



Proporcione con la mayor precisión posible el historial de empleo **COMPLETO** del minero en la mina de carbón. Este informe está autorizado por la ley (Título 30 del Código de EE. UU., artículos 901 y siguientes) y es necesario para obtener un beneficio. Si bien no tiene la obligación de responder, se necesita su cooperación para garantizar que este reclamo se considere de forma completa y adecuada. La divulgación del número de seguro social es voluntaria. El hecho de no revelar dicho número no dará lugar a la denegación de ningún derecho, privilegio o beneficio al que usted pueda tener derecho.

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

1. Nombre del Minero (Primero, Segundo, Apellido):	2. Número de Seguro Social del Minero:	3. Número de Identificación de Caso del DOL:
4. Su Dirección Postal (Número, Calle, Número de Apartamento, Apartado Postal)	5. Ciudad, Estado y Código Postal:	
6. Su Dirección de Correo Electrónico:	7. Su Número de Teléfono:	

**PARTE I: DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO MÁS RECIENTE EN LA MINA DE CARBÓN**

8. Título del cargo más reciente ocupado como empleado en una mina de carbón:	9. Fechas del Empleo (mm/dd/aaaa): Desde: _____ Hasta: _____
10. Nombre del Operador Más Reciente de una mina de carbón:	11. Número de días trabajados por semana: _____ a. Tarifa de pago por hora: _____ b. Horas trabajadas por día: _____ c. Ingresos anuales aproximados: _____
a. Estado del empleo más reciente en una mina de carbón: _____	

12. ¿Dónde se encuentra ubicado su/el minero lugar de trabajo?  
 Instalación de preparación de carbón   
 Mina de carbón-mina subterránea   
 Mina de carbón superficie de la mina   
 Otra

a. ¿Qué tipo de trabajo se estaba haciendo en la mina de carbón?  
 Extracción   
 Preparación   
 Transporte   
 Mantenimiento   
 Construcción   
 Otro, Si la respuesta es "otro", por favor explique:

b. ¿Estuvo usted/el minero expuesto al polvo, los gases o vapores?   
 Sí   
 No   
 Si la respuesta es "sí", indique con qué frecuencia, cuánto tiempo y cuánta exposición.

c. Describa los deberes de empleo más recientes suyos/del minero en una mina de carbón.

d. ¿Dónde se hacía el trabajo? (Ejemplos: en el pozo, en el frente, en el volcadero, en el depósito, etc.)

e. ¿Qué tipo de equipo de minería utilizó usted/el minero? (minador continuo, de frente largo, excavadora, camión de transporte de carbón, etc.)

f. ¿Por qué terminó el empleo suyo/del minero en la mina de carbón?

13. Requisitos de esfuerzo del trabajo más reciente en una mina de carbón.

¿Cuántas horas al día permanecía o permanece sentado usted/el minero?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Menos de 1 hora <input type="checkbox"/> 1 a 4 horas al día <input type="checkbox"/> 4 a 8 horas al día <input type="checkbox"/> Más de 8 horas al día
¿Cuántas horas al día permanecía o permanece de pie usted/el minero?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Menos de 1 hora <input type="checkbox"/> 1 a 4 horas al día <input type="checkbox"/> 4 a 8 horas al día <input type="checkbox"/> Más de 8 horas al día
¿Cuántas horas al día debía o debe arrastrarse usted/el minero?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Menos de 1 hora <input type="checkbox"/> 1 a 4 horas al día <input type="checkbox"/> 4 a 8 horas al día <input type="checkbox"/> Más de 8 horas al día
¿Qué tan pesados son los objetos que usted/el minero tenía o tiene que levantar?	<input type="checkbox"/> Menos de 10 libras <input type="checkbox"/> 10 a 25 libras <input type="checkbox"/> 26 a 50 libras <input type="checkbox"/> Más de 50 libras
¿Con qué frecuencia usted/el minero levantó o levanta esos objetos?	
¿Qué tan pesados son los objetos que usted/el minero tenía o tiene que cargar?	<input type="checkbox"/> Menos de 10 libras <input type="checkbox"/> 10 a 25 libras <input type="checkbox"/> 26 a 50 libras <input type="checkbox"/> Más de 50 libras
¿Qué tan lejos y con qué frecuencia usted/el minero cargaba o carga esos objetos?	

