

Incidente en ITC Marzo 17, 2019

Formulario individual para reclamos

Para presentar un reclamo individual por pérdidas o daños surgidos a consecuencia del incidente en ITC el 17 de marzo de 2019, (el "Incidente"), debe completar y enviar este Formulario para Reclamo incluyendo toda la documentación requerida por ITC ("Documentación de respaldo") a mas tardar el 25 de junio de 2019.

La reclamación individual por pérdida es para personas que hayan sufrido pérdida de ingresos u otras pérdidas / daños causados por el incidente. Si paga impuestos como contribuyente individual sobre los ingresos en los que se basa su reclamo por pérdidas, debe completar el Formulario de reclamo individual por pérdida . Si desea presentar un reclamo como representante de una empresa o por pérdidas por una operación comercial de un negocio del que sea propietario y en la que paga impuestos como contribuyente comercial, no utilice este Formulario individual para reclamos por pérdida, sino que utilice el Formulario para pérdidas económicas comerciales. Si tiene un Reclamo individual y un Reclamo comercial y desea hacer valer ambos reclamos, debe completar ambos formularios. Consulte las Preguntas comunes sobre el proceso de reclamaciones de ITC cuando complete este formulario.

Los formularios individuales para reclamos deben ser enviados completados y con los documentos de respaldo por correo electrónico a: incident31719@itcclaims.com o por correo postal a: ITC 17 de marzo de 2019, incident, PO Box 698, Deer Park Tx 77536.

A. Información del reclamante

Proporcione la siguiente información sobre la persona física que presenta este reclamo por pérdida individual.

1. Nombre: Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre
2. Dirección	Ciudad / Estado / Código Postal	Número (s) de teléfono
Dirección de correo electrónico		Fecha de Nacimiento (mes/día/año)

<p>3. Número de Seguro Social (últimos 4 dígitos): <input type="checkbox"/></p> <p>O</p> <p>Número de Identificación como Contribuyente (ITIN): <input type="checkbox"/></p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;"> X X X - X X - _____ </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> (proporcione los últimos 4 dígitos)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> _ _ _ - _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ </td> </tr> </table>	X X X - X X - _____	(proporcione los últimos 4 dígitos)	_ _ _ - _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
X X X - X X - _____				
(proporcione los últimos 4 dígitos)				
_ _ _ - _ _ _ _ _ _ _ _ _ _				

4. Indique el monto de la pérdida reclamada y proporcione detalles sobre la misma.

B. Información sobre su período de compensación

Su período de compensación, si corresponde, comenzará el 17 de marzo de 2019.

C. Información sobre su (s) trabajo (s) reclamante (s)

1. Proporcione la siguiente información sobre su (s) trabajo (s) reclamado (s). Un "Reclamo de trabajo" es el trabajo que usted realizó u obtuvo al 17 de marzo de 2019, por el cual está buscando una compensación por las pérdidas relacionadas con el incidente. Puede reclamar por más de un trabajo. Su (s) trabajo (s) reclamado (s) debe ser un trabajo que haya tenido durante su período de compensación. Ingrese la dirección de su empleador y la información a continuación. Si desea obtener una compensación por más de un trabajo, fotocopie las Secciones C a D de este Formulario de reclamo tantas veces como sea necesario para cada trabajo por el que reclame y por el que busque el pago por compensación de pérdidas.

Nombre del empleador

Período de empleo

Dirección del empleador

Desde __/__/__ hasta: __/__/__

Ciudad	Estado	Código Postal
--------	--------	---------------

Condado	Teléfono
---------	----------

Número de Identificación del Empleador (EIN)

| | | - | | | | | | | | | | (Su formulario W-2 or 1099)

Nombre del Supervisor - Apellido	Nombre	Inicial del Segundo nombre
---	--------	----------------------------

Describe el giro de negocio de su empleador y la posición que usted desempeña o espera desempeñar:

2. ¿Es este un empleo en donde le pagarán por hora?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
--	---

3. ¿La dirección que usted proporcionó sobre su empleador es distinta de la del lugar en donde usted trabaja?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
--	---

Número y calle

Ciudad	Estado	Código Postal
--------	--------	---------------

Condado	() -
---------	-----------------------

4. ¿Se encontraba usted trabajado en este empleo el 17 de marzo de 2019?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
---	---

Describe el trabajo que tenía el 17 de marzo de 2019:

D. Documentación requerida para un reclamo por pérdida individual de salario

Además de este Formulario para Reclamos, debe presentar cierta documentación de respaldo para probar su reclamo por pérdida individual. Si no presenta la documentación de respaldo requerida, el Administrador de reclamaciones no podrá revisar su reclamo y usted no recibirá el pago que reclama.

Verificación de empleo y pérdida de salario por parte de su empleador..

Autorización para obtener comprobante de empleo o de registros educativos.
Es probable que sea necesaria su autorización.

Forma W-9.

E. Otros Reclamos

Si cree que ha sufrido otras pérdidas personales, describa la pérdida con detalle, incluyendo todos los artículos y montos que reclama así como la fecha de los servicios. Debe presentar todos los documentos que respaldan su reclamo.

F. Pago

1. Si su reclamo es aprobado, ITC realizará todos los pagos a los que tenga derecho directamente mediante un cheque. Los cheques de pago se enviarán por correo de primera clase a la dirección que proporcionó en el formulario de registro. **Usted tiene la obligación de notificar a ITC si su dirección cambia.**

Para ciertos pagos, ITC reportará anualmente a las autoridades fiscales federales y estatales, utilizando un Formulario 1099 o un formulario estatal equivalente. ITC le enviará una copia de ese formulario, pero no puede darle ningún consejo fiscal con respecto a ningún pago que le haya sido dado a usted. Debe consultar con su propio asesor fiscal para determinar el impacto fiscal por recibir cualquier pago de ITC.

2. Gravámenes, embargos y otros anexos. Los gravámenes, embargos o embargos legales o formas similares de archivos adjuntos relacionados con su reclamo serán respetados y deducidos de su pago.

3. Requerimiento de Forma W-9. Todos los reclamantes deben proporcionar un formulario W-9.

4. NINGÚN PAGO SERÁ HECHO POR O A NOMBRE DE ITC SIN QUE EL RECLAMANTE REALICE UNA LIBERACIÓN DE TODO RECLAMO CONTRA ITC Y SUS RESPONSABLES.

5. La presentación de este formulario no obliga a ITC o aseguradores a aceptar o pagar el reclamo presentado. ITC tiene derecho a investigar todas las reclamaciones y puede requerir documentación adicional.

G. Firma

Certifico y declaro, bajo pena de perjurio, que la información proporcionada en este Formulario de reclamación es verdadera y precisa a mi leal saber y entender, y que los documentos de respaldo adjuntos o presentados en relación con este formulario y la información que contiene son verdaderos, precisos, y completos a lo mejor de mi conocimiento.

Certifico que estoy autorizado para actuar en nombre de la persona que presenta este Formulario de reclamación. Entiendo perfectamente que enviar este formulario **NO** obliga a ITC ni a su aseguradora a aceptar o pagar la reclamación presentada. ITC tiene derecho a investigar completamente todas las reclamaciones y puede requerir documentación adicional.

Al enviar este Formulario de reclamo, doy mi consentimiento para el uso y divulgación, por parte del Administrador de reclamos y de aquellos que lo asisten, de cualquier información sobre mí que consideren necesaria y / o útil para procesar mi reclamo de compensación y cualquier pago que resulte de dicho reclamo.

Firma:		Fecha:	____/____/____ (Mes/Día/Año)
Nombre:	Nombre	Inicial de Segundo Nombre	Apellido

El reclamante debe firmar este Formulario de Reclamación personalmente. Nadie puede firmar en nombre del reclamante a menos de que el reclamante haya fallecido, sea menor de edad o sea incompetente. Si el reclamante ha fallecido, es un menor o incompetente, un Representante autorizado puede firmar.