

Solicitud adjunta de
beneficios por enfermedad

Beneficios por enfermedad para empleados ferroviarios



***Junta de Retiro Ferroviario
de los Estados Unidos de América
Visite nuestro sitio web www.rrb.gov***

Formulario UB-11S

ÍNDICE

Introducción	1	Reconsideración y exención	
Requisitos para calificar	2	Derechos del empleado	5
		Derechos del empleador	5
Monto y duración de los beneficios		Cobro de impuestos sobre los beneficios por	
Período de espera	2	enfermedad.....	5
Beneficios normales	2		
Beneficios extendidos	2	Instrucciones para completar formularios	
Beneficios adelantados	2	Instrucciones generales	5
Índice diario de beneficios.....	3	Información importante	6
Duración de la enfermedad en días	3	Solicitud de beneficios por	
Deducciones impositivas de nivel I.....	3	enfermedad (SI-1a)	6
		Declaración de enfermedad (SI-1b)	8
Requisitos de elegibilidad.....	3	Declaración de autorización	
		para actuar en nombre	
Declaraciones médicas.....	3	del empleado (SI-10)	8
		Reclamo de beneficios	
Pago por enfermedad y beneficios		por enfermedad (SI-3)	8
complementarios por enfermedad	4		
Descalificaciones		Notificaciones	
Asignación por desvinculación	4	Ley de Privacidad	10
Reclamo falso o fraudulento	4	Ley de Protección de la	
Beneficios dispuestos por otras leyes	4	Privacidad y	
Examen médico.....	4	Cotejo Electrónico de Datos	10
		Ley de Reducción de Trámites	11
Reducciones de beneficios	4	Política de no discriminación	
		por discapacidad	11
Indemnizaciones por lesión personal	4	Verificación de los beneficios por teléfono....	12
		Recordatorios importantes	13
		Línea directa para denunciar casos	
		de fraude y abuso.....	13

SI ESTÁ ENFERMO O LESIONADO, puede ser elegible para recibir beneficios por enfermedad de la Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board, RRB). Este manual brinda información sobre los requisitos necesarios para recibir beneficios por enfermedad, el monto correspondiente a los beneficios y los procedimientos para reclamarlos.

Para recibir beneficios por enfermedad, debe completar y presentar el Formulario SI-1a/b adjunto, ***Solicitud de beneficios por enfermedad***, en el plazo de 10 días a partir del primer día por el que desea reclamar beneficios. Se considera que una solicitud ha sido presentada el día en que la RRB la recibe; si presenta la solicitud fuera de término, puede perder los beneficios.

Usted puede presentar sus reclamos de beneficios por enfermedad en línea en el sitio web de RRB en www.rrb.gov. Para usar los servicios en línea debe tener una cuenta con número de identificación personal (PIN) y contraseña (una cuenta PPW). En el sitio web se explica cómo abrir una cuenta PPW.

Para obtener información sobre otros requisitos de calificación para recibir beneficios por enfermedad, consulte “Requisitos de elegibilidad” en la página 3.

Si puede trabajar pero está desempleado, es posible que **reciba beneficios por desempleo**. Esos beneficios se describen en el manual UB-10, ***Beneficios por desempleo para empleados ferroviarios***.

IMPORTANTE: *Si el manual no incluye ninguna solicitud adjunta o si desea obtener una copia del manual UB-10, comuníquese con cualquier oficina de la RRB, el empleador ferroviario, la unión sindical, el agente sindical, o visite el sitio web de la RRB www.rrb.gov.*

Este manual contiene información general y no tiene el efecto de una ley, norma o regulación. En él no se tratan algunas excepciones, limitaciones y algunos casos especiales. Si tiene alguna pregunta sobre beneficios por desempleo o enfermedad, comuníquese con la RRB al **877-772-5772**.

En cualquier oficina de la RRB podrá encontrar manuales traducidos al español con información sobre los beneficios por desempleo y enfermedad.

Tenemos un manual en español que explica los beneficios de los enfermos del ferrocarril. Para obtener una copia, comuníquese con cualquier oficina de la RRB, el empleador ferroviario, la unión sindical, el agente sindical o a través del sitio web de la RRB: www.rrb.gov.

Requisitos para calificar

Año base – Año de beneficios

Sólo los empleados calificados podrán recibir beneficios conforme a la Ley de Seguro de Desempleo para Empleados Ferroviarios. Cada 1 de julio comienza un nuevo **año de beneficios**. Para calificar a fin de obtener beneficios en un año de beneficios, debe tener ingresos acreditables como empleado ferroviario el año calendario anterior (**año base**), que no sumen más de cierto monto por mes. Además, un empleado nuevo debe haber trabajado en la industria ferroviaria al menos 5 meses durante el primer año de trabajo para poder ser elegible para recibir los beneficios durante el próximo año de beneficios.

El monto de los ingresos necesario para calificar a fin de recibir beneficios en un año de beneficios depende de la base de compensación mensual de un año base. Los ingresos del año base de un empleado no deben ser inferiores a 2-1/2 la base de compensación mensual correspondiente a los meses de ese año base. Al aumentar la base de compensación mensual, también aumenta el monto de compensación necesario para calificar a fin de recibir beneficios.

Ejemplo

Año de beneficios que comienza el 1 de julio de 2010

Ingresos necesarios durante el año base—\$3,325.00 en 2009 ($2\text{-}1/2 \times \$1,330.00 = \$3,325.00$). Si 2009 fue su primer año de trabajo como empleado ferroviario, también deberá haber trabajado en la industria ferroviaria durante 5 meses de 2009.

En este ejemplo, \$1,330.00 es la base de compensación mensual correspondiente al año base 2009. La base de compensación mensual correspondiente al año base 2010 es \$1,330.00.

Comuníquese con la oficina local de la RRB si necesita obtener información sobre la base de compensación mensual correspondiente a otros años.

Monto y duración de los beneficios

Período de espera

Para cumplir el requisito del período de espera de una semana, no se le pagarán beneficios durante los primeros 7 días de enfermedad en su primer reclamo en un período de enfermedad continua, salvo que ya haya cumplido un período de espera en el año de beneficios. Se le pagarán beneficios por cada día restante de enfermedad en su primer reclamo. Por ejemplo, si reclama los 14 días en su primer reclamo, se le pagarán beneficios por 7 días. Si es elegible y sus reclamos son continuos de un año de beneficios al siguiente, generalmente sólo deberá cumplir un período de espera durante el período de enfermedad continua.

Si tiene al menos 4 días consecutivos de enfermedad y 5 días de enfermedad en total, debe presentar un reclamo de beneficios. Aunque no se le paguen beneficios en su primer reclamo del año de beneficios, debe presentarlo igualmente para poder cumplir con el requisito del período de espera. Si tiene más de 7 días de enfermedad en el reclamo del período de espera, se le pagarán beneficios por los días de enfermedad posteriores al séptimo día. Después de su primer reclamo, se le pagarán beneficios por todos los días posteriores al cuarto día correspondientes a otros reclamos en el año de beneficios.

“Período de enfermedad continua” significa (1) un período de días consecutivos de enfermedad, ya sea por una sola causa o por varias, o **(2)** un período de días sucesivos de enfermedad debido a una sola causa ininterrumpida de más de 90 días consecutivos que no sean días de enfermedad.

Beneficios normales

Podrá recibir beneficios normales por hasta 130 días (26 semanas) en un año de beneficios, pero sus beneficios no podrán superar los sueldos del año base con un monto límite determinado por mes. Los derechos a recibir beneficios culminan al finalizar un año de beneficios (normalmente el 30 de junio) o antes si los pagos de beneficios son equivalentes a los ingresos acreditables del año base.

Ejemplo

Para determinar los beneficios normales máximos correspondientes al año de beneficios general que comienza el 1 de julio de 2010, durante los meses del año base 2009 se deben registrar ingresos mensuales de hasta \$1,718.00. Para el año base 2010, la base de compensación mensual para beneficios máximos es \$1,718.00.

Beneficios extendidos

Si tiene 10 o más años de antigüedad y se le acabaron los beneficios normales por enfermedad, puede ser elegible para recibir beneficios extendidos por hasta 65 días (7 períodos de reclamo de 14 días consecutivos con 10 días pagaderos cada uno). Además, si no califica para recibir beneficios en el año de beneficios en curso pero recibió beneficios normales el año anterior, aun puede ser elegible para recibir beneficios extendidos.

