

PROGRAMA DE COMPENSACIÓN POR LESIONES CAUSADAS POR CONTRAMEDIDAS

INSTRUCCIONES PARA LLENAREL FORMULARIO DE SOLICITUD DE BENEFICIOS

Contenido

I.	Antecedentes	1
II.	Beneficios del Programa	2
III.	Personas elegibles para recibir los beneficios del Programa	2
IV.	Uso de un representante legal o personal	3
V.	Fecha límite para la presentación de la solicitud	3
VI.	Instrucciones para todos los solicitantes (Sección A del formulario de solicitud)	3
VII.	Instrucciones adicionales para el sobreviviente de una persona lesionada por la contramedida que falleció posiblemente como resultado de una contramedida cubierta (Sección B del formulario de solicitud).....	5
VIII.	Instrucciones adicionales para un albacea o administrador del patrimonio de una persona lesionada por la contramedida que falleció (Sección C del formulario de solicitud)	8
IX.	Instrucciones adicionales para un representante legal o personal (Sección D del formulario de solicitud).....	9
X.	Instrucciones para la sección de firmas (Sección E del formulario de solicitud)	10

Cuenta con un año para solicitar los beneficios del Programa después de la administración o el uso de una contramedida asociada a la lesión. Si se publica una tabla de lesiones que muestre que presuntamente su lesión fue causada por una contramedida cubierta, podría tener una fecha límite adicional de un año después de la fecha de vigencia de la tabla para presentar la solicitud de beneficios.

I. Antecedentes

El Programa de Compensación por Lesiones Causadas por Contramedidas (Countermeasures Injury Compensation Program, CICP) es un programa del gobierno federal que administra el programa de compensación especificado por la Ley de Preparación Pública ante Emergencias (Public Readiness and Emergency Preparedness Act, PREP). La Ley PREP dispone que se compense a las personas por lesiones físicas graves o por fallecimiento causados por contramedidas para pandemias, epidemias o de seguridad identificadas en las declaraciones emitidas por el Secretario en virtud de la sección 319F(b) de la Ley de Servicio de Salud Pública (Public Health Service Act) (42 U.S.C. § 247d-6d).

Una "declaración sobre la Ley PREP" del Secretario del Departamento de Servicios Humanos y de Salud (Secretario) especifica las categorías de las amenazas a la salud o de afecciones para las cuales se recomiendan contramedidas, el periodo de vigencia y las poblaciones y áreas geográficas cubiertas.

En marzo de 2013, se hicieron declaraciones sobre las contramedidas para la pandemia de la influenza, como la vacuna contra H1N1 de 2009, ventiladores mecánicos, ciertos medicamentos antivirales (como Tamiflu®, Relenza® y peramivir), y contramedidas para viruela, ántrax, radiación y botulismo. Las declaraciones están sujetas a cambio. El sitio web del Programa tiene disponibles copias de las declaraciones: [.hrsa.gov/cicp](http://hrsa.gov/cicp).

Para recibir los beneficios del Programa, a una persona lesionada por la contramedida se le debe haber administrado o debe haber usado la contramedida según los términos de la declaración (o creer de buena fe que así fue). La persona lesionada por la contramedida también debe haber sufrido una lesión física grave o fallecido como resultado de la contramedida cubierta. La Ley PREP también permite que ciertos sobrevivientes de una persona lesionada por la contramedida tengan derecho a recibir beneficios por fallecimiento si este fallecimiento resultó de la administración o el uso de la contramedida cubierta. Además, el patrimonio de una persona lesionada por la contramedida, que falleció, podría ser elegible para recibir ciertos beneficios, independientemente de la causa del fallecimiento.

