

**PROGRAMA DE COMPENSACIÓN POR LESIONES CAUSADAS POR  
CONTRAMEDIDAS  
FORMULARIO DE SOLICITUD DE BENEFICIOS**

El Programa de Compensación por Lesiones Causadas por Contramedidas (Countermeasures Injury Compensation Program, CICP) proporciona ciertos beneficios médicos y por pérdida del salario a las personas a las que se les administró o que usaron una contramedida cubierta (como la vacuna contra H1N1 de 2009, Tamiflu®, Relenza® y peramivir, ventiladores mecánicos, mascarillas de filtración N-95, vacuna contra el ántrax, vacuna contra la viruela, etc.) y que como resultado sufrieron una lesión física grave. Las personas tienen un año a partir de la fecha en la que se les administró o en la que usaron la contramedida cubierta para presentar un formulario de solicitud de beneficios (formulario de solicitud) a fin de que se les considere para recibir los beneficios. Aunque el CICP necesita toda la documentación médica que apoya la lesión a fin de procesar la solicitud, **los solicitantes podrían presentar solo este formulario para cumplir con la fecha límite de presentación de la solicitud.** El CICP también podría proporcionar beneficios por fallecimiento a ciertos sobrevivientes. El patrimonio de una persona fallecida también podría calificar para recibir ciertos beneficios médicos y por pérdida del salario.

**Lea las instrucciones antes de llenar este formulario de solicitud de beneficios.**

**SECCIÓN A. PERSONA LESIONADA POR LA CONTRAMEDIDA**

Ingrese la información sobre la persona a la que se le administró o que usó una contramedida cubierta y que pudo haber sufrido una lesión grave debido a la contramedida.

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona o código postal: \_\_\_\_\_

País (si no es Estados Unidos de América): \_\_\_\_\_

Número(s) de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección electrónica: \_\_\_\_\_

Tipo de contramedida (p. ej., vacuna contra H1N1 de 2009): \_\_\_\_\_

Fecha o fechas de la administración o del uso de la contramedida que pudo haber causado la lesión: \_\_\_\_\_

Lugar geográfico donde se administró o usó la contramedida (esto es, ciudad, estado): \_\_\_\_\_

Describa el propósito por el que recibió la contramedida (p. ej., "Hubo un brote en mi comunidad"):

\_\_\_\_\_

¿Quién se la administró? (p. ej., un médico, en un hospital, clínica, departamento de salud de la localidad):

Fecha de aparición de la lesión: \_\_\_\_\_

Describa la lesión que pudo haber resultado de la contramedida:

Si usted es la **persona lesionada por la contramedida**, pase a la Sección E y firme este formulario de solicitud.

Si usted es un **sobreviviente de la persona lesionada por la contramedida** que posiblemente falleció como resultado de la contramedida, pase a la Sección B (amarilla).

Si usted es el **albacea o el administrador del patrimonio de una persona lesionada por la contramedida que falleció**, independientemente de la causa de su fallecimiento, pase a la Sección C (azul).

Si usted es el **representante legal o personal (incluido el padre o el tutor) de una persona que solicita los beneficios del Programa**, pase a la Sección D (anaranjada).

**SECCIÓN B. SOBREVIVIENTE DE UNA PERSONA LESIONADA POR LA CONTRAMEDIDA QUE FALLECIÓ POSIBLEMENTE COMO RESULTADO DE LA CONTRAMEDIDA CUBIERTA**

Toda la información de la Sección B se refiere solo al sobreviviente o sobrevivientes de la persona identificada en la Sección A, que está o están solicitando beneficios por fallecimiento.

Toda la información de la Sección B se refiere solo al sobreviviente o sobrevivientes de la persona identificada en la Sección A, que está o están solicitando beneficios por fallecimiento.

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona o código postal: \_\_\_\_\_

País (si no es Estados Unidos de América): \_\_\_\_\_

Número(s) de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección electrónica: \_\_\_\_\_

La fecha en la cual falleció la persona lesionada por la contramedida identificada en la Sección A: \_\_\_\_\_

Para poder recibir los beneficios del Programa, un sobreviviente debe pertenecer a una de las siguientes categorías.

**Marque** el recuadro que describa a la persona identificada en la Sección B en relación con la persona identificada en la Sección A.

