

**HOJA DE CÁLCULO PARA DETERMINACIÓN DE INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE  
PARA UNA INCAPACIDAD SUPERIOR AL 30 % SEGÚN LA BASE CORPORAL**

Consulte el capítulo 616C.495(1)(f) de los Estatutos Revisados de Nevada (NRS)

Empleado lesionado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de la lesión (DOI): \_\_\_\_\_ N.º de la reclamación: \_\_\_\_\_  
 \*Salario mensual promedio: \_\_\_\_\_ \*Salario estatal promedio: \_\_\_\_\_ Fecha de la calificación: \_\_\_\_\_  
 Fecha en que se ofreció la indemnización: \_\_\_\_\_ Fecha de recepción del informe de evaluación: \_\_\_\_\_

		<u>Base corporal (BB) - Verificación</u>		
Descripción: _____	%	Total	%	BB
_____	%	-30 % del pago único		
Saldo para el cálculo de las cuotas:			%	

Cálculo de cuotas

* A. _____ x	** .005				
Salario mensual	** .006	***.0054 x _____ % BB	= \$ _____	Año de nacimiento	Última TTD, TPD o DOI
B. _____ x 12			= \$ _____	***	
Tasa mensual			Tasa anual	+ _____	+ 5 años
C. _____ /365.25			= \$ _____		
Tasa anual			Tasa diaria		

Transfiera los ítems (1) al (3) del formulario D-9a a los ítems (1) al (3) del formulario D-9b

(1) Fecha del último pago por incapacidad total temporal (TTD) o incapacidad parcial temporal (TPD): \_\_\_\_\_ Fecha del primer pago: \_\_\_\_\_

(2) Período cubierto por el primer pago: desde (a) \_\_\_\_\_ hasta (b) \*\*\*\*\*  
 \*\*\*\*\*DOI/fecha de reactivación de la reclamación o día siguiente al último pago por TPD o TPD

(3) Primer pago: \$ \_\_\_\_\_ + \$ \_\_\_\_\_ + \$ \_\_\_\_\_ = \$ \_\_\_\_\_  
 ( ) Día(s) ( ) Mes(es) ( ) Año(s) (obtenido del formulario D-9a)

(4) Período cubierto por los pagos anuales: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ = \$ \_\_\_\_\_  
 \*\*\*\*\* ( ) Año(s)

(5) Período cubierto por el pago final: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

(6) Pago final: \$ \_\_\_\_\_ + \$ \_\_\_\_\_ = \$ \_\_\_\_\_  
 ( ) Mes(es) ( ) Día(s)

\*\*\*\*\* Mensual [ ] Anual [ ] (6a) Total de pagos en cuotas: \$ \_\_\_\_\_  
 del (4) al (6)

Cálculo del monto mínimo de pago único

(Pagadero solo si es superior al total de la cuota en el formulario D-9a)

.5 X \_\_\_\_\_ % BB X \_\_\_\_\_ Salario mensual de (A) arriba: \$ \_\_\_\_\_  
 (Use el porcentaje total de incapacidad) Monto mínimo del pago único

D. \_\_\_\_\_ X \*\* X 30 %BB = \$ \_\_\_\_\_  
 Salario mensual promedio Tasa mensual  
 (obtenido de A arriba)

(7) Fecha de entrada en vigor de la indemnización (año, mes posterior al indicado en 2 b)

Según el capítulo 616C.502 del Código Administrativo de Nevada (NAC)

(8) Fecha de nacimiento (año, mes)

(9) Edad del empleado lesionado en la fecha de entrada en vigor de la indemnización

= (7) menos (8) (años, meses)

(10) Tasa mensual de D

\$ \_\_\_\_\_

(11) Factor de la tabla para el valor presente

X \_\_\_\_\_ =

(12) Inserte el total de la suma de (3)

+

(13) Subtotal de (11) más (12):

(14) Menos cualquier pago aplicable de indemnización ya efectuado:

(15) Importe neto pagadero:

\* Utilice el salario mensual promedio o el salario estatal promedio, el que sea menor. Si el salario mensual promedio (AMW) para la TTD en esta reclamación está sujeto a la tasa congelada de 1993, recalculé el AMW para fines de incapacidad parcial permanente (PPD).

\*\* Utilice .005 para las lesiones ocurridas antes del 07/01/81. Utilice .006 para las lesiones ocurridas entre el 07/01/81 y el 06/17/93. Utilice .0054 para las lesiones ocurridas el 06/18/93 o después de esta fecha. Utilice .006 para las lesiones ocurridas el 1/1/00 o después de esta fecha.

\*\*\* Según el capítulo 616C.490(7) de los NRS, edad en la que cesa el derecho.

\*\*\*\* Esto debe reflejar el final del mes anterior a la elección de la indemnización. Puede ser necesario repetir el cálculo para ajustar la indemnización al valor presente.

Si la fecha en (2)(b) es en diciembre, preste atención en la línea (4) para asegurar la cantidad correcta de años. (Si se están restando fechas, agregue un año).

\*\*\*\*\* Se deben pagar cuotas mensuales si el derecho mensual es de \$100 o más. Se pueden pagar cuotas anuales si el derecho mensual es inferior a \$100.

\*\*\*\*\* Utilice la fecha de reactivación de la reclamación si no se pagaron beneficios por TTD/TPD después de la reactivación de la reclamación. (2)(a).

ELABORADO POR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

VERIFICADO POR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_