



Nombre del trabajador lesionado ( <i>Nombre, segundo nombre, apellido</i> ) <input type="text"/>	Nro. de la OWCP <input type="text"/>	Nro. de la OMB: 1240-0046 Fecha de vencimiento: 08/31/2026
-----------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------	---------------------------------------------------------------

Responda las preguntas a continuación sobre su paciente (mencionado arriba) para el cual la oficina de Programas de Compensación para Trabajadores (OWCP) ha aceptado que las siguientes condiciones fueron causadas o agravadas por el trabajo:

1. ¿El empleado tiene la capacidad de TRABAJAR 8 horas por día? De no ser así, se requiere que indique sus razones médicas para respaldar su opinión.

2. Si el empleado no puede trabajar 8 horas por día, ¿cuántas horas puede trabajar?

a. ¿Aumentará la cantidad de horas?  Sí  No

b. De ser así, ¿cuándo podrá el empleado trabajar ocho horas los días de trabajo?

c. De no ser así, se requiere que indique sus razones médicas para respaldar su opinión en un informe narrativo.

3. ¿Es capaz de hacer su trabajo habitual el trabajador?  Sí  No De no ser así, en un informe narrativo, explique qué aspectos del puesto son problemáticos. Se requiere una explicación para cada punto.

4. La OWCP se compromete a reemplazar a los trabajadores lesionados en la mayor medida posible. Muchos empleadores se pueden adaptar fácilmente a las restricciones, incluso asignando al trabajador lesionado a un lugar de trabajo alternativo. Tenga en cuenta que si no es posible volver a emplear al trabajador en el organismo empleador, es posible que la oficina indique servicios de rehabilitación vocacional para el trabajador lesionado. Teniendo esto en cuenta, describa los deberes o entornos de trabajo apropiados para su paciente. Sea lo más detallado posible.

5. Haga una lista, de haberla, de otros factores médicos que se deben considerar para identificar un puesto para esta persona. Explique cada punto.

6. Nombre del médico ( <i>A máquina o en letra de molde</i> ) <input type="text"/>	7. Teléfono (incluso el código de área) <input type="text"/>
8. Firma	9. Fecha <input type="text"/>

## **Declaración de la Ley de Privacidad**

La Ley de Privacidad de 1974, según la enmienda (artículo 552a del Título 5 del Código de EE. UU. ) y la Ley de Compensación de Empleados Federales, según ha sido enmendada y extendida (artículos 8101 y siguientes del Título 5 del Código de EE. UU.), autoriza la recopilación de esta información. El propósito de este formulario es obtener la limitación de tolerancia laboral específica del reclamante cuando la condición aceptada es de naturaleza psiquiátrica o psicológica. Completar este formulario es voluntario (artículos 8101 y siguientes del Título 5 del Código de EE. UU.). Sin embargo, no proporcionar la información puede atrasar el procesamiento del reclamo o el pago de beneficios, o puede causar una decisión desfavorable o niveles de beneficios reducidos. Es posible que esta información se divulgue además a: terceros en litigios legales; agencias empleadores, diversos individuos y organizaciones que proveen servicios de rehabilitación médica u otros servicios relacionados; planes de seguro que posiblemente hayan pagado facturas relacionadas; sindicatos; diversos funcionarios de ejecución de la ley; otras agencias federales, estatales y locales (incluso la GAO y el IRS) según corresponda; contratistas que procesan datos para el Departamento de Trabajo; agencias que cobran deudas y oficinas de informes crediticios.

## **Declaración de carga pública**

De conformidad con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a esta recopilación de información a menos que incluya un número de control válido de la OMB. Se estima que la carga de información pública para esta recopilación de información es de aproximadamente 15 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar las fuentes de datos existentes, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. La obligación de responder a esta recopilación es necesaria para obtener o retener un beneficio de conformidad con los artículos 8101 y siguientes del Título 5 del Código de EE. UU. Puede enviar comentarios sobre el estimado de la carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluso sugerencias para reducir esta carga a: U.S. Department of Labor, Office of Workers' Compensation Programs, Room S-3229, 200 Constitution Avenue, NW, Washington, DC 20210, y mencionar el número de control de la OMB 1240-0046. Nota: No envíe la información solicitada a la dirección indicada arriba. En su lugar, envíela a la dirección que aparece en el membrete.

## **Aviso**

### **Solicitudes de adaptaciones o asistencias y servicios auxiliares**

Si usted tiene una discapacidad, la ley federal le otorga el derecho de recibir asistencia de la OWCP a través de asistencias de comunicación, adaptaciones y/o modificaciones para ayudarle en el proceso de reclamo. Por ejemplo, le brindaremos copias de documentos en formatos alternativos, servicios de comunicación como interpretación en lengua de signos u otros tipos de ajustes o cambios para adaptarnos a su discapacidad. Comuníquese con nuestra oficina o con su examinador de reclamos de la OWCP para preguntar sobre esta asistencia..