

AbSolve
P.O. Box 1328
Mount Laurel, NJ 08054
Tel.: 800.401.2691
Fax: 800.728.7028
email: StandardSecurityNJTDB@absencesolved.com



PARTE A	SU INFORMACIÓN
Número de Seguro Social <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

Datos Personales

1 Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	4 Fecha de Nacimiento ____/____/____ mm dd aa	5 Género _____
2 Dirección Residencial (Calle, No. Apt. Ciudad, Estado, Código Postal)			6 Condado	
3 Dirección Postal-si es diferente a su dirección residencial (Calle, No. Apt. Ciudad, Estado, Código Postal)			7 Teléfono (____) _____	
<i>Las preguntas 8 y 9 son únicamente para fines estadísticos y no afectan la elegibilidad</i>				
8 ¿Con cuál(es) grupo(s) racial(es)/étnico(s) se identifica más?			9 Seleccione el nivel más alto de educación que haya recibido.	
<input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático			<input type="checkbox"/> No me he graduado de la preparatoria <input type="checkbox"/> Graduated de la preparatoria/GED <input type="checkbox"/> Tecnicatura/Licenciatura <input type="checkbox"/> Título de grado	
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo americano/Nativo de Alaska Latino/Hispano <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

Información sobre la Discapacidad

10 Primera fecha en la que estuvo discapacitado para trabajar y estuvo bajo cuidado médico por su discapacidad ____/____/____ mm dd aa (Incluya el día sábado, domingo o días festivos)	
11 Fecha en la que se recuperó o regresó al trabajo ____/____/____ mm dd aa	
12 Fecha(s) en la(s) que ingresó a la sala de emergencias o fue hospitalizado	desde ____/____/____ hasta ____/____/____ mm dd aa mm dd aa
13 Describa su discapacidad (en caso de lesiones, explique cómo y dónde ocurrieron) _____	
14 Nombre del médico	Ciudad Estado Teléfono ____/____/____ (____) _____
15 ¿Esta lesión o enfermedad ocurrió a causa de su trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, ¿usted o su(s) empleador(es) presentaron un reclamo o tienen la intención de presentar un reclamo de Workers' Compensation? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Información Adicional sobre el Beneficio

16 ¿Quiere que el impuesto federal a los ingresos se retenga de sus beneficios <i>semanalmente</i> ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, ingrese la cantidad a retenerse <i>semanalmente</i> en dólares (no use porcentajes) \$ _____ (la cantidad debe ser de al menos \$20)
17 Durante el periodo de discapacidad que este reclamo cubre, ¿usted ha recibido o solicitado: a Beneficios del Seguro Social Federal por Discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, ingrese la fecha de inicio/de solicitud: ____/____/____ b Beneficios de pensión otorgados por su empleador actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, ingrese la fecha de inicio: ____/____/____ Cantidad mensual: \$ _____ c Beneficios Temporarios por Discapacidad otorgados por otro estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No d Beneficios por parte del Seguro de Desempleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Certificación y Firma

18 Yo certifico que estuve discapacitado para trabajar durante el periodo para el cual me encuentro reclamando beneficios. Soy consciente de que si en esta solicitud yo proveo información que a mi entender es falsa, o si no revelo un hecho material conscientemente, puedo estar sujeto a penalidades que pueden incluir la persecución criminal. Por medio de la presente, están autorizados a verificar mi Número de Seguro Social y obtener cualquier información sobre los beneficios médicos, de empleo y del Seguro Social que sea necesaria para determinar mi elegibilidad para recibir los beneficios. Firme Aquí _____ Fecha ____/____/____ Firma del testigo si el solicitante escribe una "X" _____	
Usted puede designar a un representante para que obtenga información sobre el reclamo si usted no puede llamarnos por cuenta propia. Solo le podemos brindar información sobre el reclamo a usted y a su representante. 19 Nombre del Representante Aprobado _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Teléfono del Representante (____) _____	

Nombre _____ Dirección _____ Teléfono (____) _____	<h2 style="margin: 0;">Número de Seguro Social</h2> <div style="text-align: center; font-size: 1.2em; margin-top: 10px;"> </div>
--	--

