



Solicitud del Trabajador para Revisión de Clasificación de Reclamación

Por favor complete y envíe una copia firmada de este formulario, junto con copias del Aviso de Negación para Reclasificar (Notice of Refusal to Reclassify) y cualquier otra documentación que quiere que consideremos, a: Appellate Review Unit, Workers' Compensation Division, 350 Winter St. NE, P.O. Box 14480, Salem, OR 97309-0405, o mande un fax al 503-947-7794. Para obtener ayuda para llenar este formulario, comuníquese con la División de Compensación para Trabajadores al 503-947-7816, o llame al Representante para Trabajadores Lesionados al 503-378-3351 ó al 800-927-1271.

Worker Request for Claim Classification Review

Please complete and send a signed copy of this form, along with copies of the Notice of Refusal to Reclassify and any additional evidence you want considered to: Appellate Review Unit, Workers' Compensation Division, 350 Winter St. NE, P.O. Box 14480, Salem, Oregon 97309-0405, or fax it to: 503-947-7794. For help filling out this form, contact the Workers' Compensation Division, 503-947-7816, or consult the Ombudsman for Injured Workers, 503-378-3351 or 800-927-1271.

Identificación de la reclamación (Claim identification)

Nombre del trabajador (Worker's name):	No. de WCD (WCD no.):	Fecha de la lesión (Date of injury):
Dirección (Address):	Fecha de nacimiento del trabajador (Worker's date of birth):	
	No. de reclamación de la aseguradora (Insurer claim no.):	
No. de teléfono (Phone no.):	Nombre de la aseguradora (Insurer name):	
Correo electrónico (E-mail):	Correo electrónico (E-mail):	
Abogado del trabajador (de tenerlo) (Worker's attorney, if any):	Abogado de la aseguradora (si lo sabe) (Insurer's attorney, if known):	
Dirección (Address):	Dirección (Address):	
No. de teléfono (Phone no.):	No. de teléfono (Phone no.):	
Correo electrónico (E-mail):	Correo electrónico (E-mail):	

Revisión de Clasificación de Reclamación (Marque todas las casillas que correspondan.)

(Review of Claim Classification (Check all boxes that apply.))

Solicito la revisión por parte del director del Aviso de Negación para Reclasificar fechado:

(I request director's review of the Notice of Refusal to Reclassify dated):

Necesito ayuda con el idioma. (Por favor explique lo que necesita):

(I have special language needs. (Please explain what you need)):

Esta solicitud fue iniciada por teléfono. (This request was initiated by phone.)

Asuntos (Issues)

Solicito una revisión por parte del director del Aviso de Negación para Reclasificar porque: (Marque las casillas para todos los asuntos que se apliquen.) (I request a director's review of the Notice of Refusal to Reclassify because: (Check boxes for all issues that apply.))

1. Pienso que mi médico autorizó mi incapacidad temporal y los beneficios por tiempo perdido son pagaderos. (Anote las horas de trabajo que perdió o el sueldo que perdió o fue reducido mientras estuvo en trabajo modificado o liviano.)
(I think my doctor authorized temporary disability and time-loss benefits are due and payable. (Note hours of work you missed or wages that were withheld or reduced while you were on modified or light duty.))

- | | |
|--|---|
| • Fecha(s) cuando faltó al trabajo
(Date(s) you missed work): _____ | • Sueldo perdido mientras estuvo en trabajo modificado o liviano
(Wages lost while on light/modified duty): _____ \$ |
| • Sueldo retenido o reducido por su empleador
(Wages withheld or reduced): _____ \$ | • Sueldo perdido mientras tuvo horas reducidas
(Wages lost while on reduced hours): _____ \$ |

2. No estoy de acuerdo con la decisión de la aseguradora de que el impedimento permanente es improbable bajo OAR 436-035.
(I disagree with the insurer's decision that there is no likelihood of permanent impairment under OAR 436-035.)
3. Tengo asuntos adicionales. Explique:
(I have additional issue(s). Explain): _____
- _____

Aviso al Trabajador: Debe presentar su solicitud de revisión de la clasificación de reclamo a la División de Compensación para Trabajadores por correo, fax, teléfono o en persona antes de que pasen 60 días de la fecha del Aviso de Negación para Reclasificar de la aseguradora, e incluya una copia del Aviso con su solicitud. Debe enviar copias de la presente solicitud y demás documentación a la aseguradora.

