

Hoja de cálculo para incapacidad parcial temporal
(De acuerdo con el capítulo 616C.598(7) del Código Administrativo de Nevada [NAC])

Para uso del agente de reclamaciones

Empleado lesionado _____

Aseguradora _____

Administrador externo _____

Empleador _____

Número de reclamación _____ N.º de Seguro Social _____

Período de pago (desde) ____ / ____ / ____ Pagado: Semanalmente _____

Período de pago (hasta) ____ / ____ / ____ Cada dos semanas _____

Quincenalmente _____

Mensualmente _____

Salario bruto \$ _____

Impuesto del Seguro Social/FICA \$ _____

Medicare \$ _____

FIT/FWT \$ _____

Otro (definir) \$ _____

Salario neto \$ _____

(después de realizar las deducciones habituales por seguro social, impuestos sobre los ingresos y otras deducciones estatales o federales obligatorias)

De acuerdo con el capítulo 616C.598(2) del NAC

Días no incluidos en el período de pago

Motivo de la ausencia: _____

TTD \$ _____

(por el mismo período)

Salario neto - \$ _____

TPD adeudada \$ _____

(si el salario neto es mayor que la tasa de incapacidad total temporal [TTD], no hay derecho a recibir incapacidad parcial temporal [TPD]) De acuerdo con el capítulo 616C.598(1) del NAC.

Preparado _____

Fecha _____