Solicitud para ser seleccionado como Beneficiario

Departamento de Trabajo de los EE. UU. (DOL) Oficina de Programas de Compensación para Trabajadores División de Compensación para Trabajadores de Minas de Carbón



Por medio del presente documento, solicito que los beneficios de Pulmón Negro correspondientes persona o personas nombradas en el punto (2) a continuación, sean pagos a mí (Si está solicitando	que Fecha de vencimiento: 09/30/2027			
los pagos de sus beneficios se realicen directamente a usted en lugar de a otra persona en su nomi ingrese su propio nombre en el punto 2 y responda las preguntas de este formulario con respect usted mismo. La divulgación del Número de Seguro Social es voluntaria. El hecho de no revelar di número no dará lugar a la denegación de ningún derecho, privilegio o beneficio al que usted pueda te derecho.	No escriba en este espacio			
Nombre del minero de carbón				
2. Nombre del beneficiario (la persona con derecho a los beneficios de Pulmón Negro)	Número de identificación de caso del DOL:			
3. Su nombre				
4. ¿Cuál es su relación con el beneficiario? (Si necesita más espacio, adjunte una hoja aparte).				
4a. ¿Por qué desea que el pago de beneficios de pulmón negro se realice a su nombre? (Si necesita más espacio, adjunte una hoja aparte).				
4b. Si actualmente los beneficios se pagan mediante depósito directo, ¿desea que sigan sie Sí No. Si marcó "No", proporcione:	endo depositados en la cuenta actual?			
☐ Cuenta corriente ☐ Cuenta de ahorros				
Nombre del banco Núm. de cuenta	Núm. de ruta			
5. ¿Alguna vez ha sido sentenciado por un delito? No Si marcó "Sí", (Si necesita más espacio, adjunte una hoja aparte).	explique a continuación:			
5a. ¿Está de acuerdo con presentar reportes financieros anuales y a recibir visitas no anun	ciadas a sus instalaciones?SíNo			
Importante: La Pregunta 6 (página 2) debe ser respondida en todos los casos. Por favor, r (eventos) que podrían afectar los pagos de beneficio de Pulmón Negro y deben ser reportar				
- Aceptación o cambio de pagos de beneficios realizados bajo cualquier programa estatal	de Compensación para trabajadores.			
- Fallecimiento de cualquier beneficiario.				
- Matrimonio de la persona con derecho a beneficios de hijo, viudo, padre, o hermano.				
- Pagos de manutención recibidos por la persona con derecho a beneficios de padre, herr	nano o hermana.			
- Adopción legal de cualquier hijo con derecho a beneficios				
- Cese de asistencia escolar por parte de un hijo, hermano o hermana entre las edades de	e 18 y 23.			
- Mejora de una condición incapacitante de un hijo, hermano o hermana discapacitado, de 18 años o más.				
- Trabajo realizado como empleado o trabajador independiente por parte del minero, padre, hermano o hermana.				

Declaración de carga pública

Se estima que los informes públicos para esta recopilación de información tienen un promedio de 15 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Envíe comentarios sobre esta estimación de carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluso sugerencias para reducir esta carga, al Departamento de Trabajo de EE. UU., División de Compensación para Trabajadores de Minas de Carbón, 200 Constitution Avenue, NW, Suite C3520-DCMWV, Washington, DC 20210. NO ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETADO A ESTA OFICINA.

DOS OPCIONES PARA PRESENTAR EL FORMULARIO:

- 1. Para presentar electrónicamente, envíe el formulario completo y la documentación adjunta al Portal de Minas de C.O.A.L.: https://coalmine.dol.gov
 - 2. Para presentar por correo, envíe el formulario completo y la documentación adjunta a:

Su sentencia por un delito.

Para más información llame GRATIS al: 1-800-347-2502 NOTA: Las personas no están obligadas a responder a esta recopilación de información a menos que muestre un número de control de OMB actualmente válido.

