



## Formulario de datos profesionales

Estado de Nueva York - Junta de Compensación Obrera

LA JUNTA DE COMPENSACIÓN OBRERA EMPLEA Y ASISTE A PERSONAS CON DISCAPACIDADES SIN DISCRIMINARLAS

Antes de completar este formulario, le sugerimos que hable con un representante legal. También puede llamar al 1-800-580-6665 y solicitar hablar con el Defensor de Trabajadores Lesionados. Por favor, no omita ningún dato al responder las preguntas. Adjunte las hojas que necesite.

### A. Su información

Nombre: \_\_\_\_\_ N.º de caso WCB (si lo conoce): \_\_\_\_\_  
Primer nombre      Inicial 2º nombre      Apellido

Domicilio: \_\_\_\_\_  
Calle y número      Ciudad      Estado      Código postal

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de la lesión/incapacidad: \_\_\_\_\_

### B. Su educación (elijá el nivel de educación más alto alcanzado)

Secundario incompleto     Secundario. Graduado o GED     Universitario incompleto     Universitario. Graduado

País en el que alcanzó su nivel de educación más alto:     Estados Unidos     Otro (especifique) \_\_\_\_\_

¿Ha recibido alguna capacitación en una especialidad laboral o ha hecho una pasantía?     Sí     No

Si responde "Sí", indique el tipo de capacitación:

Fecha de finalización: \_\_\_\_\_ Certificación/licencia obtenida: \_\_\_\_\_

Fecha/s de vencimiento de la certificación/licencia: \_\_\_\_\_

¿Ha servido en las fuerzas armadas de los EE. UU.?     Sí     No    Rama: \_\_\_\_\_ Fechas: \_\_\_\_\_

Capacitación especializada mientras estaba en las fuerzas armadas de los EE. UU.: \_\_\_\_\_

Indique otra capacitación. Incluya el nombre de la escuela/programa, fecha de la capacitación y título o certificado que obtuvo.

\_\_\_\_\_

### C. Su experiencia laboral

Liste todos los puestos que ocupó durante los últimos 10 años (como por ej., empleado de depósito, cocinero); primero los más recientes. Adjunte hojas si es necesario.

Puesto: \_\_\_\_\_

Tareas: \_\_\_\_\_

Permanencia en este puesto (en años): \_\_\_\_\_

Puesto: \_\_\_\_\_

Tareas: \_\_\_\_\_

Permanencia en este puesto (en años): \_\_\_\_\_

Puesto: \_\_\_\_\_

Tareas: \_\_\_\_\_

Permanencia en este puesto (en años): \_\_\_\_\_

### D. Su conocimiento y uso del idioma inglés

Elija su nivel de conocimiento para: Hablar     Bueno     Intermedio     Malo

Leer     Bueno     Intermedio     Malo

Escribir     Bueno     Intermedio     Malo

La información que aquí brindo es auténtica y precisa, a mi leal saber y entender. Se firma este formulario bajo pena de perjurio.

Firma del reclamante: \_\_\_\_\_

Nombre del reclamante (en letra de imprenta clara): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## Instrucciones para completar el formulario VDF-1S “Pérdida de la capacidad de generar ingresos – Formulario de datos profesionales”

Por favor, no omita ningún dato al responder las preguntas. Adjunte las hojas que necesite. Envíe este formulario a la Junta de Compensación Obrera a la dirección que figura más abajo. Antes de completar este formulario, le sugerimos que hable con un representante legal. También puede llamar al 1-800-580-6665 y solicitar hablar con el Defensor de Trabajadores Lesionados. Los datos de este formulario se usarán para determinar la pérdida de su capacidad para generar ingresos.

**Si no tiene o no conoce el Número de caso de la Junta de Compensación Obrera, deje este campo en blanco. No es obligatorio completarlo para procesar su reclamo. Asegúrese de ingresar su nombre y la fecha de la lesión o enfermedad.**

### Sección A - Su información:

- Ingrese su nombre completo. Incluya primer nombre, inicial del segundo nombre y apellido.
- Ingrese su Número de caso de la Junta de Compensación Obrera, si lo conoce.
- Ingrese su dirección postal. Incluya la casilla de correo, si corresponde, la ciudad o pueblo, estado y código postal.
- Ingrese su fecha de nacimiento.
- Ingrese su Número de Seguro Social. Esto es importante para que su reclamo se procese más rápido.
- Ingrese la fecha de la lesión.

### Sección B - Su educación:

- Marque la casilla del nivel de educación más alto que alcanzó.
- Marque “SÍ” si hizo alguna pasantía especializada. En caso contrario, marque “NO”. Si respondió afirmativamente, indique el tipo de capacitación y pasantía. Incluya la fecha en que terminó la capacitación o pasantía. Indique la certificación o licencia que obtuvo y la fecha de su vencimiento.
- Marque “SÍ” si sirvió en las fuerzas armadas de los EE. UU. De lo contrario, marque “NO”. Si la respuesta es “SÍ”, identifique en qué rama estuvo. Complete con las fechas de servicio. Detalle la capacitación ocupacional y/o especializada que haya recibido.
- Si realizó alguna capacitación adicional que no se incluya más arriba, indique el tipo de capacitación que recibió. Ingrese el título o certificado obtenido.

### Sección C - Su experiencia laboral:

- Ingrese el puesto más reciente que ocupó (como por ej., empleado de depósito, cocinero). Si ocupó este puesto con más de un empleador, ingréselo una vez solamente.
- Enumere sus tareas y responsabilidades habituales.
- Indique su permanencia en este puesto.

### Sección D - Su conocimiento y uso del idioma inglés:

- Indique cuál es su conocimiento y uso del idioma inglés.

**Envíe el original firmado a la Junta de Compensación Obrera y conserve una copia para sus registros.**

***Un empleador potencial no puede pedirle que divulgue sus registros de compensación laboral. Vea el Artículo 110-a de la Ley de Compensación Laboral.***

---

### CÓMO COMPLETAR ESTE FORMULARIO

Los informes deben presentarse enviándolos directamente a la Junta de Compensación Obrera a la dirección que sigue con una copia para la compañía aseguradora. Los informes también pueden presentarse a la Junta por fax al número válido para todo el estado 1-877-533-0337. Si adjunta documentos adicionales, incluya en cada página el número de caso de la Junta (N.º de la WCB).

NYS Workers' Compensation Board  
Centralized Mailing  
PO Box 5205  
Binghamton, NY 13902-5205