II. Beneficios del Programa

- **Beneficios médicos:** El CICP proporciona ciertos beneficios médicos que se determinen razonables y necesarios para diagnosticar o tratar una lesión cubierta, o para diagnosticar, tratar o prevenir sus complicaciones médicas. La cantidad de los beneficios médicos razonables es ilimitada.
- **Beneficios por pérdida del salario:** Los beneficios por pérdida del salario son un 66 ²/₃ % del ingreso bruto no reembolsado de la persona en el momento de la lesión (75 % si la persona tenía uno o más dependientes cuando ocurrió la lesión). El beneficio por pérdida del salario tiene un máximo de \$50,000 al año y se podría pagar hasta que la persona cumpla 65 años de edad.
- **Beneficios por fallecimiento:** El CICP proporciona beneficios por fallecimiento a ciertos sobrevivientes de una persona lesionada por la contramedida que falleció como resultado de la administración o el uso de una contramedida cubierta. En la mayoría de los casos, la cantidad del beneficio por fallecimiento se basa en el Programa de Beneficios para Oficiales de Seguridad Pública (Public Safety Officers' Benefit, PSOB) y podría cambiar cada año.

En el caso de los beneficios médicos, por pérdida de empleo y ciertos beneficios por fallecimiento, el CICP es el pagador de último recurso.

III. Personas elegibles para recibir los beneficios del Programa

- A. La persona lesionada por la contramedida:** Una persona a la que se le administró o que usó una contramedida cubierta podría ser elegible para recibir beneficios de gastos en efectivo, gastos médicos no reembolsables y pérdida del salario.
- B. El sobreviviente de una persona lesionada por la contramedida que falleció:** Para que un sobreviviente pueda recibir beneficios por fallecimiento, la persona lesionada por la contramedida debe haber fallecido como resultado directo de las lesiones ocasionadas por la administración o el uso de una contramedida cubierta. Un sobreviviente elegible podría recibir beneficios por fallecimiento, pero no otros beneficios; sin embargo, es posible que el Programa

proporcione al patrimonio beneficios médicos y/o por pérdida del salario, así como un beneficio por fallecimiento a cualquier sobreviviente elegible en el mismo caso.

C. El patrimonio de una persona lesionada por la contramedida que falleció: El patrimonio podría ser elegible para recibir los beneficios del Programa si la persona lesionada por la contramedida fallece, independientemente de la causa del fallecimiento. El patrimonio podría recibir beneficios médicos y/o por pérdida del salario que la persona lesionada por la contramedida hubiera recibido por los beneficios acumulados antes de su fallecimiento. Una vez más, es posible que el Programa proporcione al patrimonio beneficios médicos y/o por pérdida del salario, así como un beneficio por fallecimiento a cualquier sobreviviente elegible en el mismo caso.

IV. Uso de un representante legal o personal

El uso de un representante legal o personal es opcional, excepto en ciertas circunstancias que se describen en la sección IX que aparece adelante. **El CICP no pagará ni reembolsará ninguna cuota o costo relacionado con el uso de un representante.**

V. Fecha límite para la presentación de la solicitud

Cuenta con **UN AÑO** para solicitar los beneficios del programa después de la administración o el uso de una contramedida asociada a la lesión. De manera alternativa, si se publica una tabla de lesiones que muestre que presuntamente su lesión fue causada por una contramedida cubierta, podría tener un año después de la fecha de vigencia de la tabla para presentar la solicitud. **Para cumplir con la fecha límite de presentación de la solicitud, solo necesita presentar el formulario de solicitud de beneficios (formulario de solicitud).** Sin embargo, el CICP no puede procesar su solicitud sin tener todos los documentos necesarios.

VI. Instrucciones para todos los solicitantes (Sección A del formulario de solicitud)

1. Todos los solicitantes deben rellenar la Sección A del formulario de solicitud, que requiere información sobre la persona lesionada por la contramedida, **y la sección E,** que es la sección de la firma.

2. Puede presentar al CICP su formulario de solicitud y toda la documentación requerida a través del portal de envío del DICP: <https://injurycompensation.hrsa.gov/DICPSubmit/> (preferido). Si no puede usar el portal, puede envié la documentación a la siguiente dirección:

U.S. Department of Health and Human Services
Health Resources and Services Administration
Countermeasures Injury Compensation Program
5600 Fishers Lane, 8W-25A
Rockville, MD 20857

El matasello o sello equivalente (p. ej., la fecha de entrega indicada por el servicio de mensajería comercial) se considerará la fecha de presentación de la solicitud para determinar si usted cumplió con la fecha límite.