Para calificar a fin de recibir beneficios extendidos, debe haberse retirado involuntariamente. Al cumplir los 65 años de edad, no se pagan más beneficios extendidos por enfermedad.

Beneficios adelantados

Según ciertas disposiciones especiales, si usted tiene 10 o más años de antigüedad, puede recibir beneficios antes de la fecha de inicio regular de un año de beneficios. Para calificar, debe estar calificado para el próximo año de beneficios pero no para el año en curso. Además debe haber estado enfermo durante 14 o más días consecutivos y no haberse retirado voluntariamente. Al cumplir los 65 años de edad, no se pagan más beneficios adelantados por enfermedad.

Índice diario de beneficios

Su índice diario de beneficios corresponde al 60 por ciento del índice diario de pago de su último empleo del año base, pero no es inferior a \$12.70 por día ni superior al cinco por ciento de la base de compensación mensual.

Por ejemplo, la base de compensación mensual para 2008 es \$1,280.00, que genera un índice diario máximo de beneficios de \$64.00 para los períodos que comienzan después del 30 de junio de 2009. El índice máximo de beneficios está sujeto a los aumentos determinados por las reglas de indexación que reflejan el aumento en los sueldos nacionales promedio. Comuníquese con la oficina local de la RRB si necesita más información sobre los índices máximos de beneficios correspondientes a otros períodos.

Su índice diario de pago es el índice de pago habitual que incluye las asignaciones por costo de vida y excluye el pago de horas extras u otros conceptos adicionales.

Para los empleados que acumulan millas en el servicio de trenes y locomotoras, el índice habitual es el índice de pago por la cantidad de millas recorridas en un día de trabajo básico, según la ocupación y el tipo de servicio. No se tienen en cuenta los ingresos por millas que superan la cantidad de millas en un día de trabajo básico.

Duración de la enfermedad en días

Después de haber cumplido con el requisito del período de espera en un año de beneficios, normalmente se pagan beneficios por los días de enfermedad posteriores al **cuarto día** en períodos de reclamo de 14 días.

Deducciones impositivas de nivel I

Salvo por los beneficios que se pagan por lesiones laborales, los beneficios por enfermedad están sujetos a los impuestos sobre el retiro de empleados ferroviarios de nivel I si se pagan en los 6 meses posteriores al último mes trabajado. Las deducciones impositivas de nivel I reducen el monto de beneficios que se paga por un reclamo.

Requisitos de elegibilidad

Para recibir beneficios por enfermedad debe:

- **no poder trabajar** a causa de enfermedad, lesión, embarazo o nacimiento de un hijo;
- **estar desempleado y no cobrar sueldos, salario, pago por tiempo perdido, pago por vacaciones, pago por días feriados, pensión militar, pago según un plan de continuidad salarial, pago por enfermedad u otro tipo de remuneración por un empleo ferroviario o no ferroviario** con relación a los días por los que reclama beneficios. Debe declarar esos pagos en el reclamo. Sin embargo, los pagos efectuados según su propia póliza de seguro de salud o por accidente, o según la póliza de seguro grupal, o según un plan de beneficios complementarios por enfermedad administrado por su empleador o por una compañía de seguros no impiden el pago de beneficios por enfermedad y no deben declararse en los

formularios de reclamo (consulte la sección **Pago por enfermedad y beneficios complementarios por enfermedad** en la página 4);

- **obtener un Formulario SI-1a, Solicitud de beneficios por enfermedad** de su empleador, unión sindical o de la oficina de la RRB;
- **solicitar al médico que complete el Formulario SI-1b, Declaración de enfermedad** para respaldar su reclamo de beneficios por enfermedad; y
- **completar y presentar la Solicitud de beneficios por enfermedad (SI-1a)** de beneficios por enfermedad en los 10 días posteriores al primer día en que se enfermó o lesionó. Si presenta la solicitud fuera de término, es posible que pierda los beneficios. Se considera que una solicitud ha sido presentada el día en que la RRB la recibe.

Declaraciones médicas

Para recibir beneficios por enfermedad, debe solicitar al médico que complete un Formulario SI-1b, Declaración de enfermedad que avale su reclamo. Además, posiblemente deba solicitar al médico que brinde información médica adicional (complementaria) a la RRB para poder continuar recibiendo los pagos de beneficios por enfermedad. La frecuencia con que se solicita información médica complementaria depende de diversos factores, incluido cuándo está previsto que usted se reincorpore al trabajo. Para determinar cuándo debe reincorporarse al trabajo, tenemos en cuenta su diagnóstico, afección, edad, ocupación habitual y el período de incapacidad estimado que el médico anteriormente proporcionó a la RRB.

El Formulario SI-1b, Declaración de enfermedad puede ser emitido por:

- un médico matriculado capacitado en diagnóstico médico y quirúrgico;
- un dentista matriculado en casos de enfermedades relacionadas con los dientes y las encías;
- un podólogo matriculado si la enfermedad se relaciona con los pies;
- un quiropráctico matriculado;
- un médico de psicología clínica matriculado;
- un enfermero/partero matriculado en casos de embarazo, aborto o nacimiento;
- un superintendente u otro agente supervisor de un hospital, clínica u organización similar;
- un practicante de la Ciencia Cristiana;
- un asistente médico, certificado; o
- un enfermero profesional.

Pago por enfermedad y beneficios complementarios por enfermedad

No se pagan beneficios por enfermedad por ningún día por el cual recibe pago por enfermedad del empleador. Pero si recibe beneficios complementarios por enfermedad del empleador o una compañía de seguros, es posible que se le paguen beneficios. El pago por enfermedad es la continuidad de una parte o de la totalidad de sus sueldos mientras no pueda trabajar. En general, el pago por enfermedad está sujeto a todas las deducciones regulares que se aplican a la nómina. Debe declarar el pago por enfermedad en el formulario de reclamo; de lo contrario, es posible que la RRB pague beneficios por enfermedad en exceso que usted luego deberá reembolsar.

Los beneficios complementarios por enfermedad son diferentes del pago por enfermedad. Los beneficios complementarios por enfermedad son pagos efectuados por el empleador o la compañía de seguros para complementar los beneficios de la RRB y no están sujetos al impuesto sobre el retiro de nivel II. Los beneficios complementarios se pagan de conformidad con los planes que envía el empleador y aprueba la RRB. No declare los beneficios complementarios por enfermedad en su reclamo. Si desconoce si los pagos que recibe son complementarios conforme al plan aprobado por la RRB, comuníquese con la oficina más cercana de la RRB para solicitar ayuda.

Descalificaciones

Asignación por desvinculación (indemnización por cese de empleo, adquisición por parte de terceros) En caso de haber recibido una asignación por desvinculación de su empleador, no podrá recibir beneficios por **enfermedad** por el período aproximado que hubiese necesitado para ganar el monto de la asignación.

Reclamo falso o fraudulento

Estará descalificado para recibir beneficios por **desempleo** y **enfermedad** por 75 días si, para poder recibir beneficios, presenta una declaración o un reclamo de carácter falso o fraudulento. También podrá estar sujeto a multas o encarcelamiento. La RRB realiza controles, como el cotejo electrónico de datos, con las agencias estatales y federales y con los ferrocarriles para detectar reclamos de beneficios de carácter fraudulento.

Beneficios dispuestos por otras leyes

Se lo descalificará para recibir beneficios del seguro por enfermedad para empleados ferroviarios por cualquier día en que:

- reciba beneficios por enfermedad conforme a otra ley;
- reciba beneficios por desempleo conforme a la Ley de Seguro de Desempleo para Empleados Ferroviarios o a otra ley similar.

Examen médico

En algunos casos, es posible que deba ser examinado por un médico elegido por la RRB. Si no se somete al examen médico cuando corresponde, podrá ser descalificado para recibir beneficios por enfermedad.

Reducciones en los beneficios

No cobrará el monto total de los beneficios si además recibe:

- beneficios del seguro social,
- una pensión, anualidad u otro pago por retiro conforme a una ley federal, estatal o local (como una anualidad por retiro como empleado ferroviario, un pago por retiro del servicio militar, una pensión para policías o bomberos, etc.),
- algunos pagos en concepto de compensación para trabajadores o
- cualquier otro tipo de pago de seguro social que estipule una ley.

Si reúne otros requisitos de elegibilidad, podrá recibir sólo el monto de beneficios por el cual los beneficios por enfermedad superan el resto de los pagos.

No olvide declarar el resto de los pagos en cada reclamo que presente. De lo contrario, es posible que más adelante se le solicite el reembolso de los beneficios. Si se le conceden otros pagos después de haber reclamado los beneficios por enfermedad, pero éstos cubren total o parcialmente los mismos días, comuníquese de inmediato con la RRB para acordar el reembolso de los beneficios que recibió.

Si se le concede una anualidad de conformidad con la Ley de Retiro Ferroviario con relación a los días por los cuales ya recibió beneficios por enfermedad, deberá reembolsar una parte o la totalidad de los beneficios. En general, el monto que deberá reembolsar se retiene de la anualidad acumulada. En la carta de concesión de la anualidad o en la notificación de ajuste de la anualidad figura el monto de los beneficios por enfermedad que se retuvo. Para verificarlo, compárelo con el monto de los beneficios por enfermedad que recibió por el mismo período. Si considera que el monto retenido es incorrecto, comuníquese de inmediato con la oficina local de la RRB. Si no se retuvo el monto total de la anualidad acumulada, deberá reembolsar beneficios a la RRB.

Indemnizaciones por lesión personal

Usted puede recibir beneficios por cualquier tipo de lesión o enfermedad que ocurra dentro o fuera del trabajo. Pero si se le paga una indemnización o cobra por daños y perjuicios como resultado de la lesión o enfermedad, deberá reembolsar el monto de los beneficios a la RRB. Esto tiene validez independientemente de que rija una ley estatal de

responsabilidad objetiva (“no-fault” law). Normalmente, la RRB notifica a la parte responsable, y la persona o compañía que se hace cargo de la indemnización o el pago de los daños y perjuicios generalmente reembolsa el monto correspondiente a la RRB. Sin embargo, si la RRB no recibe el reembolso del monto completo al momento de la indemnización, es posible que usted deba reembolsar los beneficios a la RRB. Para verificar la precisión del monto de beneficios que se retuvo de su indemnización, controle su propio registro de pagos de la RRB o comuníquese con esta oficina. Notifique a la RRB de inmediato si considera que no se retuvo el monto correcto de su indemnización.

Reconsideración y exención

Derechos del empleado

Reconsideración: si no **está de acuerdo** con una decisión de negarle beneficios o con una decisión respecto de un sobrepago, puede solicitar una **reconsideración**. Deberá emitir su solicitud por escrito y explicar el motivo de su desacuerdo. Si solicita una reconsideración, ésta debe llegar a la oficina de la RRB en el plazo de 60 días a partir de la fecha de la carta en la cual se le notifica la decisión adversa. No olvide incluir su firma y el número de seguro social en la solicitud.

Exención: puede solicitar la **exención de reembolso** sobre el sobrepago sólo si reúne **TODAS** las condiciones que se mencionan a continuación:

1. el monto del sobrepago supera más de 10 veces el índice diario máximo actual de beneficios;
2. usted no fue el responsable del sobrepago; y
3. si reembolsar ese monto le trajera problemas financieros al punto de no poder pagar los costos de vida habituales y necesarios o si fuera injusto por otro motivo.

Si su solicitud de exención llega a la oficina de la RRB en el plazo de 60 días a partir de la fecha de la carta en la cual se le notifica acerca de la deuda, no recuperaremos el sobrepago hasta que se tome una decisión con respecto a su solicitud.

Derechos del empleador

La Ley de Seguro de Desempleo para Empleados Ferroviarios establece que la RRB debe enviar una notificación a los empleadores del año base cada vez que usted presente un reclamo por beneficios, y dar a los empleadores la oportunidad de que envíen información relevante a su reclamo antes de que la RRB tome una determinación inicial al respecto. La RRB también deberá enviar una notificación al empleador cada vez que usted cobre beneficios. El empleador podrá apelar la decisión de pago de los beneficios. La apelación no impide el pago oportuno de los beneficios. Sin embargo, es posible que se le solicite el reembolso del pago de beneficios si se da lugar a la apelación.

Cobro de impuestos sobre los beneficios por enfermedad

Los beneficios por enfermedad que se pagan conforme a la Ley de Seguro de Desempleo para Empleados Ferroviarios, a excepción de los beneficios por enfermedad que se pagan por una lesión laboral, se consideran ingresos a los efectos del impuesto federal a las ganancias. La RRB envía todos los años el Formulario W-2, Declaración de sueldos e impuestos, a los empleados ferroviarios donde se indica el monto total de los beneficios por enfermedad que se pagó durante el año calendario anterior. El monto que se indica en el Formulario W-2 es el monto de beneficios que se paga antes de la deducción del impuesto sobre el retiro de empleados ferroviarios de nivel I. El monto incluye los beneficios que se pagan pero que se retienen para cancelar una deuda con la RRB. No se emite un Formulario W-2 cuando todos los beneficios pagados a un empleado fueron en concepto de una lesión laboral. **Tampoco** se emite un Formulario W-2 cuando todos los beneficios pagados a un empleado en el año fiscal se vuelven a pagar en el mismo año.

Puede presentar el Formulario W-4s, Retención voluntaria de impuestos, en la oficina más cercana de la RRB si desea que ésta retenga el impuesto federal a las ganancias de sus beneficios. Para cambiar o finalizar la retención, debe presentar otro Formulario W-4s ante la RRB. Solicite el Formulario W-4s al Servicio de Impuestos Internos.

La Ley de Seguro de Desempleo para Empleados Ferroviarios exime específicamente a los beneficios por enfermedad para empleados ferroviarios de los impuestos estatales a las ganancias.

Instrucciones para completar formularios

Instrucciones generales

Complete todos los artículos prolijamente con letra de imprenta. Salvo que se indique lo contrario, no saltee ningún artículo. Si necesita más espacio para responder una pregunta, adjunte otra hoja. **No olvide firmar y fechar el formulario antes de enviarlo por correo.** Solicite a su médico que complete el Formulario SI-1b, *Declaración de enfermedad*. **No separe los formularios SI-1a y SI-1b.**

Antes de completar la solicitud SI-1a, lea atentamente las siguientes instrucciones. Si la solicitud no se completó correctamente, es posible que se demore el pago de los beneficios. Si tiene alguna pregunta o si necesita ayuda para completar el formulario, comuníquese con la oficina local de la RRB. Si completa la solicitud para el empleado, consulte en la página 8 las instrucciones para completar el Formulario SI-10, *Declaración de autorización para actuar en nombre del empleado*.

Información importante

El formulario completo y firmado debe llegar a la oficina de la RRB en el plazo de 10 días a partir del primer día por el cual desea reclamar beneficios. Si presenta la solicitud fuera de término, es posible que pierda los beneficios. En caso de presentar el formulario fuera de término, adjunte una explicación.

Una vez procesada su solicitud, se le enviará un formulario de reclamo para que lo complete. Debe completar y enviar el reclamo a la dirección de la oficina de la RRB que figura en él. Se enviará al empleador una notificación de su reclamo. El último día o alrededor del último día del período cubierto por el reclamo, se le enviará un reclamo para el próximo período de 14 días.

Solicitud de beneficios por enfermedad (Formulario SI-1a)

SECCIÓN A: Información de identidad

Los artículos del 1 al 6 son explícitos.

SECCIÓN B: Información sobre empleo y enfermedad

El Artículo 7 es explícito.

Artículo 8: Ingrese la última fecha en que trabajó para su último empleador del servicio ferroviario **antes** de enfermarse y no poder trabajar. Por ejemplo, si la última fecha en que trabajó fue el 31/12 y se enfermó el 1/1, debe ingresar 31/12 como la última fecha en que trabajó.

Los artículos 9 y 10 son explícitos.

Artículo 11: Ingrese su cargo. Por ejemplo, “GuardaFrenos”.

Artículo 12: Ingrese el departamento del ferrocarril donde trabaja. Por ejemplo, “Servicio de trenes y locomotoras”.

Artículo 13 A-C: Complete este artículo si trabajó para un empleador no ferroviario o si trabajó de forma independiente **después** de su último día de trabajo para un empleador ferroviario.

