

## REPORTE MENSUAL DE GANANCIAS DEL EMPLEADO

Usted debe presentar este reporte a su asegurador de compensación laboral dentro de los próximos 30 días de la lesión por accidente-laboral, y cada 30 días por el tiempo que usted reciba beneficios de indemnización de compensación laboral. Usted no tiene que presentar este reporte si usted solamente recibe beneficios médicos. Sus beneficios de compensación laboral pueden ser suspendidos si usted no somete a tiempo este reporte.

**Advertencia: Por el estatuto LA.R.S.23:1208 de la Compensación Laboral de Louisiana, debe estar fuera de la ley el que una persona, con el propósito de obtener o aprovechar cualquier beneficio de pago bajo la condición de este capítulo, ya sea para sí mismo o para cualquier otra persona, que voluntariamente haga una falsa declaración o representación. Penalizaciones por violaciones incluye encarcelamiento, multas, y/o pérdida de beneficios.**

**NO DEJE ningún espacio en blanco en este reporte. Escriba en letra de molde o a máquina todas las respuestas, y use No Aplica (N/A) o Zero (-0-) donde sea apropiado.**

1. La información en este reporte es verdadera por el período que comienza \_\_\_\_\_, 20\_\_ y termina \_\_\_\_\_, 20\_\_.
2. Por el período cubierto en este reporte, usted recibió un salario, sueldo, comisiones por ventas, o pagos, incluyendo efectivo, de cualquier tipo?  
\_\_\_ Yes \_\_\_ No

Si su respuesta es Sí, dé el nombre y dirección del empleador \_\_\_\_\_

Si su respuesta es Sí, dé la cantidad total de sus ganancias \_\_\_\_\_

3. Por el período que cubre este reporte, usted trabajó por su cuenta o involucrado en cualquier negocio o empresa? **Estas incluidas pero no limitadas a** cultivo de la tierra, ventas, manejo de un negocio (aún y cuando el negocio perdió dinero), cuidado de niños, trabajos de jardinería, trabajo mecánico, o cualquier tipo de negocio familiar. \_\_\_ Sí \_\_\_ No

Si su respuesta es Sí, describa el tipo de negocio en el que usted está involucrado, sus responsabilidades en el trabajo, y la cantidad recibida de este negocio.

\_\_\_\_\_

4. Usted realizó cualquier trabajo voluntario durante el período que cubre este reporte? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

Si su respuesta es sí, describa el tipo de trabajo voluntario que realizó. \_\_\_\_\_

5. Recibió usted cualquier cantidad en \*beneficios del seguro por desempleo para el período que cubre este reporte? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

Si su respuesta es sí, cuanto fué? \_\_\_\_\_ por cuantas semanas? \_\_\_\_\_

**\*Por R.S.23:1225(B) No se deberá pagar ningún beneficio compensatorios por incapacidad temporal o permanente o beneficios ganados suplementalmente bajo este capítulo por cualquier semana en la cual el empleado ha recibido beneficios de compensación por desempleo.**

6. Recibió usted cualquier beneficio de seguro por vejez bajo el título II del Acta del Seguro Social? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

Si su respuesta es sí, cuanto? \_\_\_\_\_

7. Recibió usted cualquier beneficio de incapacidad del Seguro Social, beneficios de retiro, o cualquier otro tipo de incapacidad o beneficios del gobierno? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

Si su respuesta es sí, cuanto? \_\_\_\_\_ Que tipo de beneficios recibió usted \_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Certificación del Empleado

Yo certifico que entiendo el contenido de este documento en su totalidad, y entiendo que yo soy responsable por esta información. Yo certifico que mis respuestas son completas y verdaderas, y certifico estar de acuerdo con el Acta de Compensación Laboral de Louisiana.

\_\_\_\_\_  
Nombre en Molde

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Seguro Social

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Dirección Calle

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado/C/Postal

( )

\_\_\_\_\_  
Número de Teléfono

\_\_\_\_\_  
Fecha de Lesión

\_\_\_\_\_  
Número de Cuenta

\_\_\_\_\_  
Aseguradora

( )

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono