

# saifcorporation

## Reclamo por pérdida de ganancias mientras asiste un examen médico obligatorio

Nombre del trabajador \_\_\_\_\_ Número de reclamo \_\_\_\_\_

Fecha del examen \_\_\_\_\_

Nombre del médico o del hospital \_\_\_\_\_

Fecha y hora en la que salió del trabajo \_\_\_\_\_

Fecha y hora en la que regresó al trabajo \_\_\_\_\_

Cantidad de horas de trabajo perdidas \_\_\_\_\_

Sueldo por hora \_\_\_\_\_

Sueldo por tiempo perdido neto  
(después de impuestos y otras deducciones) \_\_\_\_\_

Yo certifico que la información antes mencionada es correcta.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

### Employer's Verification

I certify that the above worker was absent from work for the period indicated and that the worker's net lost wages (after deductions) were \$ \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Employer signature

\_\_\_\_\_  
Date