- **Artículo 13A:** Ingrese el nombre de la compañía en la que trabajó más recientemente. Por ejemplo, “Acme Accounting”.
- **Artículo 13B:** Ingrese su cargo. Por ejemplo, “Contador”.
- **Artículo 13C:** Ingrese la última fecha de trabajo fuera de la industria ferroviaria **antes** de enfermarse y no poder trabajar. Por ejemplo, si la última fecha en que trabajó fue el 31/12 y se enfermó el 1/1, debe ingresar 31/12 como la última fecha en que trabajó.

SECCIÓN C: Información sobre el accidente y el seguro

El Artículo 14 es explícito.

Artículo 15: Marque “Sí” si inició o tiene previsto iniciar acciones legales o un reclamo contra una persona o compañía por lesiones personales.

El Artículo 15A es explícito.

Artículo 15B: Ingrese el lugar en el que se lesionó o enfermó. Por ejemplo, “Hwy 51/County Rd 12, Toledo, Ohio”.

Artículo 15C: Marque “Sí” si se lesionó en un accidente automovilístico.

Artículo 15D: Si marcó “Sí” en el Artículo 15C, complete los siguientes artículos sobre todos los vehículos involucrados en el accidente, aparte del suyo.

Propietario del automóvil: Ingrese el nombre y la dirección completa del propietario del otro vehículo involucrado en el accidente.

Conductor: Ingrese el nombre y la dirección completa del conductor del otro automóvil o vehículo involucrado en el accidente. Si hubo más de un vehículo involucrado aparte del suyo, proporcione información sobre todos los vehículos en otra hoja.

Compañía de seguros: Ingrese el nombre y la dirección completa de la compañía de seguros del propietario del otro vehículo involucrado en el accidente.

Información sobre la póliza: Ingrese el número de la póliza de seguro del propietario del otro vehículo y el número de reclamo asignado por la compañía de seguros, si lo conoce.

SECCIÓN D: Información sobre el reclamo de beneficios por enfermedad

El primer reclamo de beneficios por enfermedad abarca desde el Artículo 16 al 20 del formulario SI-1a, **Solicitud de beneficios por enfermedad**. Luego de recibir y procesar su solicitud y reclamo, se le enviará por correo el próximo reclamo por enfermedad.

El Artículo 16 es explícito.

Artículo 17: Marque “Sí” si desea reclamar todos los días desde la fecha que ingresó en el Artículo 16 hasta la fecha actual como días de enfermedad. Marque “No” si no desea reclamar todos los días. Recuerde que no puede reclamar beneficios por ningún día que haya trabajado o por el cual haya recibido un sueldo, pago por día feriado, pago por vacaciones, pago por enfermedad (no incluye los beneficios complementarios por enfermedad) o de otro tipo. Esto incluye el pago por trabajo de tiempo completo y parcial en un empleo ferroviario o no ferroviario y por su trabajo independiente. Puede reclamar los días de descanso en los cuales estuvo enfermo o lesionado y por los que no recibió ningún pago del empleador.

Artículo 18: Si marcó “No” en el Artículo 17, ingrese las fechas que no desea reclamar.

Artículo 19: Si se recuperó de la enfermedad y se reincorporó al trabajo, ingrese la fecha de reincorporación. Sin embargo, si trabajó uno o más días pero luego no pudo seguir trabajando, no ingrese ninguna fecha en este artículo. Por ejemplo, si intentó volver a trabajar pero se dio cuenta de que no podía continuar haciéndolo, indique qué días trabajó y cobró en el Artículo 18, sin ingresar ninguna fecha en el Artículo 19.

Artículo 20A-C: Se debe marcar “Sí” o “No” en cada artículo para indicar el tipo de pago que recibió o recibirá por los días del período de reclamo. También proporcione las fechas u otra información solicitada sobre el pago. A continuación se explican los tipos de pago.

Artículo 20A: Sueldos: Pagos que recibe de un empleador ferroviario, no ferroviario o de su propia empresa por los servicios prestados. No se pagan beneficios por los días por los que cobró un sueldo.

- **Sueldo regular:** Pago por el tiempo trabajado, que incluye el trabajo de tiempo completo y parcial.
- **Pago por vacaciones:** Pago por los días de vacaciones programados o asignados. El pago por vacaciones no incluye el “pago de compensación por vacaciones”. Si desconoce si el pago que recibió es un “pago en compensación por vacaciones”, consulte con la oficina de nómina antes de completar este artículo.
- **Pago por días feriados:** Pago del empleador por un día feriado.
- **Pensión militar:** Pago del gobierno federal en función de su servicio militar.
- **Pago por continuidad salarial:** Salario o sueldo que paga el empleador ferroviario cuando el empleado sufre una lesión laboral. El objetivo de los pagos es dar continuidad al sueldo o salario, no complementar los beneficios de la RRB. Los pagos están sujetos a las deducciones normales de la nómina.
- **Ingresos por trabajo independiente:** Pago por los servicios prestados.
- **Pago por enfermedad a cargo de su empleador:** Continuidad de una parte o la totalidad de su sueldo mientras no pueda trabajar. El término “Pago por enfermedad” no incluye los beneficios complementarios por enfermedad. Consulte la página 4 para obtener una explicación de los beneficios complementarios por enfermedad.

Artículo 20B: Pagos del Gobierno: Anualidades u otros pagos que recibe del gobierno del condado, la ciudad, el estado o del gobierno federal. Si recibe un pago del gobierno, marque la casilla correspondiente e ingrese la fecha de inicio, el importe bruto y la frecuencia del pago. Consulte la sección **Reducciones de beneficios** de la página

4 para obtener una explicación de cómo los pagos del gobierno afectan el pago de los beneficios por enfermedad que realiza la RRB.

- **Beneficios por enfermedad o desempleo dispuestos por otra ley:** Beneficios pagados por un condado, ciudad, estado o agencia federal debido a enfermedad o desempleo
- **Beneficios del seguro social:** Beneficios que le paga la Administración del Seguro Social, sin incluir los pagos de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).
- **Anualidad por discapacidad o retiro ferroviario:** Pagos mensuales de la RRB que se basan en su edad y antigüedad en el servicio ferroviario o en una discapacidad. Una anualidad de la RRB conforme a la Ley de Retiro Ferroviario no es lo mismo que los beneficios por enfermedad de la RRB.
- **Pago por retiro del servicio militar:** Pago en concepto de honorarios, una anualidad o pensión que efectúa el gobierno federal según su servicio militar.
- **Compensación para trabajadores:** Pagos por discapacidad de conformidad con la ley estatal que recibe al sufrir una lesión laboral.
- **Pagos de retiro dispuestos por otra ley:** Anualidad o pensión que le paga el gobierno del condado, la ciudad, el estado o el gobierno federal.

Artículo 20C: Otros pagos: Si recibe cualquier otro tipo de pago, marque la casilla correspondiente y proporcione la fecha del pago y quién lo efectuó.

- **Indemnización o daños y perjuicios por lesión personal:** Pago recibido como resultado de una sentencia o la indemnización de un reclamo por lesión personal contra el empleador ferroviario u otra parte responsable de su lesión o enfermedad
- **Anticipos:** Pago que se recibe con anterioridad a la indemnización de un reclamo por lesión personal contra el empleador ferroviario.
- **Asignación por desvinculación (adquisición por parte de terceros, indemnización por cese de empleo):** Pago que se recibe al renunciar a cambio de un monto específico de dinero. Estos pagos también se conocen como “pagos por adquisición por parte de terceros” o “indemnización por cese de empleo”. El pago puede efectuarse en un solo monto o en cuotas a cambio de su renuncia.

El Artículo 21 es explícito.

SECCIÓN E: Información de depósito directo

Artículo 22: La ley federal establece que la RRB debe pagar los beneficios mediante depósito directo. Con el depósito directo, los pagos de beneficios se envían directamente a su banco, asociación de ahorro y préstamo, cooperativa de crédito u otra institución financiera. Los pagos se envían electrónicamente; de esta manera, se ahorra dinero al eliminar la necesidad de imprimir y enviar cheques por correo.

