

# CERTIFICACIÓN DEL PATRONO

## Employer's Certification

Número de Póliza: \_\_\_\_\_  
Policy number

Número de Reclamación: \_\_\_\_\_  
Claim number

Reclamante: \_\_\_\_\_  
Claimant

Nombre del Patrono: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Name of employer Phone

Nombre del Empleado: \_\_\_\_\_  
Name of employee

Núm. de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Núm. del Empleado: \_\_\_\_\_  
Social Security number Employee's number

Ocupación: \_\_\_\_\_ Tiempo en la ocupación antes de incapacitarse: \_\_\_\_\_  
Occupation Time in occupation before being disabled

### Pagos a empleados / Worker's payments

Condición: Sickness	Desde _____/_____/_____ From	Hasta _____/_____/_____ Through	Cantidad: \$ _____ Amount
Vacaciones: Vacations	Desde _____/_____/_____ From	Hasta _____/_____/_____ Through	Cantidad: \$ _____ Amount
Otro(s): Other(s)	Desde _____/_____/_____ From	Hasta _____/_____/_____ Through	Cantidad: \$ _____ Amount

Último día de trabajo: \_\_\_\_\_  
Last date physically worked

Fecha en que regresó al trabajo: \_\_\_\_\_  
Date returned to work

¿Está relacionada la incapacidad con su ocupación?  Sí  No  
Is disability related to the occupation? Yes No

\_\_\_\_\_  
Firma del representante autorizado  
Signature of authorized representative

\_\_\_\_\_  
Posición  
Position

\_\_\_\_\_  
Fecha  
Date