



State of Tennessee Treasury Department
Criminal Injuries Compensation Program
 Division of Claims Administration
 502 Deaderick Street ♦ Nashville, TN 37243-0202
 Telephone: (615) 741-2734 ♦ Fax: (615) 532-4979
 Website: www.treasury.tn.gov/injury/
 Email: Criminal.Injury@tn.gov

PARA USO DE LA OFICINA

Reclamo # _____

DECLARACIÓN DEL EMPLEADOR

Parte I: Información sobre el empleado (para ser llenada por el empleado)

Nombre (Apellido)	(Nombre)	(Nombre de soltera)	(Segundo nombre)
-------------------	----------	---------------------	------------------

Número Seguridad Social _____ - _____ - _____

Parte II: Información sobre el empleador (para ser llenada por el empleador)

Nombre del empleador		Teléfono ()	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Parte III: Información sobre el empleo (para ser llenada por el empleador)

Ocupación del empleado _____

Fecha de contratación del empleado (mes, día y año) _____

Salario semanal promedio \$ _____ Horas diarias trabajadas _____ Días trabajados por semana _____

¿Dejó de trabajar algún tiempo el empleado debido a que fue víctima de un crimen? No Sí

Si sí, ¿cuántos días dejó de trabajar el empleado? _____ ¿Cuál es la fecha en la que faltó por primera vez? _____

¿Ha regresado a trabajar? No Sí Si sí, ¿en qué fecha regresó a trabajar (mes, día y año)? _____

¿El crimen fue relacionada con el trabajo? No Sí

Si sí, ¿la víctima ha solicitado compensación laboral u otras prestaciones del empleado? No Sí

Indique a continuación si el empleado recibió o va a recibir pago de alguna de las siguientes fuentes como resultado de haber faltado al trabajo durante el periodo mencionada previamente:

Fuente	No	Sí	Importe semanal	De (fecha) a (fecha)
Ausencia por enfermedad/plan de grupo del empleador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	_____ a _____
Pago por discapacidad/plan sindical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	_____ a _____
Plan médico privado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	_____ a _____
Vacaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	_____ a _____
Compensación laboral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	_____ a _____
Otros (especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	_____ a _____

Parte IV: Certificación por parte del empleador

Mediante la presente, certifico que la información anterior es verdadera y correcta, a mi saber.

 Firma del empleador

 Nombre y título

 Fecha