

INFORME DE INGRESOS

CI Exp. # _____

Emp. Código # _____

Aseg. Código # _____

Aseg. Exp. # _____

Se Requiere el Uso de Este Formulario Bajo las Provisiones de la Ley de Compensación Laboral.**(EMPLEADOR/ASEGURADOR COMPLETAR ESTA SECCION)**

Nombre del Empleado			Nombre del Empleador			Número de Teléfono		
Dirección			Dirección del Empleador			Ciudad	Estado	Código Postal
Ciudad	Estado	Código Postal	Asegurador					
()	()	()						
Teléfono de Casa			Teléfono de Trabajo					
XXX-XX-	☐ M ☐ F	/ /	Dirección del Asegurador			Ciudad	Estado	Código Postal
Últimos 4 Dígitos del SSN			Género			Fecha de Nacimiento		
			Teléfono del Asegurador			Número de Fax		

A Empleados: El Empleador/Asegurador periódicamente necesita verificar su continuada elegibilidad para beneficios de compensación laboral y para poder actualizar sus registros. **Se requiere que usted complete Página 2 de este Informe de Ingresos y enviarlo a la dirección del asegurador o empleador cual aparece en la página 2 de este formulario dentro de 15 días después de haber recibido este formulario, aun si usted no ha recibido ingreso alguno.**

****SUS BENEFICIOS DE COMPENSACION LABORAL PODRAN SER SUSPENDIDOS SI
USTED FALLA EN COMPLETAR ESTE FORMULARIO PUNTUALMENTE.****

NOTIFICACION A EMPLEADOS RECIBIENDO COMPENSACION LABORAL

Quando usted está recibiendo beneficios semanales de compensación laboral, USTED TIENE QUE INFORMAR CUALQUIER INGRESO QUE USTED RECIBE AL ASEGURADOR (O EMPLEADOR SI EL EMPLEADOR ES AUTO-ASEGURADO) QUE LE ESTA PAGANDO LOS BENEFICIOS.

"Ingresos" incluyen cualquier efectivo, paga o salario recibido al haber trabajado por su propia cuenta o de cualquier forma de empleo aparte del trabajo en cual usted se habrá lastimado. Ingresos también incluyen comisiones, ganancias porcentuales, y el valor en efectivo de cualquier paga recibida en cualquier forma que no sea en efectivo (ejemplo: un empleado de limpieza en un edificio recibiendo un apartamento gratis). Comisiones, bonos, etc., ganados antes de haberse incapacitado no constituyen ingresos que se tienen que informar.

Usted tiene que informar trabajo en cualquier trabajo, aun si el negocio perdió dinero o si la ganancia o ingresos fueron invertidos de nuevo o pagados a otros.

Su endoso en un cheque de beneficio o depósito del cheque a una cuenta es su declaración que usted tiene derecho a recibir beneficios de compensación laboral. Además, su firma en un cheque de beneficio es una afirmación adicional que usted no habrá hecho afirmación falsa alguna o encubierto hecho pertinente alguno referente su derecho de poder recibir beneficios de compensación laboral.

HACIENDO DECLARACIONES FALSAS CON EL FIN DE OBTENER BENEFICIOS DE COMPENSACION LABORAL PODRA RESULTAR EN PENALIDADES CIVILES Y CRIMINALES.

PLAZO DE TIEMPO ABARCADO POR ESTE INFORME: _____ a _____
(Empleador/Asegurador tiene que completar)

EMPLEADO: COMPLETE LA SECCION ABAJO

(1) ¿Recibió usted ingresos de su trabajo durante el plazo de tiempo indicado en la Página 1? ☐ SÍ ☐ NO

(2) ¿Trabajó usted para un negocio o cualquier persona durante ese plazo de tiempo? ☐ SÍ ☐ NO

(3) Si usted contestó **NO** a ambas preguntas 1 y 2, **firmo y devuelvo** el formulario a la aseguradora o al individuo identificado por la aseguradora o empleador indicado abajo.

