

Reclamo de beneficios del minero
conforme a la Ley de Beneficios de Pulmón
Negro

Departamento de Trabajo de EE. UU.
Oficina de Programas de Compensación para Trabajadores



Por el presente reclamo todos los beneficios que sean pagaderos a mi favor conforme a la Ley de Beneficios del Pulmón Negro. Por la presente también solicito en nombre de mi familia cualquier beneficio que sea pagadero conforme a la Ley.

OMB No. 1240-0038
Fecha de vencimiento:
10/31/2026

IMPORTANTE: No se pueden pagar beneficios conforme a la Ley de Beneficios del Pulmón Negro a menos que se haya recibido un formulario de solicitud completo. La divulgación de su número de seguro social es voluntaria; la falta de divulgación de su número de seguro social no dará lugar a la denegación de ningún derecho, beneficio o privilegio al que una persona pueda tener derecho. La recopilación de otra información en este formulario está autorizada por la ley (Título 30 del Código de EE. UU., artículos 901 y siguientes). Esta información es requerida para obtener un beneficio. El Departamento de Trabajo realiza comparaciones de archivos digitales con los de la Administración del Seguro Social. Cualquier información presentada por los aplicantes o beneficiarios de ayuda financiera o pagos bajo programas de beneficios Federales pueden ser verificados a través de comparaciones de archivos digitales que el Departamento de Trabajo realiza con estas agencias.

(SOLO PARA EL USO DEL DOL)

1. Nombre Completo del Minero (Primero, Segundo, Apellido):		2. Número de Seguro Social del Minero:	
3. Dirección Postal (Número, Calle, Número de Apartamento, Apartado Postal o Ruta Rural)		4. Ciudad, Estado y Código Postal	
5. Dirección de Correo Electrónico del Minero		6. Número de Teléfono (Incluido código de área)	
7. Fecha de Nacimiento del Minero (Mes, día, año)		8. Grado más alto que el minero completó en la escuela	
9. ¿Alguna vez usted (o alguien en su nombre) ha presentado un reclamo de beneficios Federales de Pulmón Negro antes? Si la respuesta es "sí", responda a la pregunta 10. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		10. Decisión tomada (si se ha presentado más de un reclamo, identifique y muestre la determinación de cada una en "Comentarios", Número 23); <input type="checkbox"/> Aprobada <input type="checkbox"/> Denegada <input type="checkbox"/> Retirada <input type="checkbox"/> Pendiente	

11. ¿Sigue empleado en minas de carbón (en o alrededor de minas de carbón o en instalaciones de preparación de carbón en extracción, transporte o preparación de carbón, o en la construcción o mantenimiento de minas de carbón dentro n o alrededor de una mina de carbón)? Sí No Si la respuesta es "no", responda a.

a. ¿Cuándo terminó su empleo en minas de carbón? Provea mes, día y año del último empleo en la mina de carbón:

12 ¿En qué estado de los Estados Unidos estaba trabajando cuando terminó su empleo en la mina de carbón, o en qué estado se encuentra actualmente trabajando en una mina de carbón?

13 ¿Cuántos años en total trabajó empleado en una mina de carbón?

DISCAPACIDAD:
NOTA: Si las evidencias disponibles no son suficientes para llegar a una determinación, es posible que se le solicite que se someta a un examen médico independiente sin costo alguno para usted. En caso de que el Departamento de Trabajo obtenga información útil para su tratamiento médico, dicha información podría serle proporcionada a su médico.

14. Describa brevemente cualquier discapacidad que crea que tiene debido a neumoconiosis (Pulmón Negro) u otra enfermedad respiratoria o pulmonar derivada del empleo en una mina de carbón. Específicamente, ¿qué aspecto(s) de su último trabajo como empleado en una mina de carbón, es físicamente incapaz de realizar como resultado de su discapacidad?

EMPLEO Y SALARIOS ACTUALES:

NOTA: La cantidad de sus ingresos, ya sea como empleado o como trabajador independiente nos ayudará a determinar el pago correcto de beneficios del pulmón negro a los que usted pueda tener derecho. Esta información es requerida por las enmiendas de 1981 a la Ley de Beneficios del Pulmón Negro.

15. ¿Esta empleado actualmente? Sí No Si la respuesta es "sí", responda a.

a. Ingrese los nombres y direcciones de todas las personas, empresas o agencias gubernamentales para las que trabajó durante el año calendario anterior. Si es trabajador autónomo, indíquelo.