El depósito directo ofrece muchas ventajas. En general, los pagos mediante depósito directo se acreditan de 2 a 5 días antes que los pagos con cheques. No tiene que preocuparse por la posibilidad de que el cheque se pierda, sea robado o se traspapele y puede estar lejos de casa sin preocuparse por la posibilidad de que haya un cheque desprotegido dentro del buzón de correo. No hace falta esperar la entrega de un cheque por correo ni ir especialmente al banco.

Artículo 22A-E-Para darnos la información que necesitamos para efectuar correctamente el pago de sus beneficios mediante depósito, envíenos un cheque personal anulado adjunto a su solicitud o llame a su institución financiera. Si no adjunta un cheque personal anulado, llame a la institución financiera para solicitar la información necesaria para completar el Artículo 22A-E.

Si cambia de banco o de cuenta mientras reclama beneficios, asegúrese de informarlo a la RRB para que ésta pueda hacer el depósito directo en su cuenta nueva. **No cierre la cuenta anterior** hasta que reciba el primer pago de la RRB en la cuenta nueva.

Artículo 22F en algunos casos se permite el pago mediante cheque a modo de excepción. En cualquiera de estos casos, marque la casilla:

- cuando recibir los pagos mediante depósito directo sea un problema porque usted tiene una discapacidad física o mental, o por cuestiones geográficas, idiomáticas o de analfabetismo; o
- cuando no tenga una cuenta corriente o de ahorros en un banco o en otra institución financiera; o
- cuando recibir los pagos electrónicamente sea un problema financiero porque le costaría más que recibir los pagos con cheque.

En cualquiera de estos casos, marque la casilla del Artículo 22F.

SECCIÓN F: Certificación y firma

Artículo 23: Al firmar y fechar este artículo, usted certifica que la información que contiene el formulario es veraz, correcta y completa.

Si el empleado enfermo o lesionado no puede firmar en el Artículo 23, la persona que completa la solicitud deberá firmar en el Artículo 23 y completar el Formulario SI-10, ***Declaración de autorización para actuar en nombre del empleado.***

Declaración de enfermedad (Formulario SI-1b)

El SI-1b, ***Declaración de enfermedad***, debe completarse por el médico u otro proveedor médico calificado (consulte la sección **Declaraciones médicas** en la página 3). De ser posible, solicite al médico que complete la declaración mientras esté en el consultorio, en lugar de dejarle el

formulario para que lo complete después. Si tiene que dejar el formulario, explíquelo que lo necesita para recibir los pagos quincenales de beneficios y que tiene que enviarlo a la Junta de Retiro Ferroviario en el plazo de 10 días a partir del primer día de enfermedad o lesión. De lo contrario, es posible que pierda los beneficios.

No separe el SI-1b, ***Declaración de enfermedad***, de su SI-1a, ***Solicitud de beneficios por enfermedad.***

Declaración de autorización para actuar en nombre del empleado (Formulario SI-10)

Completar el Formulario SI-10, ***Declaración de autorización para actuar en nombre del empleado***, no es obligatorio para un empleado que puede firmar documentos o hacer una marca a modo de firma y que entiende las transacciones relacionadas con su solicitud de beneficios.

Completar el Formulario SI-10 confiere al suscriptor la autoridad para firmar cualquier formulario de reclamo en nombre del empleado.

SECCIÓN 1: Declaración de la persona que actúa en nombre del empleado

Debe completar esta sección la persona que firma el SI-1a, ***Solicitud de beneficios por enfermedad***, que actuará en nombre del empleado. Ingrese el nombre, el número del seguro social y la dirección del empleado. Explique brevemente por qué considera que el empleado es incapaz y declare cuál es su relación con él. Si no guarda ningún parentesco con el empleado por consanguinidad o matrimonio, declare cuál es su relación y explique por qué ningún familiar actúa en nombre del empleado. Por ejemplo, el supervisor de un empleado puede explicar: “Mi relación con el empleado es de supervisor. No tiene ningún familiar directo”.

Completar el Formulario SI-10, confiere al suscriptor la autoridad para firmar cualquier formulario de reclamo en nombre del empleado.

Al firmar formularios de reclamo, use su nombre completo y debajo de la firma escriba “En nombre de” y el nombre completo del empleado.

SECCIÓN 2: Declaración del médico del empleado

Solicite al médico del empleado que complete esta sección.

Reclamo de beneficios por enfermedad (Formulario SI-3)

Las siguientes instrucciones son para los formularios de reclamo que le envía la RRB. Antes de completar los formularios de reclamo, lea atentamente las instrucciones. Si no completa su reclamo correctamente, es posible que se demore el pago de los beneficios.

CLAIM FOR SICKNESS BENEFITS



090 112808 112908 120208 J SMITH

02 02 700 123-45-6789

1. This claim is for sickness benefits for the period shown below. To claim benefits, mark the box under each date with the appropriate code (X, E, P, or O).

X – Claimed day of sickness
(including rest days)

P – Vacation, holiday, sick pay, or other pay from your employer
(Do not report supplemental sickness benefits)

E – Day employed (include railroad, non-railroad, or self-employment)

O – Day not claimed, other reason

This claim is for

11-21-08 through 12-04-08

Mark each box with X, E, P, or O →

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4
X	X	X	P	P	X	X	X	X	X	E	E	O	O

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Los reclamos por los días posteriores al primer reclamo, que se incluye en el SI-1a, *Solicitud de beneficios por enfermedad*, se le enviarán por correo mientras continúe sin poder trabajar y sea elegible para recibir beneficios. Debe completar y enviar cada reclamo de inmediato; de lo contrario, es posible que pierda los beneficios. El tiempo disponible para presentar un reclamo, incluido el tiempo de envío por correo, se limita a 30 días a partir del último día del período de reclamo o a 30 días a partir de la fecha en que se le envió el formulario de reclamo; el caso más reciente.

Si se reincorpora al trabajo y deja de reclamar beneficios pero se enferma o lesiona nuevamente en un año de beneficios, debe presentar otro SI-1a, *Solicitud de beneficios por enfermedad*.

Artículo 1: Este artículo indica los días del período de reclamo. Debajo de cada día del período de reclamo, debe ingresar el código alfabético correcto (X,E,P,O) para indicar si desea reclamar beneficios por el día (X); o si trabajó (E), recibió un pago por vacaciones, por días feriados u otro pago de su empleador (P); o que no desea reclamar beneficios por otro motivo (O).

Recuerde que no puede reclamar beneficios por cualquier día trabajado o por el cual haya recibido un sueldo, pensión militar, pago por vacaciones, por día feriado, por continuidad salarial, por enfermedad (sin incluir los beneficios complementarios por enfermedad) u otro tipo de pago. Esto incluye el pago por trabajo de tiempo completo y parcial en un empleo ferroviario o no ferroviario.

Utilice los siguientes códigos alfabéticos para indicar si reclama beneficios por los días del período de reclamo:

X: Ingrese una “X” si no trabajó ese día, si no recibirá ningún tipo de pago por ese día y si no pudo trabajar debido a una lesión o enfermedad ese día. Todo día que marque con una “X” se considera un día de enfermedad por el cual reclama beneficios.

Use una “X” para reclamar los días de descanso normales en los que no pudo trabajar. No reclame días de descanso si estaba en condiciones de trabajar, trabajó o si recibió algún tipo de pago de un empleador ferroviario o no ferroviario por esos días.

E: Ingrese una “E” si ese día trabajó en la modalidad de tiempo completo o tiempo parcial. Incluya el trabajo para un empleador ferroviario o no ferroviario y cualquier tipo de trabajo independiente.

P: Ingrese una “P” por cualquier día en que no fue empleado pero por el cual recibirá el pago de un empleador ferroviario o no ferroviario. Incluye pagos como el pago por vacaciones, por día feriado, por continuidad salarial, por enfermedad (sin incluir los beneficios complementarios por enfermedad), pagos en garantía de un sueldo diario y pago por tiempo perdido.

No ingrese una “P” por los días que su empleador le pagó o financió en cumplimiento de un plan de beneficios complementarios por enfermedad, como los beneficios que paga Trustmark Insurance Company o Provident Life Insurance Company. Normalmente, esos pagos se suman a los beneficios por enfermedad de la RRB. Para obtener una explicación de la diferencia entre un pago por enfermedad regular, que debe declarar, y los beneficios complementarios por enfermedad, consulte el dorso del formulario de reclamo o la sección **Pago por enfermedad y beneficios complementarios por enfermedad** en la página 4 de este manual.

