

SOLICITUD DE REEMBOLSO Y CERTIFICACIÓN DE SALARIOS

Nombre del (la) reclamante

Número de reclamación

INFORMACIÓN AL PATRONO: Debe completar y devolver este formulario si usted le pagó salarios completos no establecidos por decreto mandatorio o convenio colectivo al (la) reclamante de referencia durante el periodo de incapacidad desde ____ hasta ____, e interesa el reembolso de la cantidad a la que sería elegible el reclamante durante los días que usted le pagó. El (La) trabajador(a) deberá certificar los salarios recibidos, al dorso de este formulario. Usted es responsable de conseguir esta certificación. Si la parte inferior del frente del formulario está cruzada con dos líneas, sólo deberá obtener la certificación que aparece al dorso.

Esta solicitud deberá ser radicada dentro de dos (2) meses después del pago del último día del periodo por el cual solicita el reembolso. Deberá ser remitida al Programa del SINOT, a la dirección indicada arriba.

ESTA PARTE LA DEBE COMPLETAR EL PATRONO

- ¿Es una práctica establecida por usted pagar salarios completos a sus empleados mientras éstos se encuentran incapacitados? Sí No
- En caso afirmativo, indique los empleados asegurados por la misma:
 - todos los empleados de la compañía
 - solamente a los dueños u oficiales de la compañía
 - solamente un grupo de empleados (indique cuáles) _____
- Marque en el encasillado correspondiente la razón del pago hecho al (la) reclamante e indique la cantidad y si el mismo constituye paga completa por semanas o días.

El pago es por concepto de:	Cantidad	Paga completa		Periodo pagado	
		Semanas	Días	Desde	Hasta
<input type="checkbox"/> Vacaciones regulares o por enfermedad establecidas por decreto mandatorio					
<input type="checkbox"/> Pagos establecidos mediante convenio colectivo					
<input type="checkbox"/> Pensión o retiro					
<input type="checkbox"/> Planes o prácticas voluntariamente establecidas por el patrono					
<input type="checkbox"/> Otros (especifique)					

- Indique:

Fecha en que empezaron estos pagos _____

Fecha en que terminaron estos pagos _____

Salario semanal regular _____

Nombre del patrono (o representante autorizado):

Puesto:

Firma del patrono (o representante autorizado)

Fecha:

CERTIFICACIÓN DEL (LA) RECLAMANTE

En _____ recibí paga de mi patrono _____

por la cantidad de \$ _____ por concepto de:

- Vacaciones regulares o por enfermedad establecidas por decreto mandatorio
- Pagos establecidos mediante convenios colectivos
- Pensión o retiro
- Planes o prácticas voluntariamente establecidas por el patrono
- Otros (especifique):

Firma del (la) reclamante

Fecha