- Cónyuge  
 Hijo elegible (descrito en las instrucciones)  
 Dependiente menor de 18 años (descrito en las instrucciones)  
 Beneficiario nombrado en la póliza del seguro de vida más recientemente firmada (cuando no hay sobrevivientes en las categorías arriba enumeradas)  
 Padre o madre (cuando no hay sobrevivientes en las categorías arriba enumeradas)  
 Tutor legal de un menor fallecido (cuando no hay sobrevivientes en las categorías arriba enumeradas)  
 Hijo adulto (cuando no hay sobrevivientes en las categorías arriba enumeradas)

Marque a continuación el primer recuadro si el solicitante es el único sobreviviente, o el segundo recuadro si hay otros de los sobrevivientes arriba descritos.

A mi mejor saber, no hay otros sobrevivientes que pudieran ser elegibles para recibir un pago del beneficio por fallecimiento del CICP;

o  
 Hay otros sobrevivientes que pudieran ser elegibles para recibir un pago del beneficio por fallecimiento del CICP. Proporciono sus nombres y su relación con la persona a la que sobrevivimos. Si este recuadro está marcado, enumere a los sobrevivientes. Si es necesario, use una o más hojas adicionales. (Las categorías de sobrevivientes elegibles se enumeran arriba.)

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Pase a la **Sección C (azul)** si también es el albacea o el administrador del patrimonio.

Pase a la **Sección D (anaranjada)** si hay un representante legal o personal; **de otra manera**, pase a la **Sección E** para firmar este formulario de solicitud.

**SECCIÓN C. ALBACEA O ADMINISTRADOR DEL PATRIMONIO DE UNA PERSONA LESIONADA POR LA CONTRAMEDIDA QUE FALLECIÓ**

El Programa podría proporcionar beneficios médicos y/o por pérdida del salario al patrimonio de una persona fallecida descrita en la Sección A, independientemente de la causa de su fallecimiento. Toda la información solicitada en la Sección C se refiere solamente al albacea o al administrador del patrimonio.

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona o código postal: \_\_\_\_\_

País (si no es Estados Unidos de América): \_\_\_\_\_

Número(s) de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección electrónica: \_\_\_\_\_

Pase a la **Sección D (anaranjada)** si hay un representante legal o personal; **de otra manera**, pase a la **Sección E** para firmar este formulario de solicitud.

**SECCIÓN D. REPRESENTANTE LEGAL O PERSONAL (incluido el padre o tutor)**

Si usted es el representante legal o personal de un menor o de un adulto que no tiene capacidad legal para recibir pagos, rellene la Sección D. De otra manera, una persona que solicite beneficios no necesita tener un representante legal o personal, pero puede optar por tenerlo. Por lo general todas las comunicaciones se harán con el representante, si se identifica uno. El CICP se reserva el derecho de comunicarse con el solicitante si es necesario.

**El CICP no pagará ni reembolsará ninguna cuota o costo relacionado con el uso de un representante.**

Toda la información solicitada en la Sección D se refiere al representante legal o personal.

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona o código postal: \_\_\_\_\_

País (si no es Estados Unidos de América): \_\_\_\_\_

Número(s) de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección electrónica: \_\_\_\_\_

Relación con la persona que solicita los beneficios del Programa (p. ej., padre, abogado): \_\_\_\_\_

¿Es la persona que usted representa un menor o un adulto que no tiene capacidad legal para recibir pagos?

Sí

No

Pase a la **Sección E** para firmar el formulario de solicitud.

**SECCIÓN E. FIRMA**

**A ser firmado por un solicitante que sea: (a) la persona lesionada por la contramedida identificada en la Sección A; o (b) el sobreviviente identificado en la Sección B; o (c) el albacea o el administrador del patrimonio identificado en la Sección C. Si el solicitante no tiene capacidad legal para recibir un pago del Programa, entonces el representante legal o personal identificado en la Sección D debe firmar en su nombre.**

Al firmar este formulario:

- 1) Yo, por medio de la presente certifico que la información provista en este formulario de solicitud es verídica y exacta a mi mejor saber. Más aún, entiendo que las declaraciones o afirmaciones falsas hechas en relación con este formulario de solicitud, incluidas la información y documentación subsiguiente presentada en relación con este formulario de solicitud, podría dar como resultado multas, encarcelamiento y/o cualquier otro remedio, incluidos remedios civiles, disponibles según las leyes de Estados Unidos.
- 2) Proporcionaré información actualizada (incluidos, sin limitarse, expedientes médicos, expedientes salariales y cambio de domicilio) hasta que el Programa tome su decisión final.