Visite el sitio web del Programa, hsa.gov/cicp, para saber si puede presentar electrónicamente este formulario. Si puede hacerlo, entonces la fecha de presentación de la solicitud es la fecha en la que se envía electrónicamente el formulario de solicitud.

Puede obtener una copia adicional de este formulario y las instrucciones para llenarlo en el sitio web de CICP, hrsa.gov/cicp, llamando al 1-855-266-2427 (855-266-CICP), o por correo electrónico en: CICP@hrsa.gov.

3. Conserve una copia de todos los formularios y los documentos que presente para sus propios archivos.

Actualizaciones de la información provista

Si hay algún cambio en la información que proporcione en su formulario de solicitud o en sus otros documentos (como expedientes médicos recientes o una nueva dirección), se requiere que presente la información actualizada al CICP tan pronto como sea posible.

Instrucciones para llenar el formulario de solicitud

SECCIÓN A. PERSONA LESIONADA POR LA CONTRAMEDIDA

Esta sección debe ser llenada por todos los solicitantes, incluidos sobreviviente, patrimonio y representantes legales o personales.

- Nombre: El nombre de pila de la persona lesionada por la contramedida.
- Inicial del segundo nombre: La inicial del segundo nombre de la persona lesionada por la contramedida.
- Apellido: El nombre de familia o el apellido de la persona lesionada por la contramedida.
- Fecha de nacimiento: La fecha de nacimiento de la persona lesionada por la contramedida (mes, día y los 4 dígitos del año; p. ej., Octubre 23, 1960).
- Dirección: La dirección postal de la persona lesionada por la contramedida. Si la persona lesionada por la contramedida ha fallecido, ingrese "NC".
- Ciudad, estado y zona o código postal: La ciudad, el estado y la zona o el código postal de la dirección. Si la persona lesionada por la contramedida ha fallecido, ingrese "NC".
- País, si no es Estados Unidos de América: Si la persona lesionada por la contramedida ha fallecido, ingrese "NC".
- Número(s) de teléfono: El número o números de teléfono a los cuales se puede llamar a la persona lesionada por la contramedida, incluidos los números del teléfono del hogar, del teléfono de la oficina y/o del teléfono celular, si lo tiene. Si la persona lesionada por la contramedida ha fallecido, ingrese "NC".
- Dirección electrónica: La dirección electrónica de la persona lesionada por la contramedida. Este campo es opcional. Si la persona lesionada por la contramedida ha fallecido o si no tiene una dirección electrónica, ingrese "NC".
- Tipo de contramedida cubierta: Describa la contramedida cubierta que se administró o usó; por ejemplo, vacuna contra H1N1 de 2009 o vacuna contra el ántrax, que pudo haber causado la lesión.
- Fecha o fechas de la administración o del uso de la contramedida cubierta que pudo haber causado la lesión: El mes, el día y los cuatro dígitos del año cuando la persona lesionada por la contramedida recibió la contramedida cubierta. Por ejemplo, si a una persona le administraron dos vacunas contra H1N1 de 2009, entonces se deben proporcionar ambas fechas. Si solo se usó una contramedida cubierta, proporcione esa fecha. Si la contramedida cubierta se usó

durante un periodo de tiempo, indique el periodo de tiempo (por ejemplo, se me dio Tamiflu del 1 al 7 de septiembre de 2009).

- Lugar geográfico donde se administró o usó la contramedida cubierta (esto es, ciudad, estado): La ciudad, el condado y el estado en el que se administró o usó la contramedida cubierta. Si fue en el extranjero, incluya el país y toda información pertinente (p. ej., una base militar o una embajada de EE. UU.).
- Describa el propósito por el cual se recibió la contramedida cubierta: Cada declaración identifica el propósito para el cual una persona puede recibir o usar una contramedida cubierta y recibir beneficios del Programa. La información de ese campo podría ser, “Recibí la contramedida cubierta debido a la pandemia de la gripe porcina.”
- Quién se la administró (p. ej., un médico, en un hospital, clínica, departamento de salud de la localidad): Por ejemplo, en este campo podría ingresar, “El Departamento de Salud del Condado de Montgomery, en Pensilvania”.
- Fecha de aparición de la lesión. El mes, el día y los cuatro dígitos del año cuando la persona lesionada por la contramedida comenzó a tener síntomas o se enfermó.
- Describa la lesión que pudo haber resultado de la contramedida cubierta: Describa brevemente la lesión o enfermedad que pueda ser apoyada con documentación médica. Por ejemplo: “Presenté una erupción dérmica y urticaria en el lapso de una hora después de recibir la vacuna contra H1N1 de 2009 y mi médico me dio tratamiento por una reacción alérgica grave. Se me hospitalizó por una semana.”

