

Aviso al Trabajador

La ley de compensación para trabajadores de Oregon requiere que esta información sea provista junto con el aviso de aceptación de su reclamación de compensación para trabajadores.

Las aseguradoras tienen la obligación de decirle en el aviso de aceptación cuales son las condiciones médicas que se aceptan y si su reclamación es incapacitante o no incapacitante.

Reclamaciones no incapacitantes; revisión de reclasificación

Si su reclamación ha sido clasificada como una "lesión no incapacitante" significa que no habrá pagos por incapacidad y:

- Usted puede regresar a hacer trabajo regular o modificado y recibir la totalidad de su sueldo en o antes del cuarto día calendario, después de haber dejado de trabajar o de no haber ganado sueldo como resultado de la lesión.
- No pierde más adelante horas de trabajo o sueldo como resultado de la lesión.
- Parece que usted no tendrá algún tipo de incapacidad permanente como resultado de la lesión.

Si cree que hay un error en la clasificación de su reclamación como no incapacitante, comuníquese con la aseguradora antes de que pase un año a partir de la fecha en que la aseguradora aceptó su reclamación y solicite una revisión de reclasificación. La aseguradora tiene que realizar la revisión dentro de los 14 días y debe enviarle la decisión dentro de 14 días. Si no está de acuerdo con la decisión de la aseguradora, usted tiene derecho a solicitar a la División de Compensación para Trabajadores (Workers' Compensation Division) dentro de 60 días a partir de la fecha del aviso de la aseguradora la revisión de su reclamación para determinar si fue clasificada correctamente.

Reclamaciones no incapacitantes; agravación (empeoramiento) de las condiciones causadas por una lesión

Si su reclamación no es incapacitante, usted puede tener derecho a recibir beneficios adicionales si las condiciones causadas por la lesión empeoran. Esto se llama "agravación". Pídale a su doctor el formulario 827, "Informe del Trabajador y el Proveedor Médico para Reclamaciones de Compensación para Trabajadores" ("Worker's and Health Care Provider's Report for Workers' Compensation Claims") y marque la casilla que dice "Agravación de la lesión original" ("Report of agravación of original injury"). Llene y firme su parte del formulario y entrégueselo al doctor. Su doctor llenará el resto del formulario y lo enviará a la aseguradora.

Si su lesión continua siendo no incapacitante por lo menos por un año a partir de la fecha en que su reclamación fue aceptada, sus derechos de agravación vencerán cinco años después de la fecha de la lesión.

Derechos de reinstalación y responsabilidades

En la mayoría de los casos, la Ley de Derechos Civiles de Oregon (Oregon Civil Rights Law) requiere que las compañías con más de 20 empleados reinstalen a un trabajador permanente una vez que el doctor o enfermera(o) practicante autorizada(o) haya aprobado que el trabajador regrese a su trabajo regular o a otro trabajo apropiado. Usted puede regresar al empleo que tenía cuando se lastimó, a menos que ese trabajo ya no exista, no esté disponible, o su lesión en el trabajo no le permita realizar su trabajo previo. El trabajo se considera "disponible" aun cuando otro trabajador lo reemplace durante su ausencia. Si su trabajo no está disponible a usted se le debe ofrecer cualquier otra posición vacante y apropiada. Un certificado por parte de su doctor o enfermera(o) practicante autorizada(o) indicando que usted puede hacer su trabajo regular u otro trabajo apropiado es prueba suficiente de que usted puede realizar el trabajo. No obstante, el reemplazo y la reinstalación pueden estar limitados por derechos de antigüedad y otras restricciones de empleo descritas en un acuerdo de negociación colectiva válido entre el empleador y un representante del empleado.

Dentro de los cinco días posteriores a que su doctor o enfermera(o) practicante autorizada(o) notifique a la aseguradora que usted ha sido dado de alta y que puede regresar a trabajar, la aseguradora debe informarle sobre la oportunidad de solicitar trabajo con el empleador donde se lastimó.

Usted perderá su derecho de reinstalación a su trabajo regular si algo de lo siguiente sucede:

- Su doctor, enfermera(o) practicante, o un árbitro médico determina que usted está médicamente estacionario pero que no puede físicamente regresar a su trabajo regular.
- Usted reúne los requisitos y participa en un programa de asistencia vocacional conforme a ORS 656.340.
- Usted acepta un trabajo apropiado con otro empleador después de estar médicamente estacionario.
- Usted rechaza un ofrecimiento de buena fe de trabajo liviano o modificado antes de estar médicamente estacionario.
- Usted falla en solicitar la reinstalación dentro de los siete días a partir de la fecha de la carta certificada de la aseguradora informándole que su doctor o enfermera(o) practicante autorizada(o) le ha dado de alta para trabajar.
- Han pasado tres años desde la fecha de la lesión.
- Lo despiden por motivos de buena fe no relacionados con la lesión y por los cuales otros son o serían despedidos.
- Es claro que usted abandona el trabajo con el empleador.