O: Ingrese una “O” por los días no trabajados y que no recibió ningún tipo de pago pero por los cuales no desea reclamar por otro motivo.

Arriba se muestra un ejemplo de cómo se deben completar las casillas.

Artículo 2A: Si se recuperó de la enfermedad y se reincorporó al trabajo, responda en el Artículo 2A “Si” e ingrese la fecha de reincorporación en el Artículo2B. Si intentó volver a trabajar

pero se dio cuenta de que no podía continuar haciéndolo, responda “No” en el Artículo 2A y luego ingrese “E” en el Artículo 1 por los días trabajados y cobrados. No ingrese una fecha de reincorporación en el Artículo 2B.

Artículo 3: Este artículo ya está completo con el nombre y la dirección de la oficina local de la RRB. Envíe el formulario completo por correo a esa oficina.

Artículo 4: Este artículo ya está completo con su nombre y dirección. Si es necesario, marque las correcciones de su nombre y dirección en la casilla.

Artículo 5A-C: Consulte el Artículo 20A-C en la página 6 de este manual para obtener instrucciones sobre cómo completar el Artículo 5A-C. Consulte el Artículo 20A para completar el Artículo 5A; el Artículo 20B para completar el Artículo 5B; y el Artículo 20C para completar el Artículo 5C.

Artículo 6: Al firmar y fechar este artículo, certifica que la información que contiene el formulario de reclamo es veraz y completa. **No complete ni firme el formulario de reclamo antes del último día del período de reclamo.** Si envía el reclamo por correo a la RRB antes del último día del período de reclamo, es posible que se demore o rechace el pago de los beneficios que le corresponden.

Notificación de la Ley de Privacidad

Para recibir beneficios por enfermedad, deberá solicitarlos y brindar información. La información que le solicita la RRB se usa para determinar si es elegible para recibir beneficios y el monto de los beneficios a cobrar. Aunque proporcionar información, como el número de seguro social, es un acto voluntario, la RRB no podrá pagarle los beneficios sin dicha información. La sección 5(b) de la Ley de Seguro de Desempleo para Empleados Ferroviarios establece la autoridad de la RRB para solicitar información.

Con frecuencia, la RRB puede brindar información a las siguientes personas, organizaciones o agencias a los fines de administrar la Ley de Seguro de Desempleo para Empleados Ferroviarios, la Ley de Seguro Social u otros programas de beneficios conforme a las leyes federales y estatales:

1. El Departamento del Tesoro y el Servicio Postal de EE. UU., para emitir pagos de beneficios y denunciar la falta de entrega, la falsificación, el robo o la pérdida de un pago de beneficios.
2. Una persona o compañía que, según informe el demandante, pueda otorgar un pago por tiempo perdido u otro pago similar por el mismo período por el cual la RRB paga beneficios.
3. Personas o compañías que, según el demandante, sean responsables de pagar los daños por la misma lesión o enfermedad por la cual la RRB paga beneficios por enfermedad.
4. El Servicio de Impuestos Internos que utiliza la información para administrar las leyes impositivas federales.

5. Una agencia de recaudación privada, el Tribunal de Cuentas, el Departamento de Justicia o el Servicio de Impuestos Internos para recaudar un sobrepago.

6. Empleadores o compañías de seguros que utilizan la información para administrar los planes de beneficios complementarios o de seguro médico

7. Las agencias de orden público y el Departamento de Justicia para investigar o iniciar acciones legales por infringir la ley.

8. Los empleadores para verificar el derecho de un empleado a recibir beneficios y notificar las determinaciones de pago de beneficios.

9. Las agencias estatales de desempleo para verificar si una persona tiene derecho a recibir beneficios.

Otro tipo de información que la que se transmite normalmente; no se podrá transmitir ningún tipo de información sobre su reclamo sin su consentimiento.

Notificación de la Ley de Protección de la Privacidad y Cotejo Electrónico de Datos

Además de los usos de la información descritos en el Notificación de la Ley de Privacidad anterior, la información que provea podrá usarse, con su consentimiento, en programas automáticos de cotejo de datos. Estos programas de cotejo de datos son una comparación en computadora de los registros de la Junta de Retiro Ferroviario con los registros que llevan otras agencias federales o agencias del gobierno estatal o local. La información que se obtiene con estos programas de cotejo de datos se usa para determinar o verificar la elegibilidad de una persona para recibir beneficios y reembolsar los beneficios o las deudas morosas.

¿Qué son los programas de cotejo electrónico de datos?

Los programas de cotejo electrónico de datos comparan nuestros registros con los de las agencias del gobierno federal, estatal o local. Todas las agencias usan programas de cotejo de datos para buscar o comprobar que una persona reúne los requisitos para recibir los beneficios que paga el gobierno federal.

¿En qué le afectan los programas de cotejo electrónico de datos?

En los formularios que completa para nosotros nos brinda información sobre usted mismo. A veces, comprobamos la información que usted u otras personas nos brindan. Para esto, utilizamos el cotejo electrónico de datos. La ley nos permite verificar la información de esta manera aunque usted no esté de acuerdo con ello. También podemos brindar cualquier tipo de información que tengamos sobre usted a otras agencias del gobierno para que puedan usarla en sus programas de cotejo electrónico de datos.

Notificación de Ley de Reducción de Trámites

Para recibir beneficios por enfermedad, debe completar un formulario de solicitud y reclamo. También es posible que deba completar otros formularios. A continuación, se mencionan algunos de estos formularios junto con el cálculo de cuánto tiempo pensamos que puede necesitar para completarlos. El cálculo incluye el tiempo necesario para leer las instrucciones, obtener la información necesaria y revisar el formulario completo. Las agencias federales no pueden solicitar ni patrocinar la recolección de información (y las personas no tienen la obligación de responder a tal efecto) salvo que se muestre un número válido de la OMB. Si lo desea, envíe comentarios sobre la precisión de nuestro cálculo o sobre otros aspectos de los formularios, incluidas sugerencias para reducir el tiempo necesario para completarlos, al Director de la Administración de Recursos Informativos de la Junta de Retiro Ferroviario, 844 N. Rush Street, Chicago, Illinois 60611-2092. No olvide incluir el título del formulario y el número de control (entre paréntesis) en los comentarios.

Formulario nro.	Título	Cálculo de tiempo para completar el formulario (Minutos)
SI-1a	Solicitud de beneficios por enfermedad (3220-0039)	10
SI-1b	Declaración de enfermedad (3220-0039)	8
SI-3	Reclama de beneficios por enfermedad (3220-0039)	5
SI-3	Reclamo de beneficios por enfermedad a través de Internet (3220-0039)	5
SI-10	Declaración de autorización para actuar en nombre del empleado (3220-0034)	6
ID-7h	Notificación de no derecho a recibir beneficios por enfermedad e información sobre los beneficios por desempleo (3220-0039)	5

Política de no discriminación por discapacidad

Conforme a la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y las normas de la RRB, ninguna persona calificada debe ser discriminada por una discapacidad. Los programas y actividades de la RRB deben ser accesibles a todos los solicitantes y beneficiarios calificados, incluidos quienes tienen problemas de visión o audición. Las personas discapacitadas que necesiten ayuda (incluidos dispositivos de ayuda auxiliares o información de programas en formatos accesibles) deben comunicarse con la oficina más cercana de la RRB.

Las quejas de presunta discriminación por discapacidad por parte de la RRB deben presentarse por escrito dentro de 90 días al Director de Administración de la Junta de Retiro Ferroviario, 844 North Rush Street, Chicago, Illinois 60611-2092. Las preguntas sobre los derechos individuales establecidos por esta norma pueden dirigirse al Director de Igualdad de Oportunidades de la RRB a la misma dirección.

Verificación de los beneficios por teléfono

Para obtener información detallada sobre sus pagos y reclamos de beneficios por enfermedad **en cualquier momento**, debe llamar al servicio telefónico automático a nivel nacional. Al llamar a este número, tendrá acceso a:

- el monto y la fecha del último pago de beneficios y a qué período de reclamo corresponde el pago;
- información sobre los últimos 5 pagos de beneficios; y
- confirmación de recepción del reclamo, la solicitud o la declaración complementaria del médico más reciente.

