



CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE UN POSIBLE EMPLEO

Por favor lea cuidadosamente las instrucciones al revés de la hoja antes de entregar este formulario. Si la información está incompleta o incorrecta se le devolverá el formulario sin tomar ninguna acción.

SECCIÓN I : PARA SER LLENADO POR EL APLICANTE AL TRABAJO	
1. Nombre del Apicante (Escriba en letra de molde o a maquinilla)	3. Número de Seguro Social
2. Dirección del Apicante (Escriba en letra de molde o a maquinilla)	4. Fecha de la Aplicación Sometida

Yo entiendo que la ley Tejana de Compensación para Trabajadores permite la entrega de cierta información relacionada con una lesión en el trabajo a un posible empresario que tiene seguro de compensación para trabajadores, si el empresario obtiene mi autorización por escrito antes de pedir esta información. Además yo entiendo que si el empresario está cubierto por El Acta de Americanos Incapacitados, la información acerca de mi reclamo anterior de compensación puede ser entregada únicamente si el empresario indicado ha llenado y certificado propiamente este formulario. Futuros empresarios que llenen los formularios adecuadamente se les proveerá un reporte acerca de su lesión en el trabajo únicamente si el aplicante al trabajo ha tenido dos o más lesiones relacionadas con el trabajo en los últimos cinco años. Yo autorizó la entrega de la información permitida por la ley acerca de mis lesiones relacionadas con el trabajo al futuro empresario nombrado en la parte de abajo. La información concerniente a El Acta de Americanos Incapacitados puede ser obtenida llamando al 1(800) 949-4232; TDD 1 (713) 520-5136 o la Texas Commission on Human Rights (comisión de derechos humanos de Texas), (512) 437-3450.

Firma del Apicante al Trabajo _____ Fecha _____

JURADO Y SUSCRITO ANTE MI POR _____

(Escriba en letra de molde el Nombre del Apicante al Trabajo)

ESTE DÍA _____ DE _____, DEL AÑO _____.

 Firma del Notario Publico Escriba en letra de molde el Nombre del Notario Público
(Sello)

Mi Comisión expira : _____

SECCIÓN II: PARA SER LLENADA POR EL FUTURO EMPRESARIO

1. Nombre del Empresario (Escriba en letra de molde o a maquinilla)	3. Número de Identificación del Impuesto Federal de la Empresa	4. Fecha en que se Recibió la Aplicación
2. Dirección o Número de Teléfono del Empresario (Escriba en letra de molde o a maquinilla)	5. Número de Cuenta Prepagada	

Yo soy un posible empleador que tiene Seguro de Compensación para Trabajadores. Yo tengo derecho a recibir información acerca de una lesión anterior de un aplicante de trabajo bajo la Ley de la Comisión Tejana de Compensación para Trabajadores, Código Laboral de Tejas, Sección 402.087. No se me ha prohibido recibir esta información bajo El Acta de Americanos Incapacitados de 1990, 42 U.S.C. §12101 et. seq. porque:

El Empresario debe marcar (una):

- Yo soy un empresario que no está cubierto por El Acta de Americanos Incapacitados de 1990. (El Acta de Americanos Incapacitados de 1990 define: "Empresario" como "una persona que tiene una industria que afecta el comercio y tiene más de 15 empleados por cada día de trabajo en cada una de las 20 semanas del calendario de trabajo en el pasado o presente año en cualquier agente de cada persona")
- Yo soy un empleador que está cubierto por El Acta de Americanos Incapacitados de 1990, quien esta pidiendo esta información antes de darle trabajo a la persona mencionada arriba, pero después de hacer una oferta de trabajo condicional al trabajador que aplicó. Yo estoy pidiendo esta información acerca de los posibles trabajadores que ya han aplicado para un trabajo en esta categoría, sin tener en cuenta su incapacidad. Información acerca de El Acta de Americanos Incapacitados puede ser obtenida llamando al 1(800) 949-4232 TDD1(713)520-5136 o la Texas Commission on Human Rights (comisión de derechos humanos de Texas), (512) 437-3450..

Para que la Comisión revise su solicitud el empleador debe pagar \$ 2.00 por cada solicitud. Usted debe adjuntar su remite. El formulario TWCC-156 será devuelto sin tomar ninguna acción si usted no adjunta el pago. La cantidad puede cambiar en cualquier momento. Haga su cheque pagadero a TWCC.

