



CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

Nombre del albañil del cemento _____ Nro. Seguridad Social _____

Parte I. Plan de Salud y Bienestar de los Albañiles del Cemento Crédito de horas por Discapacidad - EL MÉDICO debe rellenar esta sección

NOTA: El certificado médico de discapacidad se debe presentar en la Oficina del Fondo en el plazo de un AÑO desde el inicio de la discapacidad; de lo contrario, no se aceptará a efectos de la concesión de horas de discapacidad para Salud y Bienestar.

Por la presente se certifica que la persona arriba mencionada estuvo ausente del empleo con cobertura como Albañil del Cemento por discapacidad durante el período comprendido desde _____ hasta _____

La naturaleza de la discapacidad es/era _____

Fecha en la que examinó al paciente por primera vez _____

Nombre del Médico (en letra de imprenta) _____ Núm. de Teléfono _____

Dirección _____

Forma del Médico _____ Fecha _____

Parte II. Crédito de Horas por Discapacidad del Plan de Pensiones de los ALBAÑILES DEL CEMENTO - Los Albañiles del Cemento deben cumplimentar esta sección.

NOTA: El Albañil del Cemento debe rellenar esta parte **SÓLO** si recibió la Indemnización Laboral o el Seguro Estatal de Discapacidad durante el periodo de discapacidad arriba indicado. **ESTA NO ES UNA SOLICITUD DE PENSIÓN POR DISCAPACIDAD.**

El que suscribe certifica:

1. Que la discapacidad es/era (marque una): ☐ Laboral ☐ No-laboral
2. Que las prestaciones han sido pagadas por (marque una): ☐ Compensación Laboral ☐ Seguro Estatal de Incapacidad
3. Si ha sido pagada por la compensación laboral, las prestaciones han sido (marque una): ☐ Provisional ☐ Prestaciones por discapacidad permanente

NOTA: No se puede conceder el crédito de horas por discapacidad si la Administración de la Seguridad Social le ha considerado permanentemente discapacitado y está percibiendo prestaciones por discapacidad de la Seguridad Social. Envíe una copia de su notificación de concesión de la Seguridad Social al Fondo en un plazo de 12 meses a partir de la fecha de emisión.

4. Que la compañía de seguros o el nombre de la agencia que efectúa los pagos descritos en el punto Nro. 2 anterior es/era: _____

5. Que se han efectuado pagos (indicar fechas) desde _____ hasta _____

6. Que la naturaleza de la discapacidad es/era _____

7. Que el último día que trabajé como Albañil del Cemento antes de mi discapacidad fue _____

Parte III. Autorización del Albañil del Cemento para Divulgar Información Médica - El Albañil del Cemento debe firmar abajo.

El paciente que suscribe autoriza a cualquier proveedor de atención médica, médico u otro practicante, hospital, asegurador, auto asegurador, agencia de informes del consumidor, empleador, sindicato u otra organización laboral o asegurado de grupo a proporcionar y divulgar al Fondo Fiduciario de Salud y Bienestar de los Albañiles del Cemento del Norte de California y al Fondo Fiduciario de Pensión de los Albañiles del Cemento del Norte de California, o a cualquier persona o entidad que represente a los Fondos, todos los registros u otra información que esté bajo su control o dentro de su conocimiento respecto al historial médico, físico o mental del Albañil del Cemento, o cualquier consulta, pronóstico, diagnóstico o tratamiento, para su uso únicamente en la tramitación de la presente reclamación de crédito por discapacidad, incluido cualquier procedimiento de coordinación de prestaciones o de reciprocidad. El abajo firmante también autoriza a los Fondos o a cualquier persona o entidad que represente a los Fondos, a adquirir, poseer, utilizar y divulgar información con el fin de tramitar esta solicitud de crédito por discapacidad, incluida la divulgación a cualquier proveedor de asistencia sanitaria, asegurador, auto asegurador, hospital, plan de servicios de asistencia sanitaria o empleador, sindicato u otra organización laboral, o cualquier persona o entidad que represente a cualquiera de los anteriores. El que suscribe tiene derecho a recibir una copia auténtica de esta autorización firmada si así lo solicita. Esta autorización pretende ser una autorización de conformidad con la Sección 56.10 del Código Civil de California y se interpreta para dar efecto a esa intención. Una fotocopia de esta autorización es tan válida como el original.

Firma del albañil del cemento _____ Fecha de Firma _____

Parte IV. Declaración del Albañil del Cemento - El Albañil del Cemento debe rellenar y firmar esta sección.

El que suscribe declara bajo pena de perjurio que lo que antecede es cierto y correcto.

Firma del Albañil del Cemento _____ Fecha de Firma _____

Dirección _____

Núm. De Teléfono _____ Sindicato local Núm. _____

(Rev. 5/2025) **Por Favor devuelva el formulario completado a:**

Fondo Fiduciario de los Albañiles del Cemento del Norte de California

Dublín Blvd.4160, Suite 100, Dublín, CA 94568 | Teléfono: (707) 864-3300 o (888) 245-5005

Dirección de Correo Electrónico: nccminfo@hsba.com