Actualizamos la información sobre los pagos todas las noches; actualizamos la información sobre las solicitudes, los reclamos y las declaraciones complementarias de los médicos cuando recibimos los formularios.

Necesitará el número del seguro social y su número de identificación personal (Personal Identification Number, PIN) para obtener información sobre los pagos y reclamos de beneficios. El PIN figura al dorso de cada formulario de reclamo que le enviamos por correo.

Para obtener información sobre los beneficios por teléfono:

- Llame a la Junta de Retiro Ferroviario al **877-772-5772**.
- Presione “1” para elegir los servicios automáticos de la *línea de ayuda*.
- Presione “1” nuevamente para acceder al *Menú de beneficios por enfermedad*.

Nota: Las personas sordas o que tienen dificultades auditivas pueden llamar al número TTY, 312-751-4701.

También puede obtener información sobre los beneficios en línea. Para eso, debe tener o abrir una cuenta en línea. Para obtener más información sobre cómo abrir una cuenta en línea, visite nuestro sitio web www.mb.gov, seleccione *Servicios en línea sobre beneficios*, vaya a “Reclamar beneficios por enfermedad Más información” y haga clic en Más información. Después de abrir una cuenta haga clic en Reclamar para ver la información sobre sus beneficios.

En cada reclamo que recibe, se registrarán los últimos 3 pagos. Utilice los servicios de la *línea de ayuda* y los siguientes cuadros para controlar sus reclamos y pagos.

Espere al menos 15 días a partir de la fecha de envío por correo del reclamo para recibir el pago. Ese tiempo es necesario para entregar el reclamo y el pago y para que el empleador pueda presentar información sobre su reclamo.

Registro de reclamos enviados

Fecha de inicio del reclamo	Cantidad de días que se reclaman	Fecha de envío por correo a la RRB

Registro de pagos recibidos

Monto del pago	Fecha de recepción del pago

Recordatorios importantes

Requisitos para completar los formularios—Para evitar perder beneficios por enfermedad, su solicitud de beneficios debe llegar a la oficina de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB) en el plazo de **10 días** a partir del primer día por el cual desea reclamar beneficios. Los reclamos por enfermedad deben presentarse en el plazo de 30 días a partir del último día del reclamo o 30 días a partir de la fecha en que le enviamos el formulario; el caso más reciente.

Año de beneficios/año base—Cada 1 de julio comienza un nuevo **año de beneficios**. La elegibilidad para recibir beneficios en un año de beneficios se basa en sus ingresos del año calendario anterior (**año base**). Por ejemplo, consulte la sección titulada **Requisitos para calificar**.

Requisito del período de espera—Para cumplir el requisito del período de espera de una semana, no se le pagarán beneficios por los primeros 7 días de enfermedad en su primer reclamo en un período de enfermedad continua, salvo que ya haya cumplido un período de espera en el año de beneficios. Aunque no se pagan beneficios por los primeros 7 días de

enfermedad, usted deberá presentar el reclamo por los días de enfermedad durante el período de espera. De lo contrario, es posible que pierda los beneficios por los reclamos posteriores al período de espera.

No reclame beneficios por los días que trabaja o recibe un pago—No se pagan beneficios por ningún día por el cual recibe un pago. Esto incluye la pensión militar, los trabajos de tiempo completo o parcial para un empleador ferroviario o no ferroviario o los trabajos de forma independiente. También incluye el pago en concepto de vacaciones, días feriados, tiempo perdido, en garantía y otros tipos de remuneración.

Derechos de reconsideración—Usted puede solicitar que se reconsidere cualquier decisión de negarle beneficios. La solicitud de reconsideración debe realizarse por escrito dentro de los **60 días** a partir de la fecha de notificación de la decisión adversa que tomó la Junta de Retiro Ferroviario.

Línea directa para denunciar casos de fraude y abuso

Llame a la línea directa gratuita si tiene motivos para creer que alguien recibe beneficios por enfermedad o desempleo en el servicio ferroviario que no le corresponden. La Línea directa ha sido instalada por el inspector general de la Junta de Retiro Ferroviario para recibir pruebas de fraude o abuso de los programas de beneficios de la RRB.

El número de la línea directa gratuita es 1-800-772-4258. También puede enviar sus quejas por escrito a: RRB, OIG (oficina del inspector general), agente de la línea directa, 844 North Rush Street, Chicago, Illinois 60611-2092. No llame a la línea directa del inspector general por preguntas relacionadas con requisitos de elegibilidad, retrasos en los reclamos o problemas similares. Estos problemas deben tratarse en la oficina local más cercana de la Junta de Retiro Ferroviario.

Sabía que. . .

Los empleados ferroviarios **no pagan** la protección de beneficios por enfermedad. Los fondos provienen de un impuesto de nómina que recae sobre los empleadores.

Se puede imponer una **multa, sentencia de cárcel y descalificación** a cualquier persona que se compruebe que ha retenido información o que ha hecho **reclamos o declaraciones de carácter falso o fraudulento** con el fin de lograr el pago de los beneficios.

Le recomendamos que presente algunas pruebas antes de retirarse: *edad, servicio militar y matrimonio*. Si contrajo matrimonio, también debe presentar una prueba de la edad de su cónyuge. Registramos y guardamos la información electrónicamente hasta que usted se retira. Presentar pruebas con anticipación acelera el proceso de solicitud y ayuda a evitar posibles demoras en el procesamiento debido a la insuficiencia o a la inadecuación de pruebas.

Application for Sickness Benefits

Section A Identifying Information

1. Employee's Name (First, Middle Initial, and Last)	2. Social Security Number									
					-				-	
3. Employee's Street Address, City, State and ZIP Code (Including Apartment Number)	4. Date of Birth						5. Sex <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female			
	Month		Day		Year					
							6. Telephone Number (Include Area Code) ()			

Section B Infirmary and Employment Information

7. Date You Became Sick or Injured _____

8. Date You Last Worked for a Railroad _____

9. Last Railroad Employer (Name of Company) _____

10. Location of Last Railroad Employment (City/State) _____

11. Last Railroad Occupation _____

12. Department _____

13. If you worked for a nonrailroad employer after the date shown in Item 8, complete Items A, B, and C, below. Otherwise, **go to Item 14.**

A. Last Nonrailroad Employer (Name of Company) _____

B. Last Occupation After Railroad Work _____

C. Date Last Worked After Railroad Work _____

Section C Accident and Insurance Information

14. Are you applying for sickness benefits because you were injured at work or have a work-related illness? ☐ Yes ☐ No

15. Have you filed or do you expect to file a lawsuit or claim against any person or company for personal injury?
☐ Yes - **Complete Items A-D, below** ☐ No - **Go to Item 16**

A. Furnish the name and complete address of the person or company.

Name _____

Address _____

City, State, ZIP Code _____

B. Give the place where the injury occurred. _____

C. Were you injured in an automobile accident? ☐ Yes ☐ No - **Go to Item 16**

D. If you were injured in an automobile accident, provide information about all the vehicles, **other than your own**, that were involved in the accident that caused your injury. Information about your vehicle and insurance company is not needed. If you need more space attach a separate sheet of paper.

Owner of Car (other vehicle)		Driver (other vehicle)	
Name		Name	
Address		Address	
City, State, ZIP Code		City, State, ZIP Code	
Insurance Company (other vehicle)		Policy Information (other vehicle)	
Name		Policy Number	
Address		Claim Number	
City, State, ZIP Code			

Section D Claim for Sickness Benefits Information

16. Enter the earliest date you wish to claim sickness benefits. _____
17. Are you claiming all the days of sickness beginning with the date you entered in Item 16? (**Note:** You may claim rest days if you were unable to work and did not receive pay from your employer.) ☐ Yes - **Go to Item 19** ☐ No - **Go to Item 18**
18. Enter any dates that you do not wish to claim. _____
19. Enter the date you returned to work (if applicable). _____
20. **You must complete all boxes** to indicate if you have received or will receive any of the following payments for your days of sickness. If you check "YES" for any item, be sure to provide the requested information.

A. WAGES (Include Railroad and Nonrailroad Wages)**YES NO** If "YES," show the dates for which you were paid in Month/Day/Year format below.