Si usted es la **persona lesionada por la contramedida**, pase a la Sección E y firme este formulario de solicitud.

Si usted es un **sobreviviente de la persona lesionada por la contramedida** que posiblemente falleció como resultado de una contramedida cubierta, pase a la Sección B (amarilla).

Si usted es el **albacea o el administrador del patrimonio de una persona lesionada por la contramedida que falleció**, independientemente de la causa de su fallecimiento, pase a la Sección C (azul).

Si usted es el **representante legal o personal (incluido el padre o el tutor)** de una persona que solicita los beneficios del Programa, pase a la Sección D (anaranjada). También debe rellenar la Sección B (amarilla) si representa a un **sobreviviente** y/o la Sección C (azul) si representa al **albacea o administrador del patrimonio**.

Si usted es tanto un **sobreviviente de una persona lesionada por la contramedida que falleció** COMO el **albacea o administrador del patrimonio de una persona lesionada por la contramedida que falleció**, pase a la Sección B (amarilla) Y a la Sección C (azul).

VII. Instrucciones adicionales para el sobreviviente de una persona lesionada por la contramedida que falleció posiblemente como resultado de una contramedida cubierta (Sección B del formulario de solicitud)

Ciertos sobrevivientes podrían ser elegibles para recibir beneficios por fallecimiento, como el cónyuge, hijo, dependiente menor de edad, beneficiario nombrado en póliza de seguro de vida recientemente firmado, padre, hijo adulto de una persona lesionada por la contramedida fallecida, o si esta persona es menor, el tutor legal. Los sobrevivientes están clasificados en orden de prioridad. Para que un sobreviviente sea elegible en las categorías cuatro a siete, no puede haber una persona

en una categoría de mayor prioridad. El orden de prioridad de los sobrevivientes elegibles es el siguiente:

1. Cónyuge, si no hay un hijo sobreviviente de la persona lesionada por la contramedida

Un cónyuge tendrá derecho a los beneficios del CICP si tiene derechos como cónyuge en el PSOB. Puede encontrar más información sobre el PSOB en: psob.gov. Por lo general, cónyuge se refiere al esposo, esposa, viudo o viuda legal de una persona. Ciertos matrimonios de hecho podrían calificar en estados que reconocen este tipo de matrimonios. Un cónyuge elegible que está separado, pero no divorciado legalmente, podría ser considerado para recibir los beneficios por fallecimiento.

2. Cónyuge, hijo(s) y dependiente(s) menor(es), si hay al menos un hijo sobreviviente de la persona lesionada por la contramedida y un cónyuge sobreviviente

El cónyuge podría recibir 50 % del beneficio por fallecimiento y el hijo o hijos y dependiente o dependientes menores podrían recibir un porcentaje.

Un hijo sobreviviente calificará en esta categoría si es un hijo natural, ilegítimo, adoptado, póstumo o hijastro de una persona lesionada por la contramedida que, en el momento del fallecimiento de la persona lesionada por la contramedida:

- a. tiene 18 años de edad o menos; o
- b. tiene entre 19 y 22 años de edad y es estudiante de tiempo completo; o
- c. no es capaz de mantenerse él mismo debido a una discapacidad física o mental, independientemente de la edad.

3. Hijo o hijos, si no hay un cónyuge sobreviviente, o un hijo o hijos según se describen en la categoría dos de arriba

Si hay al menos un hijo sobreviviente, pero no hay un cónyuge sobreviviente, el hijo sobreviviente recibirá el beneficio por fallecimiento (si hay más de un hijo, los hijos recibirán el beneficio en partes iguales).