Nombre y Dirección del Empleador	Inició de Empleo Mes/Año	Terminación de empleo Mes/Año	Ingresos anuales aproximados

COMPENSACION PARA TRABAJADORES:

NOTA: La cantidad de beneficios estatales o federales de compensación para trabajadores y/o enfermedad ocupacional que usted reciba en función de su discapacidad debido a la neumoconiosis de trabajadores del carbón, se sustraída de sus beneficios conforme a la Parte C de la Ley de Beneficios del Pulmón Negro. Esto no aplica a beneficios conformes a la Ley de Compensación para Estibadores y Trabajadores Portuarios (LHWCA) ni a los beneficios del Seguro de Discapacidad del Seguro Social por neumoconiosis.

16. ¿Ha presentado un reclamo de compensación para trabajadores conforme con alguna ley estatal o federal debido a su discapacidad por neumoconiosis de los trabajadores del carbón? Sí No (Si la respuesta es "sí," complete las secciones a hasta la k.)

a. ¿Ante qué agencia estatal o federal se presentó el reclamo?	b. Fecha aproximada de presentación:	c. Número de reclamo (si se conoce):
d. Decisión tomada: <input type="checkbox"/> Aprobada <input type="checkbox"/> Denegada <input type="checkbox"/> Pendiente (Si su decisión fue aprobada, proporcione una copia completa del otorgamiento de la compensación para trabajadores).	e. ¿Empleador contra quien se presentó su reclamo de compensación para trabajadores?	
f. Cantidad del pago: Semanal: \$ _____ por semana Otro: \$ _____ por _____	g. Fecha de inicio de los pagos: Fecha de finalización de los pagos: _____	
h. ¿Pagó honorarios de abogados u honorarios legales para obtener su otorgamiento de la compensación para trabajadores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	i. Si recibió un pago en total por su reclamo de compensación para trabajadores, indique lo siguiente: Período cubierto: Desde: _____ Hasta: _____ Cantidad: \$ _____	
j. ¿Alguna vez ha recibido beneficios médicos como parte de sus beneficios de compensación para trabajadores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
k. ¿Actualmente recibe beneficios médicos como parte de los beneficios de compensación para trabajadores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

DEPENDIENTES:

17. ¿Está casado/a actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (si la respuesta es "sí", complete las secciones a hasta la f) (si la respuesta es "no" vaya al número 18).	a. Fecha de matrimonio
b. Nombre y apellido de su cónyuge antes del matrimonio: _____ Número de seguro social: _____	c. Fecha de nacimiento del cónyuge: _____
d. ¿Vive con su cónyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (si la respuesta es "no", complete las secciones e y f.)	
e. ¿Está afectado por una orden judicial de hacer pagos de manutención a su cónyuge actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es "sí," adjunte una copia de la orden).	f. ¿Hace usted pagos periódicos de manutención a su cónyuge actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es "sí," indique la cantidad). \$ _____ por _____ (semana, mes, otro)

18. ¿Ha estado casado/a previamente? Sí No (si la respuesta es "sí," responda las secciones a hasta f).

a. Nombre completo de su cónyuge anterior: _____ Número de seguro social: _____	b. Fecha de matrimonio: (MM/DD/AAAA) _____	c. Lugar del matrimonio: (ciudad y estado) _____
d. Cómo terminó el matrimonio: (fallecimiento, divorcio)	e. Fecha en que terminó el matrimonio: (MM/DD/AAAA) _____	f. Lugar donde terminó el matrimonio: (ciudad, estado) _____

Si el matrimonio anterior se finalizó por divorcio y estuvo casado durante 10 años antes de la demanda de divorcio, responda las preguntas 19 y 20.

19. ¿Está afectado por una orden judicial de hacer pagos de manutención a un cónyuge divorciado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es "sí," adjunte una copia de la orden).	20. ¿Hace contribuciones monetarias sustanciales a un cónyuge divorciado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es "sí," indique la cantidad). \$ _____ por _____ (semana, mes, otro)
---	--

DEPENDIENTES continuación:

21. Enumere todos sus hijos **solteros** que cumplen una de las siguientes categorías: actualmente menores de 18 años; entre 18 y 23 años de edad y son estudiantes de tiempo completo; y de 18 años o mayores de 18 años y discapacitados. Si no tiene hijos que encajen en estas categorías, pase a la pregunta 22. Utilice el espacio de "Comentarios" en el número 23 si el espacio de abajo no es suficiente.

