



## Petición del Trabajador para Reconsideración

La División de Compensación para Trabajadores (WCD) puede realizar el proceso de reconsideración de una clausura de reclamación solamente una vez. Todos los interesados pueden presentar los asuntos en cuestión y proveer evidencia dentro del límite de tiempo establecido por la ley. Cuando hay disputa por el porcentaje de incapacidad permanente, la WCD revisará automáticamente las condiciones aceptadas bajo los estándares temporales de evaluación. Si necesita ayuda para llenar este formulario, comuníquese con la Unidad de Revisión de Apelaciones al 503-947-7816, o con la oficina del Ombudsman para Trabajadores Lesionados al 503-378-3351 o al número gratuito 1-800-927-1271. Complete y envíe una copia firmada de este formulario, junto con cualquier información que usted desea que sea revisada, a la siguiente dirección: Appellate Review Unit, Workers' Compensation Division, 350 Winter St. NE, P.O. Box 14480, Salem, Oregon 97309-0405. Si usted está representado por un abogado, incluya un acuerdo firmado de anticipo de honorarios.

### Worker Request for Reconsideration

There can only be one reconsideration proceeding by the Workers' Compensation Division (WCD) for any claim closure. All parties can raise issues and provide evidence within the statutory time limits. When permanent disability is raised, WCD will automatically review accepted conditions for temporary rating standards. For help filling out this form, contact the Appellate Review Unit, 503-947-7816, or the Ombudsman for Injured Workers, 503-378-3351 or toll free 800-927-1271. Complete and send a signed copy of this form, along with any information you want reviewed, to: Appellate Review Unit, Workers' Compensation Division, 350 Winter St. NE, P.O. Box 14480, Salem, Oregon 97309-0405. If you have an attorney, include a current signed retainer agreement.

#### Identificación de la reclamación (Claim identification)

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

#### Reconsideración de la clausura — (Marcar todas las casillas que correspondan. Ver al reverso de la página para las definiciones.) (Reconsideration of closure — (Check all boxes that apply. See back of this form for definitions.))

Yo solicito reconsideración del Aviso(s) de Clausura (NOC, por sus siglas en inglés) con fecha: (I request reconsideration of the Notice(s) of Closure (NOC) dated):

- Necesito ayuda con el idioma. Por favor explique lo que necesita.  
(I have special language needs. Please identify your language need.) \_\_\_\_\_
- He solicitado y recibido mi pago por incapacidad permanente en una "suma total."  
(I have asked for and received a "lump sum" (full) payment of my permanent disability award.)
- Solicitaré una declaración jurada por el trabajador.. (I will be scheduling a worker deposition.)
- Esta solicitud fue iniciada por teléfono. (I initiated this request by phone.)
- Solicito un examen con un panel de doctores. (I request a panel exam.)

*Continúa en la siguiente página  
(Continued on next page)*

**Asuntos (Issues) (Marcar *todas* las casillas que correspondan. Si no marca una casilla, su derecho a disputar ese asunto se termina. (Check *all* issues you want reviewed. If you don't check a box, your right to dispute that issue ends.)**

1. La aseguradora clausuró mi reclamo muy rápido o la clausura fue inapropiada (por ejemplo, no estaba médicamente estacionario). (The insurer closed my claim too soon or closed it improperly (e.g. not medically stationary).)
2. No estoy de acuerdo con la fecha en que se me determinó médicamente estacionario o con la fecha de clausura reglamentaria del NOC. La fecha correcta es:  
(I disagree with the medically stationary or statutory closure date on the NOC. Correct date: \_\_\_\_\_)
3. No estoy de acuerdo con las fechas de incapacidad temporal que figuran en el NOC. Las fechas correctas son:  
(I disagree with the temporary disability dates shown on the NOC. Correct dates: \_\_\_\_\_)
4. No estoy de acuerdo con las conclusiones de la evaluación de impedimento utilizadas para determinar mi incapacidad permanente. Quiero ser examinado por un médico árbitro.  
(I disagree with the impairment findings used to determine and rate permanent disability. I want to be examined by a medical arbiter.)
5. No estoy de acuerdo con la evaluación de incapacidad permanente y entiendo que si marco esta casilla, **no tendré** una cita con un médico árbitro.  
(I disagree with the rating of permanent disability and understand that by marking this box I will **not** be scheduled for a medical arbiter exam.)
6. Asunto(s) adicional(es) con el NOC. Explique: (I have additional issue(s) with the NOC. Explain:)

**Aviso a todos los interesados: Una petición para reconsideración automáticamente incluye una revisión sobre la idoneidad de la clausura conforme a ORS 656.268 ( por ejemplo, médicamente estacionario, suficiente información para la clausura, etc.).**

**Aviso al trabajador: La aseguradora también puede solicitar la reconsideración de su propio NOC y debe hacerlo antes de que pasen siete días de la fecha en que el NOC fue enviado. Reconsideración consiste en la revisión de todo el archivo y puede resultar en que sus beneficios no varíen, aumenten, o disminuyan. Envíe su solicitud por correo, fax, entréguela personalmente o haga el pedido por teléfono antes de que pasen 60 días a partir del Aviso de Clausura conforme a OAR 436-030-0005. Usted debe enviar a la aseguradora una copia de su solicitud y de cualquier información que quiere que sea revisada al mismo tiempo que las envíe a la División de Compensación para Trabajadores.**

**Notice to all Parties: A request for reconsideration automatically includes review of the appropriateness of the closure under ORS 656.268 (e.g., medically stationary, sufficient information to close, etc.)**

