



DCVC: Informe del empleador – Pérdida de salario/apoyo

PSD25

Departamento de Compensación a Víctimas de Crimen (DCVC), Edgar A. Brown Building, 1205 Pendleton Street, Room 401, Columbia, SC 29201 • Teléfono 803-734-1900

<http://dcvc.scag.gov> (Haga clic en la guía de pagos y reembolsos en la pestaña «Para proveedores» para obtener más información)

Criterios para pérdida de salario:

Debe cumplir con los cuatro criterios: Empleo (2) Tiempo de trabajo perdido (3) Ingresos notificables y (4) Discapacidad

Al empleador: este formulario debe completarlo la Oficina de Nóminas o el Departamento de Recursos Humanos de su empresa.
 Complete la información y envíe el formulario directamente a nuestra oficina lo antes posible. Aceptamos envíos por fax: (803) 734-2261

Nombre legal del empleado _____

Tipo de empleo _____ N.º de Seguridad Social (últimos 5 dígitos) _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Fecha en que se empleó a la persona mencionada anteriormente por primera vez ____/____/____

Fecha en que estuvo ausente por primera vez a causa de las lesiones relacionadas con el crimen ____/____/____

Fecha en que volvió a trabajar a tiempo parcial (si corresponde) ____/____/____

Fecha en que volvió a trabajar a tiempo completo ____/____/____

*Fecha en que fue despedido, si ya no está empleado ____/____/____

*Proporcione una explicación _____

Debido a que el DCVC es un pagador de último recurso, todas las fuentes, como las vacaciones anuales, la licencia por enfermedad, la discapacidad a largo/corto plazo, la Administración de la Seguridad Social (SSA)/Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) deben agotarse antes de que el DCVC considere proporcionar beneficios por pérdida de salario.

Promedio de horas de trabajo por semana ____ Salario medio por hora ____ Salario bruto por semana ____

¿Este empleado fue compensado por el tiempo que estuvo ausente del trabajo? ____ Sí ____ No

Si la respuesta fue afirmativa, complete la siguiente información:

Deducción	Monto por semana	Desde el	Hasta el
Desempleo	\$		
Vacaciones	\$		
Enfermedad	\$		
Discapacidad	\$		
Otro (especifique)	\$		

Empleador _____ Dirección _____

Teléfono (____) _____

Nombre de la persona que completa este formulario (en letra de imprenta) _____ Firma _____

Título _____ Fecha ____/____/____ Número de identificación del empleador (obligatorio) _____

**** Es posible que se solicite documentación adicional para recibir salarios perdidos/apoyo, es decir, dos recibos de sueldo anteriores a la fecha en que ocurrió el crimen y copias de los dos últimos años consecutivos de la transcripción de su declaración de impuestos federales sobre ingresos (comuníquese con el IRS para obtener información adicional al 1-800-829-1040)**