

Datos del/ de la trabajadora/a

Apellido		Nombre		
Domicilio			Ciudad	
Provincia	Código postal	Nº de teléfono ()	Fecha de nacimiento Día / Mes / Año	Número de Seguro de Salud de Manitoba (PHIN)
Número de Seguro Social (Social Insurance Number)	Hombre <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>	Posición de empleo	

Datos del empleador

Nombre de la empresa		Domicilio (incluya sucursal si corresponde)		
Ciudad	Provincia	Código postal	Nº de teléfono ()	

Detalles sobre el incidente

Fecha del incidente Día / Mes / Año	Parte(s) del cuerpo afectada(s) por la lesión
Fecha cuando se informó al empleador Día / Mes / Año	Nombre y cargo de la persona a la cual se le informó sobre el incidente.
Describa el incidente lo más detalladamente posible. (Si es necesario, emplee una hoja suplementaria. Si corresponde, nombre testigos.)	
Ciudad y provincia donde ocurrió el incidente	
¿Ocurrió el incidente en el edificio de su empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió No, especifique el nombre y el domicilio del edificio donde ocurrió el incidente.	

Nombre y domicilio de los doctores y/u hospitalales que le proporcionaron tratamiento (Adjunte una hoja suplementaria si fuera necesario.)

Nombre	Domicilio	Fecha de la visita Día / Mes / Año
Nombre	Domicilio	Fecha de la visita Día / Mes / Año

Tiempo y salario perdidos (Complete esta sección solamente si ha perdido tiempo laboral después de la fecha del incidente.)

¿Cuáles fueron el último día y la hora que Ud. trabajó después del incidente? Día / Mes / Año a la HORA <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	
¿Ha regresado a su trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió Sí, ¿cuándo? Día / Mes / Año a la HORA <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	
¿Su empleador le pagó sueldo durante su ausencia del trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene Ud. otras fuentes de ingresos por empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cuántas horas trabaja Ud. por semana? Si hay variación, por favor describa.	¿Cuáles son sus días de descanso regulares? Si hay variación, por favor describa.
¿Cuál es actualmente su paga por hora? \$	¿Cuáles son sus ingresos regulares sin deducciones (brutos)? (Especifique: semanales cada dos semanas, etc.) \$
¿Cuál es su estado civil? <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> En Convivencia <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a	Si está casado/a o convive con un compañero/a de vida, ¿trabaja su esposa/o o la persona con quien convive? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Puede Ud. personalmente solicitar una reducción en su declaración personal de impuestos (Income Tax Return) para el año corriente por: Menores dependientes de 18 años o menos edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió Sí, ¿cuántos dependientes? _____ Dependientes con discapacidad de 18 años o más edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió Sí, ¿cuántos dependientes? _____ Gastos por cuidados de niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si indicó Sí, calcule la reducción total para el año impositivo corriente \$ _____ Pagos por manutención de menores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si indicó Sí, indique la cantidad mensual \$ _____ Total anual \$ _____ Pagos por manutención de cónyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si indicó Sí, coloque la cantidad mensual \$ _____ Total anual \$ _____	
¿Ha solicitado ingresos de otras fuentes? (Por ejemplo: Seguro de empleo (EI), Plan de Pensión Canadiense (CPP), Seguro Social (Social Insurance), plan de discapacidad de su empresa, etc.) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió Sí, por favor describa.	

Nombre del/de la trabajador/a	Solicitud N° (Claim #):	3
-------------------------------	-------------------------	----------

Cobertura

¿Hubo alguna persona no empleada por su empleador involucrada en el incidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió Sí, indique el nombre y el domicilio de dicha persona.		
¿Es Ud. socio/a, director/a o propietario/a de la compañía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Es Ud. subcontratista? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió Sí, especifique: <input type="checkbox"/> Construcción <input type="checkbox"/> Industria forestal (Complete las secciones correspondientes a continuación.)		
¿Es Ud. un operador propietario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió Sí, especifique: <input type="checkbox"/> Mensajería <input type="checkbox"/> Transporte por carretera <input type="checkbox"/> Servicio de remolque (Complete las secciones correspondientes a continuación.)		
Por favor, responda estas preguntas si el incidente ocurrió entre el 1° de enero de 1992 y el 31 de diciembre de 2005		
¿Es Ud. miembro de la familia de su empleador (o director de la corporación si su empleador es una corporación)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si eligió Sí, ¿reside Ud. con el empleador o director? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Subcontratista u operador propietario: (Complete solamente si Ud. es un subcontratista u operador propietario)