4. Beneficiario designado, si no hay un cónyuge o un hijo sobrevivientes

En el caso de que la persona lesionada por la contramedida fallezca y no tenga un cónyuge, hijo o menor dependiente, entonces la persona o personas nombradas en un formulario de designación de beneficiario proporcionado por un empleador, o si no hay tal formulario, en la póliza de seguro más recientemente firmada, podrían ser elegibles para recibir los beneficios por fallecimiento. La persona o personas podrían recibir todo el beneficio por fallecimiento si no hay un cónyuge, un hijo o un menor dependiente.

5. Padres, si no existe ninguno de los mencionados

En el caso de que no haya un cónyuge, un hijo o un menor dependiente, y no haya un beneficiario designado, entonces los dos progenitores se podrían dividir el beneficio por fallecimiento en partes iguales. Si solo hay un progenitor sobreviviente, entonces él o ella recibirá todo el beneficio.

6. Tutor legal de un menor fallecido sin padres sobrevivientes

Si la persona lesionada por la contramedida que falleció era un menor, entonces su tutor legal que no sea uno de los padres (como un abuelo) podría recibir el beneficio por fallecimiento si no hay otros sobrevivientes como se enumera arriba bajo el cálculo estándar.

7. Hijos adultos, si no existe ninguno de los mencionados

En el caso de que no haya un cónyuge ni un hijo como se define en la categoría dos de arriba, que no haya un menor dependiente, un beneficiario designado o un padre sobreviviente, entonces el beneficio por fallecimiento se podría pagar a una persona o personas que calificarían como hijo o hijos sobrevivientes bajo la categoría dos de arriba, excepto por la edad.

Hay una categoría adicional de sobrevivientes que podrían ser elegibles para participar en el cálculo alternativo del beneficio por fallecimiento. Esta categoría es:

1. Dependiente(s) menor(es) de 18 años

Una persona que el Servicio de Rentas Internas considere que es dependiente de la persona lesionada por la contramedida que falleció, en el momento en que ocurrió la lesión cubierta y que era menor de 18 años cuando se presentó el formulario de solicitud. Esta categoría podría incluir a personas que también calificarían como hijo menor sobreviviente (como se define en la categoría dos de la sección de arriba) así como a dependientes que no sean hijos del fallecido, como sobrinas, sobrinos, hijos suplentes y otros menores. Los dependientes sobrevivientes menores de 18 años que pertenezcan a esta categoría tienen la misma prioridad que los hijos sobrevivientes que se describen en la categoría dos de la sección de arriba (2. Cónyuge, hijo(s) y dependiente(s) menor(es)).

Si la persona lesionada por la contramedida falleció como resultado de una lesión causada por la contramedida, proporcione la siguiente información sobre el sobreviviente:

- Nombre: El nombre de pila del sobreviviente
- Inicial del segundo nombre: La inicial del segundo nombre del sobreviviente
- Apellido: El nombre de familia o el apellido del sobreviviente
- Fecha de nacimiento: La fecha de nacimiento del sobreviviente (mes, día y los 4 dígitos del año; p. ej., Octubre 23, 1960).
- Dirección: La dirección postal del sobreviviente
- Ciudad, estado y zona o código postal: La ciudad, el estado y la zona o el código postal de la dirección
- País, si no es Estados Unidos de América

- Número(s) de teléfono: El número o números de teléfono a los cuales se puede llamar al sobreviviente, incluidos los números del teléfono del hogar, del teléfono de la oficina y/o del teléfono celular, si lo tiene.
- Dirección electrónica: La dirección electrónica del sobreviviente. Este campo es opcional
- La fecha en la cual falleció la persona lesionada por la contramedida identificada en la Sección A: Ingrese el mes, el día y los cuatro dígitos del año cuando falleció la persona lesionada por la contramedida.

Podría haber uno o más sobrevivientes que son elegibles para recibir los beneficios por fallecimiento. Si usted es el único sobreviviente, marque el primer recuadro. Si hay otros sobrevivientes, marque el segundo recuadro y proporcione una lista de sus nombres y su relación con la persona que se identifica en la Sección A del formulario de solicitud. El formulario de solicitud contiene espacio para hasta cuatro sobrevivientes además de usted. Si hay más de cuatro sobrevivientes, adjunte una hoja de papel con los nombres y su relación con la persona identificada en la Sección A.