Los derechos de reinstalación no son aplicables si algo de lo siguiente sucede:

- Lo contrataron de manera temporal para reemplazar a un trabajador lesionado.
- Usted es un trabajador temporal empleado para trabajar menos de seis meses en un año calendario.
- Su trabajo al momento de la lesión resultó de una recomendación de empleo a corto plazo por parte de una oficina de empleo de un sindicato operando bajo un acuerdo de negociación colectiva.
- Su empleador tiene 20 o menos trabajadores. (No obstante, los derechos de reinstalación tienen validez si un empleador tiene 21 trabajadores o más *en* el momento de la lesión o *en* el momento que el trabajador demanda la reinstalación.)

Si tiene preguntas o quejas con respecto a sus derechos de reinstalación, debe comunicarse con la oficina local del Departamento de Labor e Industrias de Oregon (Oregon Bureau of Labor and Industries - BOLI).

Asistencia de re-empleo

La División de Compensación para Trabajadores tiene un programa para ayudar a los trabajadores lesionados que son elegibles a permanecer o regresar al trabajo:

El Programa de Asistencia de Reempleo (Reemployment Assistance Program) ofrece ayuda a los trabajadores lesionados de Oregon que reúnen los requisitos para permanecer o regresar al trabajo. Debido a su lesión, es posible que su empleador sea elegible para recibir asistencia para que usted regrese a un trabajo transitorio por medio del Programa de Empleador donde se Lastimó (Employer-at-Injury Program) mientras su reclamación se encuentra abierta. Su empleador puede comunicarse con [nombre de la aseguradora y número de teléfono].

Reembolso por los gastos relacionados con su lesión

La aseguradora le reembolsará por pagos que usted haya realizado y que sean relacionados con los gastos de reclamación, tales como medicamentos, transporte, comidas y alojamiento que sean necesarios para atender a citas mandatorias. Usted debe presentar su reembolso por escrito e incluir copias de los recibos u otro tipo de documentos de respaldo que la aseguradora requiera. La aseguradora debe recibir su pedido para reembolso antes de que pasen dos años a partir de la fecha en la que usted pagó por el gasto o de dos años a partir de la fecha en que se determinó que su reclamación es compensable, lo que suceda más tarde. El formulario 3921 "Request for Reimbursement of Expenses" se encuentra disponible en el sitio Web de la División de Compensación para Trabajadores" la aseguradora también puede proveer el formulario para solicitar reembolso.

Condiciones médicas omitidas o avisos de aceptación incorrectos

Si cree que una condición médica ha sido omitida del aviso de aceptación o si el aviso es incompleto o incorrecto, usted debe notificar por escrito con la aseguradora. Explique por qué cree que el aviso de aceptación es incorrecto. Puede notificar a la aseguradora usando el Formulario 827 – mire la información abajo mencionada.

Nueva condición médica

Si desarrolla una nueva condición médica después que su reclamación ha sido aceptada, usted debe notificar a la aseguradora por escrito identificando la condición como una "nueva condición médica (new medical condition)" y solicitar una aceptación formal de la condición por escrito. Usted debe notificar a la aseguradora usando el Formulario 827 – mire la nota abajo mencionada.

- Formulario 827 – Usted puede notificar a su aseguradora de una nueva condición médica omitida usando el Formulario 827 “Reporte para Reclamación de Compensación para Trabajadores y Proveedores del Cuidado de la Salud”. Pida a su proveedor del cuidado de la salud el Formulario 827, complete la parte superior del formulario, y marque el casillero “Solicitud para aceptación de una nueva u omitida condición médica en una reclamación existente”

Servicio de audiencia acelerada

Si no está de acuerdo con las medidas tomadas en su reclamación, y su reclamación califica, usted puede recibir una audiencia acelerada ante la División de Apelación de Audiencias de la Junta Directiva de Compensación para Trabajadores antes de que pasen 30 días a partir de la fecha de su solicitud para una audiencia, si es que:

- La disputa no implica la compensabilidad o responsabilidad por una reclamación, y la cantidad total en disputa, menos las multas y los honorarios de abogado, es menor de \$1,000 dólares.
- El único problema en la disputa es el derecho a multas o los honorarios del abogado.
- La disputa surgió porque su reclamación fue negada porque usted falló en cooperar con la con la aseguradora en la investigación de su reclamación.

Si tiene preguntas sobre su reclamación, comuníquese con su empleador o con la aseguradora. Si tiene preguntas adicionales, puede comunicarse con:

Departamento de Servicios para Consumidores y Negocios de Oregon

División de Compensación para Trabajadores (Workers' Compensation Division),
350 Winter Street NE, P.O. Box 14480, Salem, OR 97309-0405
503-947-7585, o gratis en Oregon, 1-800-452-0288

Ombudsman para Trabajadores Lastimados (Ombudsman for Injured Workers),
350 Winter Street NE, P.O. Box 14480, Salem, OR 97309-0405
503-378-3351, o gratis, 1-800-927-1271

La Junta Directiva de Compensación para Trabajadores (Workers' Compensation Board),
2601 25th Street SE, Suite 150, Salem, OR 97302-1282
503-378-3308