>									
Indique si el empleado participó en algún sindicato o programa de salud del empleador <u>en estas instalaciones</u> (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):			
Declaración de la persona que complete este formulario							Sello de fecha del Centro de Recursos		
<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>							<input type="text"/> <input type="text"/>		
(Firma)				(Fecha)					

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.

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 instalación(es).

Lugar específico

Proporcione toda información descriptiva útil sobre dónde se realizó el trabajo en las instalaciones indicadas, como el edificio, los números de sitio o las planta(s). Deletré 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. Deletré 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 el empleado 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 sindical 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

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 60 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.