Yo certificó que soy un representante autorizado del empleador y el párrafo de la Sección II de este documento es verdadero, completo y correcto con el mejor conocimiento.

Firma del Representante/Empleador _____ Fecha _____

JURADO Y SUSCRITO ANTE MI POR _____

(Escriba en letra de molde el nombre del Representante/Empleador)

ESTE DÍA _____ DE _____, DEL AÑO _____.

 Firma del Notario Público Escriba en letra de molde el Nombre del Notario Público
(Sello)

Mi Comisión expira: _____

FORMULARIO TWCC-156

HOJA DE INSTRUCCIONES PARA AUTORIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE FUTURO EMPLEO

INFORMACION GENERAL:

1. **EL PAGO DEBE ADJUNTARSE CON CADA SOLICITUD.** Para que el formulario TWCC-156 sea procesado se requiere el pago de \$2.00 y incluye franqueo postal. El formulario será devuelto sin tomar ninguna acción si el pago requerido no esta adjunto. La cantidad de pago puede cambiar en cualquier momento. **Haga los cheques pagaderos a TWCC.**
2. Use el formulario TWCC-156, Certificación y Autorización de un Posible Empleo, para obtener información confidencial acerca de un reclamo de compensación de personas que han sometido aplicaciones de trabajo. La Comisión proveerá las fechas del accidente y la descripción general de dos o más lesiones que hayan sido sometidas por el aplicante en los últimos cinco años de empleo. El uso de este servicio no es mandatorio.
3. El formulario TWCC-156 **DEBE LLENARSE COMPLETAMENTE.** Por favor escriba en tinta negra y en letra de molde o a maquina. El formulario **original** firmado y notariado debe enviarse por correo o debe entregarse personalmente a: TEXAS WORKERS' COMPENSATION COMMISSION, SOUTHFIELD BUILDING, 4000 SOUTH IH-35, MS 92B, AUSTIN, TX 78704 a no más tardar 14 días después del día en el cual la aplicación para el trabajo fue sometida.
4. Para asistencia adicional en completar el formulario TWCC-156, llame a la sección de Reprographics/Pre Employment al (512) 804-4990 Ext 391.
5. El formulario TWCC-156, recibido por fax será devuelto sin tomar ninguna acción. Información confidencial no será dada por teléfono.
6. Para que usted pueda obtener información confidencial, el empleador debe tener seguro de compensación para trabajadores. La cobertura será verificada antes que la información se dé al público.

SECCIÓN I - INFORMACIÓN ACERCA DEL APLICANTE DE TRABAJO.

1. El aplicante debe proveer su nombre completo, la dirección y el número del seguro social. El día en que fue sometido la aplicación de trabajo deberá ser indicada.
2. El aplicante debe firmar el formulario ante un notario, y este, a su vez debe llenar la parte que aparece en el formulario para el notario.

SECCIÓN II - INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

1. El empleador debe proveer el nombre de la empresa, dirección número de teléfono y el número de identificación de impuestos federal.
2. El empleador debe autorizar un empleado de la compañía para pedir y recibir información confidencial. El empleado autorizado debe firmar el formulario ante un notario y hacer que el notario llene la parte del formulario correspondiente al notario. Una declaración incompleta o incorrecta será devuelta al empleador sin tomar ninguna acción.
3. Información acerca Del Acta de Americanos Incapacitados, debe completarse marcando una de las selecciones.

IMPORTANTE:

AL EJECUTUAR EN ESTE FORMULARIO TWCC-156, EL EMPRESARIO REPRESENTA QUE EL O ELLA TIENE DERECHO A LA INFORMACIÓN REQUERIDA Y QUE EL O ELLA TIENEN COMPLETA AUTORIDAD PARA ACTUAR COMO SOLICITANTE. ES UNA OFENSA MENOR (CLASS A) QUE PERSONAS SIN AUTORIZACIÓN RECIBAN INFORMACIÓN CONFIDENCIAL O ENTREGUEN ESTA INFORMACIÓN A PERSONAS QUE NO ESTÁN AUTORIZADAS POR LA LEY TEJANA DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES, CODIGO LABORAL DE TEJAS, SECCIONES 402.084, 402.091.