3) **(Marque una opción):**

- Tengo capacidad legal para recibir pagos del Programa; o  
 Represento a alguien que no tiene capacidad legal para recibir pagos del Programa y firmo abajo

Nombre (escribir claramente con letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Puede presentar al CICP su formulario de solicitud y toda la documentación requerida por correo postal, o un servicio de mensajería privada o comercial a:**

U.S. Department of Health and Human Services  
Health Resources and Services Administration  
Countermeasures Injury Compensation Program  
5600 Fishers Lane, 08N146B  
Rockville, MD 20857

Para solicitar información sobre el Programa y para obtener una copia adicional de este formulario y las instrucciones para llenarlo, visite el sitio web de CICP, [www.hrsa.gov/cicp](http://www.hrsa.gov/cicp), llame al 1-855-266-2427 (1-855-266-CICP) o envíe un mensaje electrónico en: [CICP@hrsa.gov](mailto:CICP@hrsa.gov). Visite el sitio web del Programa, para saber si puede presentar electrónicamente este formulario.

**DECLARACIÓN SOBRE LA LEY DE PRIVACIDAD**

La Sección 319F-4 de la Ley de Servicio de Salud Pública (Public Health Service Act, PHS), la Ley Pública 109-148 (42 U.S.C. 247d-6e) y la Ley de Mejoramiento del Cobro de Deudas de 1996 (Debt Collection Improvement Act of 1996) autorizan la recopilación de esta información. Se usará para determinar su derecho a recibir beneficios. Esta información se divulgará al Departamento de Salud y Servicios Humanos y a sus consultores; y a las agencias de ejecución de la ley locales, estatales y federales, si el gobierno se entera de una posible violación de la ley civil o penal; y para ciertos propósitos de investigación médica cuando sean congruentes con los propósitos para los cuales se formó el Programa; esto es, para tomar determinaciones sobre las presuntas asociaciones a lesiones causadas por contramedidas cubiertas y para compensar a las personas lesionadas por contramedidas cubiertas. El suministro de la información en este formulario es voluntario, pero si no se proporciona dicha información, se podría demorar o evitar el recibo del pago. La información recopilada se mantendrá confidencial en virtud de la Ley de Privacidad, 5 USC Sección 552a, según enmiendas.

**DECLARACIÓN SOBRE LA CARGA PÚBLICA**

Declaración sobre la carga pública: El propósito de esta recopilación de datos es obtener información que permita al Secretario de Servicios Humanos y de Salud determinar si los solicitantes son elegibles para recibir beneficios del Programa de Compensación por Lesiones Causadas por Contramedidas (CICP). Los solicitantes (o sus representantes) deben proporcionar al CICP los formularios apropiados y los expedientes médicos relevantes como se especifica en la Sección 42 CFR 110.50-110.53. Una agencia no puede realizar ni patrocinar, y una persona no tiene obligación de responder, a una solicitud de recopilación de información a menos que exhiba un número de control OMB actualmente válido. El número de control OMB para la recopilación de esta información es 0915-0334 y es válido hasta 03/31/2023. Esta recopilación de información se requiere para obtener o retener un beneficio (42 CFR Parte 110). El acceso a estos expedientes está estrictamente limitado a usuarios autorizados que conocen sus responsabilidades en virtud de la Ley de Privacidad, y a quienes se requiere que tengan medidas de seguridad con respecto a estos expedientes según esta ley. El Aviso del sistema de registros de los programas de compensación de lesiones, HHS/HRSA/HSB, N.º de sistema 09-15-0056, identifica a los usuarios autorizados. Se calcula que la carga pública del informe de esta recopilación de información es un promedio de 3.5 horas por respuesta, incluido el tiempo para leer las instrucciones, buscar las fuentes de datos existentes, y completar y revisar la recopilación de información. Envíe sus comentarios referentes a este cálculo o de cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga a HRSA Reports Clearance Officer, 5600 Fishers Lane, Room 14N136B, Rockville, Maryland, 20857 o [paperwork@hrsa.gov](mailto:paperwork@hrsa.gov).