¿Su empleador lo ha incluido Ud. en la cobertura de la póliza de la WCB? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió No, ¿está Ud. registrado con la WCB? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Trabaja Ud. en una sociedad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Emplea Ud. a otros trabajadores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Subcontratista en la industria de la construcción

¿Provee Ud. materiales o equipos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió Sí, por favor especifique.		
---	--	--

Subcontratista en la industria forestal

¿Provee Ud. materiales o equipos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió Sí, por favor especifique.		
¿Corta Ud. la madera como titular del convenio de compra, del permiso de venta o del permiso de aserradero de la madera? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió No, ¿bajo el nombre de qué titular de convenio o permisos corta Ud. madera?		

Operador propietario en el servicio de mensajería

¿Cuál es el peso bruto de su vehículo (gross vehicle weight)? (Esto lo puede obtener en el registro de Autopac)		
---	--	--

Operador propietario en el servicio de transporte por carretera

¿Transporta Ud. en un radio de 16 km en la ciudad o localidad en que está ubicada su sede de empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Es Ud. un chofer de larga distancia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Proporciona Ud. un vehículo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si respondió Sí, ¿cuántos vehículos proporciona?

Yo entiendo que bajo la ley *The Workers Compensation Act* (Ley de indemnización de trabajadores), la WCB puede reunir información sobre mí para decidir sobre la solicitud que me corresponde y administrarla, y que dicha información sobre mi solicitud puede darse a conocer a mi empleador o a un representante de mi empleador para los fines del programa de la WCB, o que puede ser divulgada a otras partes interesadas según lo autorice la legislación, lo que incluye las siguientes leyes: *The Workers Compensation Act*, *The Personal Health Information Act* (Ley sobre la información de salud personal) y *The Freedom of Information and Protection of Privacy Act* (Ley sobre acceso a la información y protección de la privacidad). Los datos reunidos puede que se utilicen para realizar evaluaciones o sondeos por parte de la WCB.

Si Ud. tiene alguna pregunta referida a la recolección, al uso o a la divulgación de la información reunida sobre su solicitud, favor de ponerse en contacto con el funcionario a cargo de acceso a la información y protección de la privacidad de la WCB (*Access and Privacy Officer*) llamando a los números 954-4557 o 1-800-362-3340 (sin cargo), extensión 4557.

Autorización para divulgar información médica

Yo autorizo a las personas que tengan en su posesión información sobre mis datos médicos o de otro tipo, que la entreguen a la WCB, cuando ésta la solicite, si la WCB considera que son importantes para mi solicitud de indemnización.

Autorización a la Agencia de Aduanas e Ingresos Públicos Canadiense (*Canada Customs and Revenue Agency – CCRA*) para divulgar información sobre mis ingresos

Yo autorizo a la CCRA a proporcionar a la *Workers Compensation Board* (WCB) de Manitoba copias de mi(s) declaración(es) de impuesto(s) y demás información sobre mí como contribuyente lo que incluye todos los datos que respaldan dichas declaraciones (comprobantes anexos, estados financieros, etc.). Dichos datos se usarán para:

- (1) Determinar mis ingresos promedios netos, y
 - (2) Determinar y verificar si reúno las condiciones necesarias para recibir las prestaciones contempladas bajo la ley *The Workers Compensation Act*.
- Esta autorización es válida para los dos años impositivos previos al año en que se firmó, el año en que se firmó y cada año impositivo posterior en que se proporcionaron prestaciones.

Firma del/de la trabajador/a X	Fecha Día / Mes / Año
--	--------------------------