



**CARPENTERS  
SOUTHWEST  
ADMINISTRATIVE  
CORPORATION**

533 South Fremont Avenue  
Los Angeles, CA 90071-1706

**Tel: 213-386-8590 • Toll Free: 800-293-1370**  
[www.carpenterssw.org](http://www.carpenterssw.org)

## FORMULARIO DE ACREDITACIÓN DE HORAS DE SALUD Y BIENESTAR POR INCAPACIDAD

### Part I. – Declaración del participante (en letra de imprenta)

Por favor, vea el otro lado de este formulario para las calificaciones de beneficios. **Tenga en cuenta: Usted debe presentar este formulario de reclamación dentro de los 120 días a partir de la fecha de su incapacidad/herida, según como indicado por su médico. Los formularios de reclamación completados pueden enviarse por correo electrónico a [disability@carpenterssw.org](mailto:disability@carpenterssw.org).**

- Nombre \_\_\_\_\_ SS# o número de UBC \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_
- Teléfono: \_\_\_\_\_ Local de la Unión# \_\_\_\_\_
- Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_
- Causa de su incapacidad (describa enfermedad o herida) \_\_\_\_\_  
Por lo presente certifico que las respuestas anteriores son verdaderas y correctas a lo mejor de mi conocimiento. Tenga en cuenta que si la incapacidad dura más de tres meses, se le enviará otro formulario para certificar la continuación.

Firma de participante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### Part II. – Physician Statement (Please Print)

- Name of Patient \_\_\_\_\_
- Diagnosis/ ICD 10 code \_\_\_\_\_
- Enter Dates for the Following:

a. Enter date participant was unable to work because of this illness/injury	Month:	Day:	Year:
b. Enter date participant will be able to perform usual work	Month:	Day:	Year:

(Even if considerable questions exist, estimate date. Avoid use of terms such as unknown or undetermined).

Physician's Name (Please Print) \_\_\_\_\_ License/Specialty \_\_\_\_\_

Phone # \_\_\_\_\_ Fax # \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Physician's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

### SOUTHWEST CARPENTERS ADMINISTRATIVE OFFICE USE ONLY

Last Eligible Month \_\_\_\_\_ Reserve Hours \_\_\_\_\_

Mo/Yr	Hours	Notes:	Mo/Yr	Hours

Total Work	Date	Total Work	Date
Total Bank	Processor	Total Bank	Processor
Total Applied		Total Applied	

# **FIDEICOMISO DE CARPINTEROS DEL SUDOESTE DE SALUD Y BIENESTAR**

## **Provisión de créditos de horas de incapacidad para todos los Carpinteros Activos**

Las siguientes reglas se aplican a los carpinteros elegibles activos que sean incapacitados a partir del 1 de enero del 2019:

Sujeto a los requisitos señalados a continuación, si usted no trabaja las horas requeridas para la elegibilidad continúa debido a una enfermedad o herida que le impide realizar los deberes regulares y acostumbrados de su ocupación, usted puede recibir crédito de horas de incapacidad a la cantidad de 8 horas por cada día en que esté incapacitado, (excluyendo sábados, domingos o días festivos) durante un máximo de 6 meses consecutivos.

El número máximo de horas por incapacidad que se le pueden acreditar durante un mes de trabajo es de 120, menos el número de horas que realmente trabajó durante ese mes.

Si tiene horas en su cuenta de reserva, puede usarlas para extender su elegibilidad más de los seis meses si aún está incapacitado o usarlos para restablecer la elegibilidad activa si regresa a trabajar para un Empleador Contribuyente dentro de los 6 meses de elegibilidad consecutivos después de la fecha en que su extensión de incapacidad termina.

### **Para calificar para crédito de horas de incapacidad, todos los requisitos siguientes deben ser cumplidos:**

- A. La incapacidad debe estar certificada por un Médico licenciado (un médico cubierto incluirá un Doctor en Medicina, un Doctor en Osteopatía (D.O.) o un Doctor en Medicina Podiátrica (D.P.M.) Pero un quiropráctico no se considera un médico cubierto),
- B. La certificación escrita de incapacidad debe ser enviado a la Oficina Administrativa a más tardar 120 días después de la fecha en que quedó incapacitado,
- C. El Carpintero activo debe haber sido acreditado con horas trabajadas por razones distintas a haber sido incapacitado o calificado permiso familiar o médico dentro del período de 90 días que termina en la fecha en que se incapacito,
- D. El Carpintero activo debe haber sido elegible en una base de no autopago por cuenta propia y sin el uso de créditos de horas de incapacidad durante ambos de los 6 meses de elegibilidad consecutivos que preceden inmediatamente al mes de elegibilidad en el que se incapacito,
- E. No debe estar recibiendo un Beneficio de Pensión del Fideicomiso de Carpinteros del Sudoeste de Pensión.

Revised 06/2024