**Notice to the Worker: The insurer also may request reconsideration of its NOC and must do so within seven days of the mailing date of the NOC. Reconsideration includes a review of the whole record and may result in no change, a decrease, or an increase in your benefits. Mail, fax, phone, or hand-deliver your request within 60 days of the Notice of Closure, according to OAR 436-030-0005. You must send a copy of your request and any information you want reviewed to the insurer at the same time you send it to the Workers' Compensation Division.**

\_\_\_\_\_  
Firma del trabajador, solicitante o de la persona designada (Signature of worker, requester, or designee)

\_\_\_\_\_  
Fecha (Date)

CC:

**Instrucciones para completar, definiciones, y otra información (\*Significa que la información es requerida)**  
**(Completion instructions, definitions, and other information (\*Notes required information))**

● **Identificación de la reclamación:**

**Nombre del trabajador, dirección y número de teléfono**

Esta información es importante para asegurar que todos los interesados reciban o puedan proveer información apropiada y oportuna. Los interesados son responsables de proveer información actualizada si es que esta cambia.

**Número de la WCD**

La División de Compensación para Trabajadores asigna este número cuando el formulario 801 es llenado y presentado al departamento. (Este número es diferente al número de reclamación de la aseguradora.) Este número puede aparecer en el frente del NOC. (Aviso de Clausura)

**\*Número de reclamación de la aseguradora**

Este es el número que la compañía de seguros asigna a la reclamación. Este número es diferente al número que WCD asigna a la reclamación.

**Abogado de la aseguradora (si lo hay), dirección y número de teléfono**

Usted puede obtener esta información de la compañía de seguros o del frente del NOC.

**Correo electrónico**

Proporcione las direcciones de correo electrónico que pueda leer regularmente y de las que pueda responder de inmediato.

● **Reconsideración de clausura:**

**\*Fecha de Aviso de Clausura (NOC)**

Esta fecha es la "fecha de envío por correo (mailing date)" que figura en la esquina derecha superior del NOC. La aseguradora puede enviar una Notificación Corregida de Clausura, una Cancelación y Nueva Emisión del NOC, o las dos notificaciones. Ponga la "fecha de envío por correo" de todos los NOC que usted quiera apelar en la misma línea

**Ayuda con el idioma**

Describa la clase de ayuda que necesita, indique el idioma, incluyendo lenguaje de señas.

**Pago en una suma total**

La incapacidad parcial permanente (PPD) no puede ser revisada en la reconsideración si:

- Su recompensa por PPD es más de \$6,000; y
- Usted solicita y acepta de la aseguradora el pago de la suma total de su recompensa

**Declaración jurada (deposición)**

Es un testimonio bajo juramento, (no se lleva a cabo en el tribunal) y consiste generalmente de preguntas y respuestas. Todos los interesados pueden hacer preguntas. Un estenógrafo escribirá a máquina la declaración jurada. Usted debe hacer la cita para la declaración y notificar a la aseguradora. La aseguradora pagará los costos.

**Examen de panel de doctores**

Marque esta casilla si usted desea que un panel de doctores realice el examen de médico árbitro.

● **Asuntos:**

**Clausura prematura o inapropiada**

La clausura de su reclamación ocurrió antes de tiempo, usted no está

médicamente estacionario, o su reclamación no se cerró conforme a la ley. Por ejemplo, no hubo suficiente información para determinar su incapacidad.

**Fecha de medicamento estacionario**

Es la fecha en que su médico dice que no espera que su condición médica mejore ni con tratamiento médico, ni con el paso del tiempo. Esto no quiere decir que usted ha regresado a un estado normal, pero que ningún tratamiento adicional le favorecerá.

**Fecha reglamentaria de clausura**

Esta es la fecha en que, conforme a la ley de Oregon, la reclamación puede ser clausurada, ya sea porque la condición del trabajador se ha vuelto médicamente estacionaria o porque ocurre alguno de los siguientes casos:

- La condición aceptada ya no es una causa contribuyente principal de su necesidad de tratamiento y hay suficiente información para determinar el grado de su incapacidad.
- Por razones bajo su control y sin aprobación de su médico, usted no obtiene tratamiento médico por 30 días.
- Por razones bajo su control usted no se presenta a un examen de clausura obligatorio.

**Fechas de incapacidad temporal**

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

**Examen de Médico Arbitro**

Este examen es realizado por un doctor que usted no ha visto antes. La división escoge al médico para ayudar a resolver disputas sobre incapacidad permanente.

**Estándar temporal de evaluación**

Es el estándar específico de un reclamo que la Unidad de Revisión de Apelaciones utiliza. Es incluido en la orden de reconsideración para evaluar la incapacidad permanente cuando los Estándares de Evaluación de Incapacidad listados en OAR 436-030 no pueden ser aplicados.

**Copias (cc)**

Liste las personas a quien usted está enviando copias de la forma y de otra información. Por ejemplo, la aseguradora, su abogado, etc.

● **Otra información importante:**

**¿Qué debo hacer si no estoy de acuerdo con la información o las pruebas médicas usadas durante la clausura de reclamación?**

Haga una o más de las siguientes cosas:

- Explique por qué piensa que la información es incorrecta
- Envíe información aclaratoria del médico que lo atiende
- Envíe pruebas médicas que se deberían haber incluido en el momento de la clausura.

Esta es su última oportunidad para agregar información para la revisión del archivo o de una apelación en el futuro.

**¿Qué debo hacer si no estoy de acuerdo con algo que no fue presentado en la solicitud de reconsideración?**

Usted no puede presentar ningún asunto acerca del NOC en apelaciones futuras si usted no lo presentó al tiempo de la reconsideración.