



## SOLICITUD DE BENEFICIOS POR INCAPACIDAD

### LEY NÚM. 139 DEL 26 DE JUNIO DE 1968, ENMENDADA (FASE INDUSTRIAL Y AGRÍCOLA)

#### INSTRUCCIONES

Complete este formulario si usted es un trabajador agrícola o industrial incapacitado temporalmente, acogido al Seguro por Incapacidad No Ocupacional Temporal (SINOT) en el plan que administra el Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. De estar asegurado para el SINOT con un plan privado o con un patrono autoasegurado, complete el formulario que le corresponda en el mismo. Utilice tinta negra o azul para completar este formulario. Incluya sus iniciales al corregir errores.

La Ley de Beneficios por Incapacidad Temporal requiere que la solicitud sea radicada en los tres (3) meses siguientes al comienzo de la incapacidad. De radicar la reclamación posteriormente, indicará la razón de la tardanza.

Al trabajador incapacitado le corresponde llenar la parte **A INFORME DEL RECLAMANTE** de este formulario. Anote con cuidado su número de Seguro Social, así como las fechas exactas que se le solicitan. Conteste todas y cada una de las preguntas. El número del Seguro Social se utilizará **SOLAMENTE** para fines contributivos.

Cada patrono para los cuales usted esté trabajando al presente completará una parte **B INFORME PATRONAL**. Asegúrese que la información ofrecida esté completa. Evite dejar el formulario en la oficina del patrono, ya que esto podría ocasionar demoras en el trámite de sus beneficios por incapacidad. La Ley responsabiliza al trabajador por el trámite de este formulario. No obstante, si su incapacidad no le permite su movilidad puede delegar el trámite de la solicitud en quien usted crea pertinente.

Cada médico con los cuales usted esté recibiendo tratamiento completará una parte **C CERTIFICADO MÉDICO O PSICOLÓGICO**. También podrá completarla el custodio de los records médicos de la institución en que haya recibido o esté recibiendo tratamiento. El médico, quiropráctico o psicólogo deberá estar autorizado a ejercer su profesión en Puerto Rico o en el lugar donde éstos residan.

Conserve copia de este formulario para cualquier reclamación futura.

Una vez haya completado la solicitud, envíela a esta dirección:

**DEPARTAMENTO DEL TRABAJO Y RECURSOS HUMANOS**  
**Negociado de Beneficios al Trabajador**  
**Programa del SINOT**  
**PO BOX 195540**  
**San Juan Puerto Rico 00919-5540**

#### USO OFICIAL

Oficina Central				Oficina Local de			
Recibida		Devolta		Recibida		Devolta	
Fecha (M-D-A)	Por	Fecha (M-D-A)	Por	Fecha (M-D-A)	Por	Fecha (M-D-A)	Por

#### PROGRAMA DE SEGURO POR INCAPACIDAD NO OCUPACIONAL TEMPORAL