Si hay múltiples sobrevivientes elegibles y uno (o más) fallece antes de que el Programa pague el beneficio por fallecimiento, entonces usted puede enmendar el formulario de solicitud para borrar el nombre del fallecido o de los fallecidos; proporcione una copia del certificado de defunción de esa persona o personas.

Si usted es el **albacea o el administrador del patrimonio de la persona lesionada por la contramedida que falleció**, independientemente de la causa de su fallecimiento, pase a la Sección C (azul).

Si usted es el **representante legal o personal (incluido el padre o el tutor)** de una persona que solicita los beneficios del Programa, pase a la Sección D (anaranjada).

De otra manera, **pase a la Sección E para firmar el formulario de solicitud.**

VIII. Instrucciones adicionales para un albacea o administrador del patrimonio de una persona lesionada por la contramedida que falleció (Sección C del formulario de solicitud)

Si la persona lesionada por la contramedida fallece, **independientemente de la causa de fallecimiento**, entonces el patrimonio podría recibir ciertos beneficios médicos y/o beneficios por pérdida del salario. Por ejemplo:

- La persona lesionada por la contramedida fallece antes de presentar un formulario de solicitud; o
- La persona lesionada por la contramedida presentó un formulario de solicitud, que fue revisado o aprobado para recibir los beneficios del Programa, pero falleció antes de recibir todos los pagos del CICP.

Se requiere que el albacea o el administrador proporcione al Programa una carta de administración u otra documentación de un tribunal de jurisdicción competente a fin de que el patrimonio sea considerado para recibir beneficios. Sin embargo, el albacea o el administrador puede presentar un formulario de solicitud antes de la fecha límite para la presentación de la solicitud, y luego proporcionar la documentación cuando la tenga disponible.

Toda la información solicitada en esta sección se refiere al albacea o al administrador del patrimonio.

- Nombre: Nombre de pila del albacea o del administrador del patrimonio.
- Inicial del segundo nombre: Inicial del segundo nombre del albacea o del administrador del patrimonio.
- Apellido: El nombre de familia o el apellido del albacea o del administrador del patrimonio.
- Dirección: Dirección postal del albacea o del administrador del patrimonio.
- Ciudad, estado y zona o código postal: La ciudad, el estado y la zona o el código postal de la dirección.
- País, si no es Estados Unidos de América.
- Número(s) de teléfono: El número o números de teléfono a los cuales se puede llamar al albacea o al administrador del patrimonio, incluidos los números del teléfono del hogar, del teléfono de la oficina y/o del teléfono celular si lo tiene.
- Dirección electrónica: Dirección electrónica del albacea o del administrador del patrimonio. Esto es opcional.

Si usted es el **representante legal o personal (incluido el padre o el tutor)** de una persona que solicita los beneficios del Programa, pase a la Sección D (anaranjada).

Si usted es un **sobreviviente de la persona lesionada por la contramedida** que falleció posiblemente como resultado de una contramedida cubierta, regrese a la Sección B (amarilla).

De otra manera, **pase a la Sección E para firmar el formulario de solicitud.**

IX. Instrucciones adicionales para un representante legal o personal (Sección D del formulario de solicitud)

Un representante legal (como un abogado) o un representante personal (como un pariente, amigo o colega) debe presentar un formulario de solicitud en nombre de un solicitante que no tenga capacidad legal para recibir beneficios del Programa (como un menor o un adulto legalmente discapacitado). Otros solicitantes podrían optar por usar a un representante legal o a un representante personal, aunque tengan capacidad legal para recibir beneficios del Programa. **El Programa no paga ni reembolsa ninguna cuota o costo relacionado con el uso de un representante legal o personal.**

Toda la información solicitada en esta sección se refiere al representante legal o personal.