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Regular Wages. | _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vacation Pay. | _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Holiday Pay. | _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Military Reservist Pay. | _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wage Continuation Pay. | _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Earnings from Self-Employment. . | _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sick Pay from Your Employer. . . . | _____ |
- (but not payments supplementing Railroad Retirement Board (RRB) benefits. See Booklet UB-11)

B. GOVERNMENTAL PAYMENTS (Not RRB Sickness Benefits)**YES NO** If "YES," enclose copy of award letter and complete Items 1 - 3 below.

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sickness or Unemployment Benefits Under Any Other Law | 1. Beginning Date of Payment _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Social Security Benefits | 2. Gross Amount of Payment \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Railroad Retirement or Disability Annuity | 3. How often do you receive the payment? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Military Retirement Pay | <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Yearly |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Worker's Compensation | <input type="checkbox"/> Other: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Retirement Payments Under Another Law | |

C. OTHER PAYMENTS**YES NO** If "YES," complete Items 1 and 2.

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Settlement or Damages for Personal Injury | 1. Date of Payment _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Advances | 2. Paid By: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Separation Allowance (Buyout, Severance Pay) | |

21. If the date you are submitting this form is **more than 30 days** after the date you entered in Item 16, answer the following:
- A. Why did it take more than 30 days to submit this form? If more space is needed, attach a separate sheet of paper.

- B. How did you obtain this form? _____
- C. Who provided this form to you? _____
- D. On what date did you obtain the form? _____
- E. Furnish the name and title of any person from whom you asked for help in completing and filing the forms.
- | | |
|------------|-------------|
| NAME _____ | TITLE _____ |
|------------|-------------|

Section E Direct Deposit Information

22. Benefits are normally paid by Direct Deposit to your bank, savings and loan, credit union, or other financial institution. To provide the information we need to correctly deposit your payments, **attach a voided personal check and go to Item 23**, or call your financial institution for the information you need to complete Items A-E. If you do not have a bank account, or receiving your payments by Direct Deposit would cause you a hardship, **go to Item F**.

- | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------------|
| A. Routing Transit Number | <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | | | | | B. Account No. _____ |
| | | | | | | | | | | | | |
| C. Account Type: | D. Name of Financial Institution: _____ | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Checking <input type="checkbox"/> Saving | E. Telephone No. (Include Area Code) (_____) _____ | | | | | | | | | | | |
| F. <input type="checkbox"/> Check this box if you do not have a checking, or savings account, or if Direct Deposit would cause you a hardship. | | | | | | | | | | | | |

Section F Certification and Signature

23. I waive any "doctor-patient privilege" I may have with respect to the disclosure of information concerning the period of sickness or injury on which my claim is based. I certify that I understand and agree to the requirements in Booklet UB-11. I know that disqualification and civil and criminal penalties may be imposed on me for false or fraudulent statements or claims or for withholding information to get benefits from the RRB. I affirm that the information given on this form is true, correct and complete. **NOTE:** If the sick or injured employee is unable to sign this form, sign your name and complete Section 1 of the attached Form SI-10, Statement of Authority to Act for Employee.

SIGNATURE _____ DATE _____

Statement of Sickness

Instructions: This form is to be executed by (1) a doctor trained in medical, surgical, dental or psychological diagnosis of the infirmity described, (2) a certified nurse/midwife in cases of pregnancy or childbirth, (3) a supervisory official of a hospital or similar institution, (4) a chiropractor, (5) a Physician Assistant - Certified, or (6) a nurse practitioner. This form should be completed and returned to the patient immediately for prompt mailing; otherwise he/she may lose benefits. Supplementary medical information may be attached or furnished directly to the Railroad Retirement Board (RRB) at the address shown below. If such information is furnished, please include the patient's social security number and name on the report. Please complete section 2 on the reverse side if patient is incapable of signing forms.

The RRB is not liable for any charge in connection with completing this form.

1. Patient's Name (First, Middle, and Last)		2. Patient's Social Security Number	
3. Have you examined or treated the patient for his or her injury or illness? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No – Go to Item 9			
a. Date patient became sick or injured		b. List all dates of examination and treatment for this infirmity	
c. Probable date of next examination			
4. Diagnosis and concurrent conditions			
5. Does the patient's condition require surgery? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No – Go to Item 6			
a. Date on which surgery was or will be performed		b. Surgical procedure that was or will be performed	
6. Does the patient's condition require hospitalization?			
<input type="checkbox"/> Yes – Enter the period of hospital confinement: From _____ To _____			
<input type="checkbox"/> No			
7. If patient is not working because of maternity or childbirth, complete 7a and 7b.			
a. Date patient became unable to work ►		b. Estimated or actual date of delivery ►	
8. Give the date you believe the patient became or will become able to resume work in his or her occupation. (If indefinite or unknown, please give an estimated date.) ►			
9. I certify that the information I am giving is true, complete, and correct. I understand that criminal and civil penalties may be imposed on me for false or fraudulent statements or for withholding information to cause or prevent payment of benefits by the RRB.			
Please print or type:			
Name of Doctor	Signature of Doctor		Degree/Title
Address	Office Telephone Number (Include Area Code) ()		Date
	National Provider Identifier		

PAPERWORK REDUCTION ACT NOTICE TO DOCTOR

Medical evidence is needed to support the payment of claims for sickness benefits under the Railroad Unemployment Insurance Act (RUIA). The RRB is authorized to collect this information under section 12(i) of the RUIA. You are not required to furnish this information. If you do not, however, no benefits can be paid to your patient. We estimate this form and the form on the back of this page take an average of 8 and 6 minutes to complete, respectively. The estimates include the time for reviewing the instructions, getting the needed data, and reviewing the completed forms. Federal agencies may not conduct or sponsor, and respondents are not required to respond to, a collection of information unless it displays a valid OMB number. If you wish, send comments regarding the accuracy of our estimate or any other aspect of this form, including suggestions for reducing completion time, to the Chief of Information Resources Management, Railroad Retirement Board, 844 N Rush Street, Chicago, Illinois, 60611-2092. Send completed forms to:

**U.S. RAILROAD RETIREMENT BOARD
OFFICE OF PROGRAMS—OPERATIONS
POST OFFICE BOX 10695
CHICAGO, ILLINOIS 60610-0695**

Statement Of Authority To Act For Employee

It is not necessary to complete this form for an employee who can sign papers or can sign by mark and understands transactions relating to his or her sickness benefits.

Instructions

1. Complete Section 1 and have the employee's medical doctor complete Section 2. If you are not related to the employee by blood or marriage, state your relationship and explain why no relative is acting for the employee. For example, an employee's union representative might explain: "I am his union chairman. He has no immediate family."
2. Complete this statement by following the instructions in the UB-11 booklet under "Instructions for Completing Forms, Statement of Authority to Act for Employee (SI-10)." Signing this statement gives you the authority to sign any claim forms on behalf of the employee. When signing claim forms use your full name, and beneath your signature, write "On behalf of" and the employee's full name.
3. Return this form with the next application or claim form you file with the RRB.

Section 1 Statement of Individual Acting for Employee

It is my belief that _____
(Employee's Name) (Social Security Number)

whose address is _____
(Employee's Address)

is at this time incapable of signing forms in connection with obtaining sickness benefits under the Railroad Unemployment Insurance Act; of transacting the necessary business relative to his or her application and claims for such benefits; and of applying the proceeds of any sickness benefit payments.

I believe the employee to be incapable because _____

(Briefly describe employee's condition)

My relationship to the employee is _____

I affirm that, in the transaction of business relating to the application and claims of this employee, including the use of any benefit payments, I will act on behalf of and in the best interest of the employee. I will promptly notify the RRB at such time as this employee's condition changes so that I need no longer act for him or her. I understand that criminal and civil penalties may be imposed on me for providing false, incomplete, or fraudulent statements; using the benefits received on something other than the claimant; or for withholding information to cause the payment of benefits. I certify that, to the best of my knowledge, the information I have provided is true, complete, and correct.

Name (please print)	Signature			Phone Number ()
Street Address (please print)	City	State	ZIP Code	Date

Section 2 Statement of Employee's Doctor

I have examined the employee named above and find that he/she is incapable of signing forms and transacting business relative to his/her claims for sickness benefits under the Railroad Unemployment Insurance Act.

Name of Doctor (please print)		Signature of Doctor		
Office Street Address (please print)	City	State	ZIP Code	Date
National Provider Identifier				