PARTE B		INFORMACIÓN DE EMPLEO	
Instrucciones: Comenzando por su último empleador, provea la información de todos los empleadores que tuvo en los 6 meses anteriores al comienzo de su licencia. Si necesita listar más empleadores, haga una copia de esta página. Asegúrese de informar el primer y último día en los que se reportó a trabajar físicamente. No escriba "presente" o "actual".			
1 Nombre de su empleador más reciente Compañía _____ Calle _____ Ciudad _____ Estado _____		2 Número de Identificación del Empleador Federal (FEIN) ver instrucciones <div style="text-align: center; font-size: 1.2em;"> - </div>	
3 Fecha de contratación ____/____/____ hasta último día de trabajo físico <i>antes</i> de su discapacidad ____/____/____ <div style="text-align: center; font-size: 0.8em;">mm dd aa</div>		4 <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo	
5 Sindicato <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	6 Ocupación _____	7 Ubicación del Trabajo Ciudad _____ Estado _____	
8 La separación de este empleador es <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Permanente	9 ¿En qué días de la semana usted trabaja normalmente? <input type="checkbox"/> Dom <input type="checkbox"/> Lun <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Mier <input type="checkbox"/> Jue <input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Sa		10 Ganancia Semanal Regular \$ _____
11 Nombre del Supervisor _____		12 Teléfono (____) _____	
13 ¿Ha intentado trabajar algunos días para este empleador desde que se volvió discapacitado? (vea la caja 10 en la Parte A) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, dé las fechas ____/____/____ hasta ____/____/____			
14 ¿Se le ha pagado por algún día luego de su último día de trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, desde ____/____/____ hasta ____/____/____ Cantidad total que se le pagó \$ _____ Este pago representa: <input type="checkbox"/> Tiempo de descanso pago (vacaciones, licencia por enfermedad, licencia personal, etc.) <input type="checkbox"/> Diferencia entre la tarifa regular y el beneficio por discapacidad <input type="checkbox"/> Otro pago de su empleador (explique) _____ <input type="checkbox"/> Indemnización por despido <input type="checkbox"/> Con aviso <input type="checkbox"/> Sin aviso <input type="checkbox"/> Licencia donada			

1 Nombre de otro empleador Compañía _____ Calle _____ Ciudad _____ Estado _____		2 Número de Identificación del Empleador Federal (FEIN) ver instrucciones <div style="text-align: center; font-size: 1.2em;"> - </div>	
3 Fecha de contratación ____/____/____ hasta último día de trabajo físico <i>antes</i> de su discapacidad ____/____/____ <div style="text-align: center; font-size: 0.8em;">mm dd aa</div>		4 <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo	
5 Sindicato <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	6 Ocupación _____	7 Ubicación del Trabajo Ciudad _____ Estado _____	
8 La separación de este empleador es <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Permanente	9 ¿En qué días de la semana usted trabaja normalmente? <input type="checkbox"/> Dom <input type="checkbox"/> Lun <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Mier <input type="checkbox"/> Jue <input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Sa		10 Ganancia Semanal Regular \$ _____
11 Nombre del Supervisor _____		12 Teléfono (____) _____	
13 ¿Ha intentado trabajar algunos días para este empleador desde que se volvió discapacitado? (vea la caja 10 en la Parte A) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, dé las fechas ____/____/____ hasta ____/____/____			
14 ¿Se le ha pagado por algún día luego de su último día de trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, desde ____/____/____ hasta ____/____/____ Cantidad total que se le pagó \$ _____ Este pago representa: <input type="checkbox"/> Tiempo de descanso pago (vacaciones, licencia por enfermedad, licencia personal, etc.) <input type="checkbox"/> Diferencia entre la tarifa regular y el beneficio por discapacidad <input type="checkbox"/> Otro pago de su empleador (explique) _____ <input type="checkbox"/> Indemnización por despido <input type="checkbox"/> Con aviso <input type="checkbox"/> Sin aviso <input type="checkbox"/> Licencia donada			

Nombre _____ Dirección _____ Teléfono (____) _____ Fecha de Nacimiento del Paciente _____	<h2 style="margin: 0;">Número de Seguro Social</h2> <div style="display: flex; justify-content: center; gap: 10px;"> </div>
--	---

PARTE C *CERTIFICADO MÉDICO*

Haga que su proveedor de servicios de salud complete esta página. N.J.S.A. 12:18-1.6 prohíbe cobrar cargos por completar este formulario.

