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 a la persona o personas nombradas en el punto (2) a continuación, sean pagos a mí (Si está solicitando que los pagos de sus beneficios se realicen directamente a usted en lugar de a otra persona en su nombre, ingrese su propio nombre en el punto 2 y responda las preguntas de este formulario con respecto a usted mismo. La divulgación del Número de Seguro Social es voluntaria. El hecho de no revelar dicho número no dará lugar a la denegación de ningún derecho, privilegio o beneficio al que usted pueda tener derecho.	Núm. de la OMB: 1240-0010 Fecha de vencimiento: 09/30/2027 **No escriba en este espacio**
1. 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 siendo depositados en la cuenta actual?
__ Sí __ No. Si marcó "No", proporcione:

☐ Cuenta corriente ☐ Cuenta de ahorros

Nombre del banco _____ Núm. de cuenta _____ Núm. de ruta _____

5. ¿Alguna vez ha sido sentenciado por un delito? |___| Sí |___| No Si marcó "Sí", explique a continuación:
(Si necesita más espacio, adjunte una hoja aparte).

5a. ¿Está de acuerdo con presentar reportes financieros anuales y a recibir visitas no anunciadas a sus instalaciones? ___Sí ___No

---

Importante: La Pregunta 6 (página 2) debe ser respondida en todos los casos. Por favor, revise la siguiente lista de cambios (eventos) que podrían afectar los pagos de beneficio de Pulmón Negro y deben ser reportados inmediatamente.

- **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, hermano 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 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.

- **Su sentencia por un delito.**

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:

U.S. Department of Labor OWCP/DCMWC
Central Mail Room
PO Box 8307
London, KY 40742-8307

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.

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? |__| Sí |__| No	7. ¿Está usted de acuerdo en devolver prontamente cualquier cheque por beneficios recibido si la persona o personas nombradas en el punto 2 no tienen derecho al mismo? |__| Sí |__| No
8. ¿La persona o personas por las que solicita el pago vive actualmente con usted? |__| Sí |__| No Si marcó "No", responda el punto 8a.	8a. Nombre y dirección de la persona con quien se encuentra viviendo.
9. ¿Existe un representante legal (tutor, custodiante, curador, etc.) del beneficiario para quien usted solicita el pago? |__| Sí |__| No Si marcó "Sí", responda el punto 9a. Si marcó "No", pase al punto 10.	9a. Nombre y dirección del Representante Legal y tipo de Representante
10. ¿El beneficiario está bajo el cuidado de un médico primario? |__| Sí |__| No Si marcó "Sí", responda el punto 10a. Si marcó "No", pase al punto 11.	10a. Nombre y dirección del médico primario
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? |__| Sí |__| No	12. ¿Acepta notificar al Departamento de Trabajo prontamente si algún beneficiario deja de estar bajo su custodia, o cuando usted ya no sea responsable del bienestar y el cuidado de cualquier beneficiario por quien usted solicita un pago? |__| Sí |__| No

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 Beneficios 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) la divulgación del número de seguro social (SSN, por sus siglas en inglés) o número de identificación de contribuyente (TIN, por sus siglas en inglés) del minero reclamante o fallecido en este formulario es voluntaria, y el SSN y/o TIN y otra información mantenida por OWCP se pueden usar para fines de identificación y otros fines autorizados por la ley; (8) la falta de divulgación de toda la información solicitada puede retrasar el procesamiento de este reclamo o el pago de beneficios, o puede resultar en una decisión desfavorable o un nivel reducido de beneficios y (9) esta información está incluida en el sistema de registros, DOL/OWCP-2, publicado en Registro Federal 81 25765, 25858 (29 de abril de 2016) o si actualizado y republicado.

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 podria 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)
Dirección postal (Incluya su código postal)	Número de Seguro Social	

	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 del 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 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.