		Povi	Formulario CM-910 isado en octubre de 2021	
6. ¿Está de acuerdo en notificar al Departamento de Trabajo de inmediato si ocurre alguno de los eventos enumerados o si ocurre cualquier otro evento que pueda afectar los beneficios de la persona o personas nombradas en el punto 2?	cualq	sted de acuerdo en devolv uier cheque por beneficios nas nombradas en el punt	ver prontamente recibido si la persona o	
Sí		Sí No		
8. ¿La persona o personas por las que solicita el pago vive actualmente con usted?		ore y dirección de la perso entra viviendo.	na con quien se	
Sí				
Si marcó "No", responda el punto 8a.				
 ¿Existe un representante legal (tutor, custodiante, curador, etc.) del beneficiario para quien usted solicita el pago? 		ore y dirección del Represe esentante	entante Legal y tipo de	
Sí				
Si marcó "Sí", responda el punto 9a. Si marcó "No", pase al punto 10.				
10. ¿El beneficiario está bajo el cuidado de un médico primario?	10a. Nom	ore y dirección del médico	primario	
Sí				
Si marcó "Sí", responda el punto 10a. Si marcó "No", pase al punto 11.				
11. ¿Comprende que todos los pagos que se hagan a usted en nombre de un beneficiario deben ser utilizados directamente para las necesidades actuales del beneficiario? Si Los beneficios no son necesarios actualmente, deben ser ahorrados para utilizar en futuras necesidades del beneficiario. ¿Acepta usted usar los beneficios de esta manera?	pront custo biene	ta notificar al Departament amente si algún beneficiar odia, o cuando usted ya no estar y el cuidado de cualq n usted solicita un pago?	rio deja de estar bajo su sea responsable del	
Sí		51 140		
AVISO DE LA LEY DE PRIVACIDAD				
De acuerdo con la Ley de Privacidad de 1974, según enmendada (Título 5 del Código de EE. UU., artículo 552a), por la presente se le notifica que: (1) la Ley de Benefícios de Pulmón Negro (BLBA, por sus siglas en inglés) (artículos 901 y siguientes del Título 30 del Código de EE. UU.), según enmendada, es administrada por la Oficina de Programas de Compensación para Trabajadores (OWCP, por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo de EE. UU., que recibe y mantiene información, personal relacionada con esta solicitud sobre los reclamantes y los miembros de su familia inmediata; (2) la información obtenida por OWCP se usará para determinar la elegibilidad para recibir beneficios pagaderos conformes a la BLBA; (3) es posible que se comparta información con otras agencias gubernamentales, los operadores de minas de carbón potencialmente responsables del pago del reclamo o la compañía de seguro u otra entidad que haya garantizado la responsabilidad de compensación del operador, contratistas que provean servicios de automatización de datos al Departamento de Trabajo; y representantes de las partes del reclamo; (4) es posible que se comparta información con médicos y otros proveedores de servicios médicos para proporcionar tratamiento, hacer evaluaciones u otros fines relacionados con la gestión médica del reclamo; (5) es posible que se comparta información con la Oficina de Jueces de Derecho Administrativo del Departamento de Trabajo, u otra persona, junta u organización autorizada que requiera tomar decisiones relacionadas con el reclamo u otros asuntos que se presenten en conexión con el reclamo; (6) es posible que se comparta información con agencias federales, estatales o locales para fines de imposición de la ley, para obtener información relevante para una decisión conforme a la BLBA, para determinar si los beneficios se están pagando o se han pagado apropiadamente, y cuando corresponda, para llevar a cabo acciones administrativas de compensación y/o cobro de deudas requeridas o permitidas por la ley; (7				
Si usted hace mal uso de los beneficios recibidos como representante del beneficiario, podría ser condenado por delito y multado según el Título 18 U.S.C., o podría ser encarcelado por no más de 5 años, o ambas cosas. El tribunal también podría ordenar la restitución. 42 U.S.C. 408, incoporando por 30 U.S.C.923 (b), 940.				
Firma del solicitante				
Firma (Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido) (Escriba	con tinta)	Número de teléfono	Fecha (Mes, Día, Año)	

		Condado	
Se requieren testigos SOLO si esta solicitud ha sido firmada con una marca (X) arriba. Si está firmada con una marca (X), dos testigos de la firma que conozcan al solicitante deben firmar a continuación y proporcionar sus direcciones completas.			
1. Firma del testigo	2. Firma de	I testigo	
Dirección (Núm., Calle, Ciudad, Estado y Código postal)	Dirección	(Núm., Calle, Ciudad, Estado y Código postal)	
Aviso Si usted tiene una discapacidad física o mental sustancialmente limitante, la ley Federal contra la discriminación por discapacidad le otorga el derecho a recibir ayuda por			

Si usted tiene una discapacidad fisica o mental sustancialmente limitante, la ley Federal contra la discriminación por discapacidad le otorga el derecho a recibir ayuda por parte de OWCP en forma de asistencia para comunicación, adaptación y modificación para ayudarle en el proceso de reclamos. Por ejemplo, le proporcionaremos copias de documentos en formatos alternativos, servicios de comunicación como interpretación en lenguaje de señas y otros tipos de ajustes o cambios para tener en cuenta las limitaciones de su discapacidad. Comuníquese con nuestra oficina o con el personal de reclamos para solicitar ayuda.

CM-910 PÁGINA 2 (Octubre de 2021)