(4) Si usted contestó "SÍ" a cualquier pregunta, complete sección 5 abajo, firme y devuelva el formulario a la aseguradora o al individuo identificado por la aseguradora o empleadora indicado abajo. Para los fines de esta declaración, "Ingreso Bruto" incluyen todo ingreso recibido antes de cobrar o restar impuestos, bonos, comisiones, y/o el valor en efectivo de cualquier pago recibido de cualquier otra manera que no habrá sido en efectivo.

(5) 1er Empleador o Nombre de Compañía (incluye autoempleo):

Lugar: _____

Fechas trabajadas: _____

Ingreso Bruto: _____

Próximo Empleador o Nombre de Compañía (incluye autoempleo): _____

Lugar: _____

Fechas trabajadas: _____

Ingreso Bruto: _____

Adjunte página(s) adicional(es) al ser necesario.

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____
(Requerido)

AVISO AL EMPLEADO:

Falta de informar ingresos tal como se encuentran aquí definidos podrá sujetar uno a prosecución penal y culpabilidad civil incluyendo la suspensión o pérdida de beneficios. El Formulario 90 tiene que ser firmado y devuelto a la aseguradora indicado abajo aun si usted no tiene ingreso alguno.

AVISO A LAS PARTES:

11 NCAC 23A .0903(c) provee que, si el empleado falla en completar y devolver el Formulario 90 adentro de 30 días de haber recibido el formulario, una aplicación según Formulario 24 podrá ser registrada para solicitar la suspensión del pago de compensación según G.S. 97-29.

11 NCAC 23A .0903(d) provee que si compensación se suspende según 11 NCAC 23A .0903(c) y el empleado luego rellena y devuelve el Formulario 90, la compensación del empleado será reinstituído inclusive de los pagos atrasados a menos que el Formulario 90 indica que el empleado no califica para continuada compensación de incapacidad. Si el Formulario 90 indica la continuada elegibilidad para compensación temporal de incapacidad parcial, pago de compensación según G.S. 97-30 se efectuará con pagos atrasados adentro de 14 días del recibo de documentación estableciendo la cantidad de compensación debida. Si el pago de la compensación no se reinstituye después de la presentación del completado Formulario 90 y el empleado reclama derecho a la continuación de compensación para incapacidad, el empleado podrá buscar restablecimiento de la compensación al registrar una aplicación mediante Formulario 23 o pedir una audiencia mediante Formulario 33.

Asegurador o Empleadora tiene que indicar el nombre y dirección abajo de la persona a quien este formulario se debe devolver.

11 NCAC 23A .0903(b) provee que el Formulario 90 será enviado al empleado mediante correo certificado, con comprobante de entrega pedido, e incluirá un sobre con la dirección postal del remitente para facilitar el envío del formulario. Cuando el empleado se encuentra representado por un abogado, el Formulario 90 se enviará únicamente al abogado y se enviará por cualquier método de transmisión que provee un comprobante de entrega, incluyendo correo electrónico, fax, correo certificado con comprobante de entrega siendo pedido.

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad

Estado

Código Zip

AVISO AL ASEGURADOR O EMPLEADOR:

Cualquier persona quien deliberadamente hace una declaración o representación falsa de un hecho material o pertinente con el fin de negar o ayudar a otro a negar cualquier beneficio o pago bajo la Ley de Compensación Laboral será culpable de un delito menor de Clasificación 1 si la cantidad de la controversia es menos que \$1.000. La violación será un delito mayor Clasificación H si la cantidad es en exceso de \$1.000. Cualquier persona quien amenaza un empleado con enjuiciamiento penal bajo las provisiones de la Ley con el fin de coaccionar o intentar coaccionar el que un empleo concuerde a compensación bajo la Ley será culpable de un delito mayor Clasificación H.