SI NO HAY HIJOS QUE ENCAJEN EN ESTAS CATEGORÍAS, PASE A LA 22.

Nombre completo del hijo:	Número de seguro social	Fecha de nacimiento MM/DD/AAAA	Categoría de elegibilidad	Relación entre usted y el niño
Apellido, primer nombre, segundo nombre:		_____	<input type="checkbox"/> Menor de 18 años <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo <input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Biológico <input type="checkbox"/> Adoptado <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro
Apellido, primer nombre, segundo nombre:		_____	<input type="checkbox"/> Menor de 18 años <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo <input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Biológico <input type="checkbox"/> Adoptado <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro
Apellido, primer nombre, segundo nombre:		_____	<input type="checkbox"/> Menor de 18 años <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo <input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Biológico <input type="checkbox"/> Adoptado <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro
Apellido, primer nombre, segundo nombre:		_____	<input type="checkbox"/> Menor de 18 años <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo <input type="checkbox"/> Discapacitado	<input type="checkbox"/> Biológico <input type="checkbox"/> Adoptado <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otro

Si alguno de los hijos mencionados anteriormente no vive con usted, ingrese el nombre y la dirección de la persona u organización con la que vive el niño. Incluya esta información en el número 23 "Comentarios".

AVISO IMPORTANTE

22. Los acontecimientos enumerados a continuación pueden afectar su elegibilidad o la cantidad de sus beneficios Federales de Pulmón Negro:

Su condición mejora; o

Se le otorga el derecho a recibir compensación para trabajadores por parte del estado o pagos por enfermedades ocupacionales debido a una discapacidad a causa de neumoconiosis; o

Si cambia la cantidad de cualquiera de los beneficios descritos con anterioridad a los que usted tiene derecho; o

Trabaja en o alrededor de minas de carbón o en cualquier otro empleo, incluido autoempleo.

Los acontecimientos enumerados a continuación relacionados con sus dependientes también pueden afectar la cantidad de sus beneficios Federales de Pulmón Negro:

Un dependiente se casa, se divorcia, muere o es adoptado por otra persona; o

Un hijo de entre 18 y 23 años deja de asistir a la escuela, o en el caso de un hijo discapacitado de 18 o más años, la condición de discapacidad mejora.

Es **IMPORTANTE** que informe **INMEDIATAMENTE** si cualquier de los acontecimientos anteriores ocurre. El no reportar los acontecimientos prontamente, podría resultar en un pago excesivo, el cual usted deberá reembolsar.

¿Está de acuerdo en notificar al Departamento de Trabajo si ocurre alguno de los acontecimientos anteriores? Sí No

23. Comentarios. (Puede utilizar este espacio para brindar explicaciones. Si necesita más espacio, adjunte una hoja aparte).

FIRMA DEL MINERO

Por la presente certifico que la información proporcionada por mí y en conexión con este formulario es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. También soy plenamente consciente de que cualquier persona que haga una declaración o afirmación falsa o engañosa intencionalmente con el propósito de obtener cualquier beneficio o pago bajo este título será culpable de un delito menor conforme al Título 30 del Código de EE. UU., artículo 941 y, en caso de condena, quedará sujeta a una multa de no más de 1,000.00 dólares, o a una pena de prisión máxima de un año, o ambas. Autorizo a todo médico, hospital, agencia, empleador u otra organización (incluso la Administración del Seguro Social) a divulgar cualquier registro médico u otra información a la Oficina de Programas de Compensación para Trabajadores del Departamento de Trabajo. Además, autorizo a la Oficina de Programas de Compensación para Trabajadores del Departamento de Trabajo a revelar cualquier información médica o de otro tipo sobre la decisión en su reclamo de Beneficios de pulmón Negro a la agencia de Compensación para Trabajadores, Compensación por Desempleo o Seguro de Discapacidad estatal para usarla en conexión con cualquier reclamo con otra agencia.

24. Firma del aplicante (primer nombre, segundo nombre, apellido)

25. Fecha (mes, día, año)

Se requieren testigos **SOLO** si esta solicitud ha sido firmada con luna marca (X) arriba. Si está firmada con una marca (X), dos testigos de la firma que conozcan al aplicante deben firmar a continuación, dando su dirección completa.