**Parte II: OTROS EMPLEOS EN UNA MINA DE CARBÓN**

Enumere todos los empleos en una mina de carbón. Comience con la siguiente posición más reciente. .

14. Nombre del Empleador, Ciudad y Estado del sitio de empleo	15. Periodo del Empleo (mm/dd/aaaa)	16. Ubicación de Trabajo	17. Tipo de trabajo en la Mina de Carbón	18. Ocupación y Deberes Laborales	19. ¿Exposición al polvo, gases o vapores?
Nombre  Ciudad  Estado	Fecha de Inicio:  Fecha de Terminación:	<input type="checkbox"/> Instalación de preparación de carbón <input type="checkbox"/> Mina de carbón-subterránea <input type="checkbox"/> Mina de carbón- superficie <input type="checkbox"/> Otra ubicación Si la respuesta es "otra ubicación", por favor explique:	<input type="checkbox"/> Extracción <input type="checkbox"/> Preparación <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Mantenimiento <input type="checkbox"/> Construcción <input type="checkbox"/> Otro Si la respuesta es "otro", por favor explique:	Ocupación:  Deberes Laborales:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es "sí", indique con qué frecuencia, cuánto tiempo y cuánta exposición:
Nombre  Ciudad  Estado	Fecha de Inicio:  Fecha de Terminación:	<input type="checkbox"/> Instalación de preparación de carbón <input type="checkbox"/> Mina de carbón- subterránea <input type="checkbox"/> Mina de carbón- superficie <input type="checkbox"/> Otra ubicación Si la respuesta es "otra ubicación", por favor explique:	<input type="checkbox"/> Extracción <input type="checkbox"/> Preparación <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Mantenimiento <input type="checkbox"/> Construcción <input type="checkbox"/> Otro Si la respuesta es "otro", por favor explique:	Ocupación:  Deberes Laborales:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es "sí", indique con qué frecuencia, cuánto tiempo y cuánta exposición:
Nombre  Ciudad  Estado	Fecha de inicio:  Fecha de terminación:	<input type="checkbox"/> Instalación de preparación de carbón <input type="checkbox"/> Mina de carbón- subterránea <input type="checkbox"/> Mina de carbón- superficie <input type="checkbox"/> Otra ubicación Si la respuesta es "otra ubicación", por favor explique:	<input type="checkbox"/> Extracción <input type="checkbox"/> Preparación <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Mantenimiento <input type="checkbox"/> Construcción <input type="checkbox"/> Otro Si la respuesta es "otro", explique:	Ocupación:  Deberes Laborales:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es "sí", indique con qué frecuencia, cuánto tiempo y cuánta exposición:
Nombre  Ciudad  Estado	Fecha de Inicio:  Fecha de Terminación:	<input type="checkbox"/> Instalación de preparación de carbón <input type="checkbox"/> Mina de carbón- subterránea <input type="checkbox"/> Mina de carbón- superficie <input type="checkbox"/> Otra ubicación Si la respuesta es "otra ubicación", por favor explique:	<input type="checkbox"/> Extracción <input type="checkbox"/> Preparación <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Mantenimiento <input type="checkbox"/> Construcción <input type="checkbox"/> Otro Si la respuesta es "otro", por favor explique:	Ocupación:  Deberes Laborales:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es "sí", indique con qué frecuencia, cuánto tiempo y cuánta exposición:
Nombre  Ciudad  Estado	Fecha de Inicio:  Fecha de Terminación:	<input type="checkbox"/> Instalación de preparación de carbón <input type="checkbox"/> Mina de carbón- subterránea <input type="checkbox"/> Mina de carbón- superficie <input type="checkbox"/> Otra ubicación Si la respuesta es "otra ubicación", por favor explique:	<input type="checkbox"/> Extracción <input type="checkbox"/> Preparación <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Mantenimiento <input type="checkbox"/> Construcción <input type="checkbox"/> Otro Si la respuesta es "otro", por favor explique:	Ocupación:  Deberes Laborales:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es "sí", indique con qué frecuencia, cuánto tiempo y cuánta exposición:
Nombre  Ciudad  Estado	Fecha de Inicio:  Fecha de Terminación:	<input type="checkbox"/> Instalación de preparación de carbón <input type="checkbox"/> Mina de carbón- subterránea <input type="checkbox"/> Mina de carbón- superficie <input type="checkbox"/> Otra ubicación Si la respuesta es "otra ubicación", por favor explique:	<input type="checkbox"/> Extracción <input type="checkbox"/> Preparación <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Mantenimiento <input type="checkbox"/> Construcción <input type="checkbox"/> Otro Si la respuesta es "otro", por favor explique:	Ocupación:  Deberes Laborales:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es "sí", indique con qué frecuencia, cuánto tiempo y cuánta exposición:

Nombre  Ciudad  Estado	Fecha de Inicio:  Fecha de Terminación:	<input type="checkbox"/> Instalación de preparación de carbón <input type="checkbox"/> Mina de carbón- subterránea <input type="checkbox"/> Mina de carbón- superficie <input type="checkbox"/> Otra ubicación Si la respuesta es "otra ubicación", por favor explique:	<input type="checkbox"/> Extracción <input type="checkbox"/> Preparación <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Mantenimiento <input type="checkbox"/> Construcción <input type="checkbox"/> Otro Si la respuesta es "otro", por favor explique:	Ocupación:  Deberes Laborales:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es "sí", indique con qué frecuencia, cuánto tiempo y cuánta exposición:
Nombre  Ciudad  Estado	Fecha de Inicio:  Fecha de Terminación:	<input type="checkbox"/> Instalación de preparación de carbón <input type="checkbox"/> Mina de carbón- subterránea <input type="checkbox"/> Mina de carbón- superficie <input type="checkbox"/> Otra ubicación Si la respuesta es "otra ubicación", por favor explique:	<input type="checkbox"/> Extracción <input type="checkbox"/> Preparación <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Mantenimiento <input type="checkbox"/> Construcción <input type="checkbox"/> Otro Si la respuesta es "otro", por favor explique:	Ocupación:  Deberes Laborales:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es "sí", indique con qué frecuencia, cuánto tiempo y cuánta exposición:

**PARTE III: INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL TRABAJO EN UNA MINA DE CARBÓN**

**Tenga en cuenta que su derecho a recibir beneficios no se verá afectado de ninguna manera por sus respuestas en esta parte.**

20. Durante su trabajo como minero de carbón, ¿usted/el minero alguna vez usó equipo de protección personal?  Sí  No
- a. Si la respuesta es "sí", , por favor proporcione más detalles. ¿Qué equipo de protección personal usó usted/el minero? ¿Con qué frecuencia usted/el minero utilizó ese equipo?
- b. ¿Cree usted/el minero que el equipo de protección personal le evitó respirar polvo de la mina de carbón? Por favor explique:
21. ¿Alguna vez usted/ el minero fue removido de un trabajo anterior por razones de salud? (ejemplo: ¿Usted/el minero recibió una notificación para mineros conforme a la parte 90 de la Administración de Seguridad y Salud Minera?)  Sí  No
- a. Si la respuesta es "sí", ¿cuál fue la fecha en la que fue removido?
- b. ¿Cuál fue la razón por la que fue removido?

**PARTE IV: OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE**

22. ¿Ha estado usted/el minero expuesto a polvo, gases o vapores durante algún empleo fuera del empleo en una mina de carbón? Si es así, ¿cuál fue su ocupación, sus deberes laborales y la duración del empleo donde ocurrieron las exposiciones? ¿Con qué frecuencia (cuantas veces), por cuánto tiempo (duración) y en qué medida (nivel) estuvo usted/el minero expuesto?
23. ¿Alguna vez usted/el minero tuvo algún pasatiempo o interés en el cual haya estado expuesto a polvo, gases o vapores? Si es así, por favor describa.
24. Utilice esta sección como espacio adicional para responder cualquier pregunta anterior o para proporcionar cualquier otra información que considere útil. Favor referirse a preguntas anteriores según el número correspondiente. Si necesita más espacio, utilice una hoja en blanco y adjúntela.

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.

25. Firma del aplicante ( <i>primer nombre, segundo nombre, apellido</i> )	26. Fecha ( <i>mes, día, año</i> )
--	------------------------------------

Se requieren testigos **SOLO** si esta solicitud ha sido firmada con una 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.

27. Firma del testigo	28. Firma del testigo
29. Dirección ( <i>número, Calle, Ciudad, Estado y Código Postal</i> )	30. Dirección ( <i>Número, Calle, Ciudad, Estado y Código Postal</i> )

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 ayudarlo 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.:
2. <https://coalmine.dol.gov> 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