1 El paciente ha estado bajo mi cuidado por esta discapacidad DESDE ____|____|____ HASTA ____|____|____

primera fecha de tratamiento tratamiento más reciente frecuencia

2 Fecha en la que el paciente ya no pudo llevar a cabo su trabajo regular debido a esta discapacidad ____|____|____
mm|dd|aa

3 ¿Su paciente se ha recuperado de esta discapacidad? Si es así, informe la fecha de recuperación ____|____|____
mm|dd|aa

4 Fecha estimada de recuperación
 (Si el paciente no se ha recuperado, provea la fecha aproximada en la que el paciente podrá regresar al trabajo) ____|____|____
mm|dd|aa

5 Diagnóstico (describa la condición causante de la discapacidad)
 _____ # de Código ICD _____

6 ¿Usted cree que este paciente es mentalmente capaz de manejar sus propios asuntos, incluyendo el uso de beneficios? Sí No

7 Si la discapacidad se debe a un embarazo, por favor provea la fecha estimada de parto ____|____|____
mm|dd|aa

a Complicaciones antes de término _____ Complicaciones después del parto _____

b Si el paciente ya dio a luz, ingrese la fecha de parto ____|____|____
mm|dd|aa

Identifique el tipo de parto Natural Cesárea Pérdida Aborto

8 Fecha(s) de ingreso a la sala de emergencias o de hospitalización desde ____|____|____ hasta ____|____|____
mm|dd|aa mm|dd|aa

9 Tipo de cirugía _____ Fecha de cirugía ____|____|____

Fecha de Cirugía Anticipada ____|____|____ ¿La cirugía tiene fines estéticos únicamente? Sí No

10 ¿A este paciente se lo refirieron? Sí No Si la respuesta es sí, informe el nombre del doctor que se lo refirió _____

CERTIFICACIÓN Y FIRMA DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS DE SALUD

Yo certifico que las declaraciones de arriba describen el periodo de discapacidad del paciente:

Nombre Impreso _____ Firma _____ Fecha _____
 No. de Licencia del Certificado y Estado _____ Especialidad del Médico _____
 Dirección _____ Marcar si es residencial
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Teléfono (____) _____ Fax (____) _____

PRESENTAR EN LÍNEA PARA UN PROCESAMIENTO DE RECLAMOS MÁS RÁPIDO EN <https://sslnjtdbclaim.com/>

Cómo completar el reclamo de beneficios por incapacidad temporal

- Esta solicitud (formulario DS-1) es para licencia por discapacidad.
- Debe completar ambas secciones del formulario (Partes A y B).
- Deberá proporcionar el número de identificación federal de empleador de su empleador en la Parte B. Puede obtener este número del formulario W-2 del año pasado o de su oficina de Recursos Humanos. Su empleador no está obligado a completar este formulario, pero puede pedirle que lo ayude con cualquier pregunta sobre la Parte B.
- Tiene 30 días a partir del primer día de su incapacidad para presentar su reclamo. Si su formulario de reclamo se recibe más de 30 días después del primer día de su licencia, debe proporcionar una razón por la cual el reclamo no se presentó a tiempo. Los beneficios pueden reducirse o denegarse por solicitudes tardías.

Recordar

- Debe completar todas las preguntas con precisión y escribir de forma legible.
- Cualquier información que falte puede hacer que se rechace su reclamo.
- Las preguntas demográficas no tienen efecto en la aprobación o denegación de su reclamo..
- Escriba su nombre y número de Seguro Social en cada página de su reclamo y en todos los documentos adjuntos.
- Se deben dar fechas exactas. No escriba "presente" o "actual".
- Si necesita enumerar más de 2 empleadores, haga una copia de la Parte B para enumerar empleos adicionales.
- Si regresa al trabajo mientras reclama los beneficios por discapacidad temporal, informe esta fecha de inmediato a Standard Security Life/Absolve al 800-401-2691.

Cómo enviarnos su formulario de reclamación

Hay 2 opciones para enviar este formulario. Elija solo uno, ya que enviar varias copias retrasará el procesamiento. Si presentó su reclamo en línea, no envíe también una solicitud en papel.

1. Envíe por fax este formulario completo al 800-728-7028-
0-
2. Envíe por correo este formulario completo a: AbSolve / P.O. Box 1328 / Monte Laurel, NJ 08054

Después de enviar su reclamo

- Una vez que haya recibido la notificación de que se ha creado su reclamo, puede encontrar información y verificar el estado de su reclamo en <https://absolve-portal.force.com/>
- Para obtener más ayuda con su reclamo, llame a Servicio al Cliente al 800-401-2691