26. Firma del testigo

27. Firma del testigo

28. Dirección del testigo (número, calle, ciudad, estado y código postal)

29. Dirección del testigo (número, calle, ciudad, estado y código postal)

Nota: Las personas no están obligadas a responder a esta recopilación de información a menos que muestre un número de control de OMB actualmente válido.

AVISO DE LA LEY DE PRIVACIDAD

De acuerdo con la Ley de Privacidad de 1974, según enmendada (Título 5 del Código de EE. UU., artículo 552a), por la presente se le notifica que: (1) la Ley de Beneficios de Pulmón Negro (BLBA, por sus siglas en inglés) (artículos 901 y siguientes del Título 30 del Código de EE. UU.), según enmendada, es administrada por la Oficina de Programas de Compensación para Trabajadores (OWCP, por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo de EE. UU., que recibe y mantiene información, personal relacionada con esta solicitud sobre los reclamantes y los miembros de su familia inmediata; (2) la información obtenida por OWCP se usará para determinar la elegibilidad para recibir beneficios pagaderos conformes a la BLBA; (3) es posible que se comparta información con otras agencias gubernamentales, los operadores de minas de carbón potencialmente responsables del pago del reclamo o la compañía de seguro u otra entidad que haya garantizado la responsabilidad de compensación del operador, contratistas que provean servicios de automatización de datos al Departamento de Trabajo; y representantes de las partes del reclamo; (4) es posible que se comparta información con médicos y otros proveedores de servicios médicos para proporcionar tratamiento, hacer evaluaciones u otros fines relacionados con la gestión médica del reclamo; (5) es posible que se comparta información con la Oficina de Jueces de Derecho Administrativo del Departamento de Trabajo, u otra persona, junta u organización autorizada que requiera tomar decisiones relacionadas con el reclamo u otros asuntos que se presenten en conexión con el reclamo; (6) es posible que se comparta información con agencias federales, estatales o locales para fines de imposición de la ley, para obtener información relevante para una decisión conforme a la BLBA, para determinar si los beneficios se están pagando o se han pagado apropiadamente, y cuando corresponda, para llevar a cabo acciones administrativas de compensación y/o cobro de deudas requeridas o permitidas por la ley; (7) la divulgación del número de seguro social (SSN, por sus siglas en inglés) o número de identificación de contribuyente (TIN, por sus siglas en inglés) del minero reclamante o fallecido en este formulario es voluntaria, y el SSN y/o TIN y otra información mantenida por OWCP se pueden usar para fines de identificación y otros fines autorizados por la ley; (8) la falta de divulgación de toda la información solicitada puede retrasar el procesamiento de este reclamo o el pago de beneficios, o puede resultar en una decisión desfavorable o un nivel reducido de beneficios y (9) esta información está incluida en el sistema de registros, DOL/OWCP-2, publicado en Registro Federal 81 25765, 25858 (29 de abril de 2016) o si actualizado y republicado.

Declaración de carga pública

Se estima que los informes públicos para esta recopilación de información tienen un promedio de 45 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Envíe comentarios sobre esta estimación de carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluso sugerencias para reducir esta carga, al Departamento de Trabajo de EE. UU., División de Compensación para Trabajadores de Minas de Carbón, 200 Constitution Avenue, NW, Suite C3520-DCMWV, Washington, DC 20210. **NO ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETADO A ESTA OFICINA.**

Aviso

Si usted tiene una discapacidad física o mental sustancialmente limitante, la ley Federal contra la discriminación por discapacidad le otorga el derecho a recibir ayuda por parte de OWCP en forma de asistencia para comunicación, adaptación y modificación para ayudarle en el proceso de reclamos. Por ejemplo, le proporcionaremos copias de documentos en formatos alternativos, servicios de comunicación como interpretación en lenguaje de señas y otros tipos de ajustes o cambios para tener en cuenta las limitaciones de su discapacidad. Comuníquese con nuestra oficina o con el personal de reclamos para solicitar ayuda.

DOS OPCIONES PARA PRESENTAR EL FORMULARIO:

1. Para presentar electrónicamente, envíe el formulario completo y la documentación adjunta al Portal de Minas de C.O.A.L.:
<https://coalmine.dol.gov>
2. Para presentar por correo, envíe el formulario completo y la documentación adjunta a:
U.S. Department of Labor OWCP/DCMWC
Central Mail Room
PO Box 8307
London, KY 40742-8307
Para más información llame GRATIS al: 1-800-347-2502