You must submit your request for review of the insurer's claim-classification decision to the Workers' Compensation Division by mail, hand-delivery, fax, or phone within 60 days of the date of the insurer's Notice of Refusal to Reclassify. You must attach a copy of the insurer's Notice of Refusal to Reclassify. You must send a copy of this request and all other documentation to the insurer.

Firma del trabajador, solicitante o designado (Signature of worker, requester, or designee)

Fecha (Date)

cc:

Instrucciones para llenar la forma, definiciones y otra información (Completion instructions, definitions, and other information)

Identificación de la reclamación

Nombre, dirección, número de teléfono y correo electrónico del trabajador

Esta información es importante para asegurar que todos los interesados reciban o puedan proporcionar información adecuada y puntual. Los interesados son responsables de proporcionar información actualizada a la división y a los otros interesados cuando existan cambios.

Número de WCD

Este número, que es diferente al número de reclamación de la aseguradora, puede no estar disponible cuando complete esta solicitud. Una vez que la WCD reciba su solicitud, su archivo recibirá un número si no tiene uno ya asignado.

Número de reclamación de la aseguradora

La compañía de seguros asigna este número a la reclamación. Es diferente al número de WCD que la división asigna. Este número está listado en el Aviso de Negación para Reclasificar.

Nombre, dirección y número de teléfono del abogado de la aseguradora (de tenerlo)

Puede obtener esta información de la compañía aseguradora.

Revisión de Clasificación de Reclamación

Aviso de Negación para Reclasificar

La aseguradora le envió este documento como respuesta a su solicitud para reclasificar su reclamación, de no incapacitante a incapacitante. Marque la fecha de este aviso en la casilla apropiada e incluya una copia del aviso con su solicitud.

Ayuda con el idioma

Describe el servicio que necesita (interpretación, traducción, etc.), e indique el idioma (incluye lenguaje de señas).

Asuntos

Incapacidad temporal (beneficios por tiempo perdido)

Estos son los beneficios por los períodos de tiempo que su médico primario le dijo a su aseguradora que usted no puede trabajar (incapacidad total temporal) o que sólo puede realizar trabajo modificado (incapacidad parcial temporal).

Posibilidad de incapacidad parcial permanente (PPD)

Aunque no haya perdido tiempo o sueldo debido a su inhabilidad para trabajar, puede que igual tenga una reclamación incapacitante. La división revisará sus expedientes médicos para decidir si hay efectos permanentes por la lesión.

Asuntos adicionales

Si usted quiere presentar información adicional acerca de su condición o de su tiempo perdido de trabajo, marque esta casilla y envíe la documentación adicional con su solicitud. Esta documentación será considerada junto con los materiales presentados por la aseguradora, para determinar si su reclamación puede ser reclasificada.

Otra información

¿Cómo se determinó que mi reclamación no es incapacitante?

La aseguradora revisa los informes médicos y la información de nómina de pago y basa su decisión en ellos. La aseguradora debe decidir:

- Si tiene que pagar tiempo perdido de trabajo
- Si existe la posibilidad de incapacidad permanente (PPD)

Si uno de estos criterios se cumple, su reclamación puede ser reclasificada como incapacitante.

¿Qué significa que mi reclamación no es incapacitante?

Algunos beneficios son iguales tanto para reclamaciones no incapacitantes como para las incapacitantes. En cualquier caso, tiene derecho a:

- Tratamiento médico y pago de los costos médicos; y
- Regresar al trabajo que tenía cuando se lesionó.

¿Qué es lo que cambia si mi reclamación es incapacitante?

- Puede recibir beneficios por tiempo perdido cuando no puede realizar su trabajo normal
- Puede recibir una recompensa por incapacidad permanente cuando se cierre su reclamación

¿Qué pasa si no tengo el Aviso de Negación para Reclasificar que debo presentar con mi solicitud de reclasificación?

- Pídale a su aseguradora que le envíe una copia adicional del Aviso de Negación para Reclasificar.

¿Qué hago si no tengo evidencia adicional?

- Pídale a su empleador copias de las nóminas de pago de los periodos de trabajo que perdió.
- Contacte a su médico y pídale una copia del reporte médico que muestre los posibles efectos permanentes de su lesión.

¿Cuánto tiempo tengo para apelar el Aviso de Negación para Reclasificar?

- Debe apelar el Aviso de Negación para Reclasificar antes de que pasen 60 días de la fecha en el aviso.

Si no ha recibido la documentación adicional que quiere presentar con su solicitud, y la fecha límite para apelar se está acercando, envíe una carta con su solicitud indicando qué documentación va a presentar. Envíe la documentación adicional apenas la reciba.