Formulario de sobrevivientes para recibir beneficios conforme a la Ley de Beneficios de Pulmón Negro

Restablecer | Imprimir

Departamento de Trabajo de EE. UU.
Oficina de Programas de Compensación de Trabajadores
División de Compensación para Trabajadores de Minas de Carbón

Si usted es un superviviente de una persona que recibía beneficios Federales del pulmón negro, esta es una Notificación del fallecimiento del beneficiario al sobreviviente. De lo contrario, este es un reclamo de beneficios para supervivientes. Este formulario está autorizado por la Ley de Beneficios del Pulmón Negro (Título 30 del Código de EE. UU., artículos 901 y siguientes) y por el Título 20 del Código de Reglamentos Federales 410.221 y el Título 20 del Código de Reglamentos Federales 725.304. Esta información se utilizará para determinar la posible elegibilidad y la cantidad pagadera de beneficios según la Ley. Es posible que se le paguen beneficios a usted, a sus hijos y a todos los hijos del minero fallecido. La información en este formulario es requerida para obtener un beneficio. Sin embargo, la divulgación de su número de seguro social o el del minero fallecido es voluntaria; la falta de divulgación de dicho número no dará lugar a la denegación de ningún derecho, beneficio o privilegio al que una persona pueda tener derecho. El Departamento de Trabajo realiza comparaciones de archivos digitales con los de la Administración del Seguro Social. Cualquier información presentada por los aplicantes o beneficiarios de ayuda financiera o pagos bajo programas de beneficios Federales pueden ser verificados a través de comparaciones de archivos digitales que el Departamento de Trabajo realiza con estas agencias.

OMB No.: 1240-0027
Fecha de vencimiento: 10/31/2026

(Solo para uso de la agencia)

1. Nombre del Minero de Carbón Fallecido: Primero | Segundo | Apellido

2. Número de seguro Social del Minero de Carbón Fallecido:

3. FECHAS DE NACIMIENTO Y DEFUNCIÓN DEL MINERO DE CARBÓN (ADJUNTE EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN, SI ESTÁ DISPONIBLE)

a. Fecha de nacimiento: | b. Fecha de defunción: | c. ¿Se realizó una autopsia? ☐ Sí ☐ No

4. Su Nombre: Primero | Segundo | Apellido

5. Su número de Seguro Social: | 6. Su fecha de nacimiento:

7. Dirección Postal (Número, Calle, Número de Apartamento, Apartado Postal o Ruta Rural) | 8. Ciudad, Estado y Código Postal

9. Su Dirección de Correo Electrónico: | 10. Número de Teléfono (Incluido el código de área)

11. SU RELACIÓN CON EL MINERO

☐ Cónyuge superviviente ☐ Hijo dependiente ☐ Cónyuge sobreviviente divorciado ☐ Padre o hermano dependiente

12. ¿Alguna vez usted o el minero han presentado un reclamo de compensación para trabajadores Estatal o Federal por muerte o discapacidad debido a neumoconiosis de los trabajadores del carbón (Pulmón Negro) o cualquier otra condición pulmonar?	☐ Sí	☐ No
13. ¿Alguna vez usted o algún dependiente del minero han recibido beneficios Federales de Pulmón Negro bajo el **número de seguro social de otro minero**? Si la respuesta es sí, responda a y b.	☐ Sí	☐ No
a. ¿Nombre completo del otro minero por el cual recibió beneficios Federales de Pulmón Negro?		
b. ¿Número de Seguro Social del otro minero por el cual recibió beneficios Federales de Pulmón Negro?		
14. ¿Tiene usted o el minero algún hijo soltero dependiente que actualmente sea menor de 18 años?; alguno entre 18 y 23 años y asistiendo a la escuela; y/o alguno de 18 años o mayor y discapacitado?	☐ Sí	☐ No
15. ¿Estuvo usted o el minero alguna vez casado con alguien más?	☐ Sí	☐ No
16. Los siguientes eventos pueden afectar su derecho a recibir beneficios Federales de Pulmón Negro. ¿Acepta notificar de inmediato al Departamento de Trabajo de los EE. UU. si ocurre alguno de los acontecimientos listados a continuación?	☐ Sí	☐ No

- Usted adquiere derecho a recibir cualquier pago por compensación para trabajadores o pago por enfermedad ocupacional debido a la discapacidad o muerte del minero causada por neumoconiosis (Enfermedad de Pulmón Negro).
- Usted o una persona que recibe beneficios se casa, muere o es adoptado por otra persona.
- Usted o una persona que recibe beneficios se le adjudica una discapacidad o la discapacidad existente cesa.
- Usted o una persona que recibe beneficios se divorcia y/o recibe pagos de manutención de su cónyuge anterior.
- Un hijo (de entre 18 a 23 años) deja de asistir a la escuela, o en el caso de un hijo discapacitado (de entre 18 años o más), la condición de discapacidad mejora.

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.

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.

FIRMA DEL SOLICITANTE

Por la presente certifico que la información proporcionada por mí y en conexión con este formulario es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. También soy plenamente consciente de que cualquier persona que haga una declaración o afirmación falsa o engañosa intencionalmente con el propósito de obtener cualquier beneficio o pago bajo este título será culpable de un delito menor conforme al Título 30 del Código de EE. UU., artículo 941 y, en caso de condena, quedará sujeta a una multa de no más de 1,000.00 dólares, o a una pena de prisión máxima de un año, o ambas. Autorizo a todo médico, hospital, agencia, empleador u otra organización (incluso la Administración del Seguro Social) a divulgar cualquier registro médico u otra información a la Oficina de Programas de Compensación para Trabajadores del Departamento de Trabajo. Además, autorizo a la Oficina de Programas de Compensación para Trabajadores del Departamento de Trabajo a revelar cualquier información médica o de otro tipo sobre la decisión en su reclamo de Beneficios de pulmón Negro a la agencia de Compensación para Trabajadores, Compensación por Desempleo o Seguro de Discapacidad estatal para usarla en conexión con cualquier reclamo con otra agencia.

17. Firma en tinta (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido)	18. Fecha

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 aplicante deben firmar a continuación, dando su dirección completa.

19. Firma del Testigo	20. Firma del Testigo
21. Dirección del Testigo	22. Dirección del Testigo
23. Ciudad, Estado, Código Postal	24. Ciudad, Estado, Código Postal

Declaración de carga pública

Se estima que los informes públicos para esta recopilación de información tienen un promedio de 45 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.**

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.

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
   Para más información llame GRATIS al: 1-800-347-2502