

REPORTE SOBRE LA ACTIVIDAD DE TRABAJO

This report is for:	
Month	Year

Es posible que a usted se le considere estar incapacitado(a) para fines de Medi-Cal, si usted no puede realizar ninguna clase de trabajo para el que esté capacitado(a), y solamente si usted no puede trabajar durante por lo menos un año o si su condición resultaría en muerte.

Si sus ingresos brutos son más de \$ _____ (actual cantidad de SGA) al mes, es posible que a usted no se le considere incapacitado(a). es posible que los gastos de trabajo y las consideraciones especiales de trabajo relacionadas con su incapacidad se deduzcan al determinar si sus ingresos cumplen con el límite de ingresos. Por esta razón, se necesita información sobre su actividad de trabajo.

La información que usted proporcione sobre su actividad de trabajo se utilizará al tomar una decisión sobre su caso. Es posible que se establezca contacto con su empleador, para verificar la información que usted proporcione.

Nombre de la persona incapacitada		Número de seguro social	
Nombre del empleador		Número de teléfono del empleador ()	
Dirección del empleador (número, calle)	Ciudad	Estado	Código postal
Puesto o nombre de su trabajo	Tasa de pago	Horas trabajadas a la semana	Fechas trabajadas (mes/año) Del: _____ Al: _____
Nombre del empleador		Número de teléfono del empleador ()	
Dirección del empleador (número, calle)	Ciudad	Estado	Código postal
Puesto o nombre de su trabajo	Tasa de pago	Horas trabajadas a la semana	Fechas trabajadas (mes/año) Del: _____ Al: _____

1. **Ingresos Brutos**—¿Cuál es su pago mensual bruto? (Si el pago es irregular, usted no necesita anotar la cantidad.)
Adjunte sus talones de pago.

2. **Otros pagos**—Especifique otros pagos que usted reciba, como propinas, alimentos, hospedaje o servicios públicos gratuitos. Indique lo que se le dio, y calcule el valor en dólares, así como la frecuencia con que los recibe.

3. **Situaciones Especiales de Empleo**

	Sí	No
Después de que se enfermó, ¿disminuyeron sus obligaciones de trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si así fue, ¿pudo mantener el mismo pago?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está usted empleado(a) por un(a) amigo(a) o pariente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está usted en un programa especial de capacitación o rehabilitación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. **Requisitos de Empleo**—¿Son sus tareas de empleo enumeradas en seguida diferentes de aquéllas de otros trabajadores con el mismo puesto?

	Sí	No
a. Horario más corto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Diferene escala de pago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Menos tareas o tareas más fáciles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Se proporciona ayuda adicional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Producción más baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Calidad más baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Otras diferencias (por ejemplo, faltas frecuentes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. **Explicación de los Requisitos del Empleo**—Describa todas las respuestas a las que respondió “sí” en el inciso 4 en la página 1.

6. **Gastos Especiales de Trabajo**—Especifique a continuación cualesquier gastos especiales relacionados con su condición, que son necesarios para que usted trabaje. Éstas son cosas que usted paga, no cosas que alguien más paga.

Especifique la cantidad de los gastos. Adjunte comprobante de quién recetó el artículo o servicio necesario, y el costo pagado. (Se nos exige comprobar la necesidad del artículo o servicio con la persona que lo recetó.)

Ejemplo: Servicios de cuidado de un(a) asistente, costos de transporte, aparatos médicos, equipo relacionado con el trabajo, prótesis, modificaciones a su casa, medicamentos de rutina y servicios médicos necesarios para controlar una condición incapacitante, procedimientos diagnósticos, asistentes (por ejemplo, si se tienen impedimentos de la vista, el costo para contratar a un(a) lector(a); si se tienen impedimentos del oído, el costo para contratar a un intérprete de lenguaje por señas), o artículos o servicios semejantes.

7. **Subsidios**—Algunos empleadores apoyan a las personas incapacitadas con subsidios. Por ejemplo, es posible que el empleador subsidie los ingresos de un(a) empleado(a) incapacitado(a) pagando más sueldo que el valor razonable del trabajo real realizado. (Por ejemplo, muchos centros de trabajo protegido subsidian los ingresos de un individuo.)

¿Le proporciona su empleador subsidios? Sí No

Si así es, por favor (a) díganos de cuánto es el subsidio y (b) explíquenos la clase de subsidio que se le dio.

a. \$ _____

b. Explicación del subsidio: _____

8. Utilice este espacio adicional para contestar cualesquier preguntas anteriores o para dar información adicional que usted cree que será útil.

9. Por favor, lea la siguiente declaración. Firme y feche el formulario. Proporcione la dirección y el número de teléfono. ***Si se tuviera que establecer contacto con mi empleador, esto también autoriza a mi empleador a revelar cualquier información necesaria para que el condado evalúe mi actividad de trabajo para mi solicitud de Medi-Cal basada en incapacidad.***

He completado este formulario correcta y verazmente conforme a mi leal saber y habilidades.

Firma del/de la solicitante o representante	Fecha	Código de área y número de teléfono ()
---	-------	--

Dirección postal (número, calle, número de departamento, número de apartado postal o ruta rural)

Ciudad	Condado	Estado	Código postal
--------	---------	--------	---------------

CHECKLIST FOR COUNTY USE ONLY

1. Enter amount of client's gross wages. \$ _____
- Does the client have any of the following deductions?
- a. Subsidy (see MEPM, Article 22, 22C-2.7) Yes No If yes, enter amount: \$ _____
- b. Impairment-related work expenses (IRWEs) Yes No If yes, enter amount: \$ _____
2. Add a and b above and subtract total from number 1. Is the remainder over the current SGA amount? Yes No
- If yes, client is engaging in SGA. If any explanations are needed, please use the following space:

Eligibility Worker signature	Worker number	Date completed
------------------------------	---------------	----------------