- Nombre: Nombre de pila del representante legal o personal.
- Inicial del segundo nombre: Inicial del segundo nombre del representante legal o personal.
- Apellido: El nombre de familia o el apellido del representante legal o personal.
- Dirección: Dirección postal del representante legal o personal.
- Ciudad, estado y zona o código postal: La ciudad, el estado y la zona o el código postal de la dirección.
- País, si no es Estados Unidos de América.
- Número(s) de teléfono: El número o números de teléfono a los cuales se puede llamar al representante legal o personal, incluidos los números del teléfono del hogar, del teléfono de la oficina y/o del teléfono celular, si lo tiene.
- Dirección electrónica: Dirección electrónica del representante legal o personal. Esto es opcional.

- Relación con la persona que solicita los beneficios del Programa: Describa la relación del representante legal o personal con el solicitante (como padre, abuelo, amigo, abogado, etc.)

El Programa necesita saber si la persona representada tiene capacidad legal para recibir los beneficios del Programa.

- Seleccione el primer recuadro si la persona es menor o si un tribunal ha determinado que la persona no tiene capacidad legal para recibir los beneficios del Programa.
- Seleccione el segundo recuadro si la persona es legalmente competente (por ejemplo, un adulto o un menor emancipado según lo determine la ley estatal o un tribunal).

Pase a la Sección E para firmar el formulario de solicitud.

X. Instrucciones para la sección de firmas (Sección E del formulario de solicitud)

Todos los solicitantes deben firmar y fechar el formulario de solicitud a menos que no tengan capacidad legal para firmar, en cuyo caso el representante legal o personal debe firmarlo en su nombre.

- Típe su nombre o escríbalo claramente en letra de imprenta.
- Firme.
- Fecha: La fecha en que firmó el formulario de solicitud.

Envíe su formulario lleno y toda la documentación requerida a través del portal de envío del DICP: <https://injurycompensation.hrsa.gov/DICPSubmit/> (preferido). Si no puede usar el portal, puede enviar la documentación a la siguiente dirección:

U.S. Department of Health and Human Services
Health Resources and Services Administration
Countermeasures Injury Compensation Program
5600 Fishers Lane, Room 8W-25A
Rockville, MD 20857

Para solicitar información sobre el programa y para obtener una copia adicional de este formulario de solicitud y las instrucciones para llenarlo, visite el sitio web de CICP, **Error! Hyperlink reference not valid.**, llame al 1-855-266-2427 (855-266-CICP) o envíe un mensaje electrónico en: CICP@hrsa.gov. Visite el sitio web del Programa, para saber si puede presentar electrónicamente este formulario.

DECLARACIÓN SOBRE LA CARGA PÚBLICA

Declaración sobre la carga pública: El propósito de esta recopilación de datos es obtener información que permita al Secretario de Servicios Humanos y de Salud determinar si los solicitantes son elegibles para recibir beneficios del Programa de Compensación por Lesiones Causadas por Contramedidas (CICP). Los solicitantes (o sus representantes) deben proporcionar al CICP los formularios apropiados y los expedientes médicos relevantes como se especifica en la Sección 42 CFR 110.50-110.53. Una agencia no puede realizar ni patrocinar, y una persona no tiene obligación de responder, a una solicitud de recopilación de información a menos que exhiba un número de control OMB actualmente válido. El número de control OMB para la recopilación de esta información es 0915-0334 y es válido hasta 4/30/2026. Esta recopilación de información se requiere para obtener o retener un beneficio (42 CFR Parte 110). El acceso a estos expedientes está

estrictamente limitado a usuarios autorizados que conocen sus responsabilidades en virtud de la Ley de Privacidad, y a quienes se requiere que tengan medidas de seguridad con respecto a estos expedientes según esta ley. El Aviso del sistema de registros de los programas de compensación de lesiones, HHS/HRSA/HSB, N.º de sistema 09–15–0056, identifica a los usuarios autorizados. Se calcula que la carga pública del informe de esta recopilación de información es un promedio de 5.1 horas por respuesta, incluido el tiempo para leer las instrucciones, buscar las fuentes de datos existentes, y completar y revisar la recopilación de información. Envíe sus comentarios referentes a este cálculo o de cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga a HRSA Reports Clearance Officer, 5600 Fishers Lane, Room 14N136B, Rockville, Maryland, 20857 o paperwork@hrsa.gov.