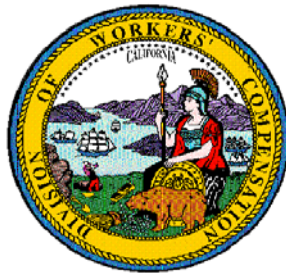


---

División de Compensación de Trabajadores

MUESTRAS DE NOTIFICACIONES  
ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)



Título 8 del Código de Reglamentos de California,  
desde la Sección 9810 hasta la Sección 9815  
(Revisiones vigentes a partir del 1º de enero de 2016)

Enero de 2016

---

MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)

Nombre del Administrador de Reclamaciones  
Dirección  
Ciudad\_Estado\_Código Postal  
Número de Teléfono  
*[Incluir si está disponible]* Dirección de sitio web

Fecha *[si se solicita]* ENVIADO POR CORREO  
ELECTRÓNICO A dirección de correo  
electrónico del empleado

Empleado Empleado:  
Dirección Fecha de la Lesión:  
Ciudad\_Estado\_Código Postal Número de Reclamación:

NOTIFICACIÓN ACERCA DE LOS BENEFICIOS POR INCAPACIDAD TEMPORAL

INICIO DE LOS PAGOS

NOMBRE DEL ADMINISTRADOR DE RECLAMACIONES está tramitando su reclamación de la compensación de trabajadores en nombre de NOMBRE DEL EMPLEADOR. Esta notificación es para informarle el estado de sus beneficios por incapacidad de la compensación de trabajadores por su lesión, correspondiente a la fecha indicada arriba.

**[Incluir el párrafo siguiente para el pago de incapacidad total temporal.]**

El pago por ***(seleccionar una opción:)*** incapacidad temporal /continuación del salario en lugar de incapacidad temporal ya comenzó y el mismo se ***(seleccionar una opción:)*** adjunta / envía por separado / incluye en su pago para el período comprendido entre el FECHA y el FECHA, por la suma de \$IMPORTE, y continuará hasta que usted pueda regresar al trabajo o su condición médica sea permanente y estacionaria. Su tasa de la compensación semanal es de \$INSERTAR TASA basada en su ingreso de \$SALARIO SEMANAL PROMEDIO semanales. Es posible que usted reciba menos si está cobrando salarios parciales. ***[Incluir si corresponde:]*** El período de espera es desde el FECHA hasta el FECHA y no se paga a menos que usted se encuentre sin trabajar durante más de 14 días.

**[Incluir el párrafo siguiente para el pago de incapacidad parcial temporal (salario perdido).]**

El pago por incapacidad parcial temporal (también conocido como pago por salario perdido) ya comenzó y el mismo se ***(seleccionar una opción:)*** adjunta / envía por separado / incluye en su pago por el período comprendido entre el FECHA y el FECHA por la suma de \$IMPORTE y continuará hasta que usted pueda regresar al trabajo o su condición médica sea permanente y

**MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)**

estacionaria. Su tasa de compensación podría variar de una semana a otra, dependiendo de las modificaciones de su salario y de las horas que usted trabaje cada semana. El salario perdido se calcula considerando sus ingresos semanales promedio previos a la lesión, sujeto a una tasa máxima legal, y sustrayendo sus ingresos semanales después de la lesión. El pago semanal por salario perdido que se paga es dos tercios de esta diferencia. Nosotros contactaremos a su empleador cada dos semanas para determinar si corresponde pago por salario perdido y la cantidad adeudada, si la hay. En este momento la información que tenemos indica que usted está ganando un total de \$IMPORTE GANADO por semana. ***[Incluir si corresponde:]*** El período de espera es desde el FECHA hasta el FECHA y no se paga a menos que usted se encuentre sin trabajar durante más de 14 días.

***[Seleccionar una opción]***

***[Incluir tanto para Incapacidad Total Temporal o TTD (por Temporary Total Disability) y para Incapacidad Parcial Temporal o TPD (por Temporary Partial Disability) (salario perdido)]***

Le enviaremos los pagos a usted cada dos semanas el DÍA DE LA SEMANA.

***[Incluir para Continuación de Salario]***

Los pagos se incluirán en su salario el día habitual de pago. Junto con esta notificación se incluye una explicación del plan de continuación de salario específico para su empleador.

**[OBLIGATORIO: incluir para todas las notificaciones:]**

Usted puede encontrar información adicional en la publicación *Workers' Compensation in California: A Guidebook for Injured Workers* (Compensación del Trabajador de California: Una Guía para Trabajadores Lesionados). Usted puede obtener una copia completa de la Guía en el sitio web de la División de Compensación de Trabajadores (ver URL a continuación) o contactando a un Funcionario de Información y Asistencia o I&A (por *Information and Assistance*) de la División de Compensación de Trabajadores. El tema de la Incapacidad Temporal se trata en el capítulo 5 de esta Guía.

**Guía para Trabajadores Lesionados:**

<http://www.dir.ca.gov/InjuredWorkerGuidebook/Spanish/InjuredWorkerGuidebook.html>

**Capítulo 5: Incapacidad Temporal:**

<http://www.dir.ca.gov/InjuredWorkerGuidebook/Spanish/Chapter5.pdf>

***El Estado de California requiere que usted reciba la siguiente información:***

**[TEXTO OBLIGATORIO: Seleccionar una de las siguientes opciones:]**

**[Incluir los dos párrafos siguientes para todas las reclamaciones no sujetas a un programa alternativo de resolución de disputas o ADR (por Alternative Dispute Resolution):]**

## MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS (VERSIÓN EN ESPAÑOL)

Usted tiene derecho a estar en desacuerdo con decisiones que afecten su reclamación. Si tiene alguna pregunta acerca de la información contenida en esta notificación, por favor, comuníquese [*insertar ya sea “conmigo, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o con el nombre y el número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico*]. Usted también tiene el derecho de ser representado por un abogado que usted elija. Sin embargo, si usted es representado por un abogado, usted debe llamar a su abogado, no [*insertar ya sea “a mí, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o al nombre y al número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico*].

Para recibir información acerca del proceso de reclamaciones de la compensación de trabajadores y de sus derechos y obligaciones, visite [www.dir.ca.gov](http://www.dir.ca.gov) o contacte a un funcionario de información y asistencia (I&A) de la División Estatal de Compensación de Trabajadores. Para obtener información grabada y un listado de las oficinas, llame al (800) 736-7401.

### *[Para reclamaciones sujetas a un programa ADR, incluir en la medida que sea apropiado según el acuerdo ADR:]*

Usted tiene derecho a estar en desacuerdo con decisiones que afecten su reclamación. Si tiene alguna pregunta acerca de la información contenida en esta notificación, por favor, comuníquese [*insertar ya sea “conmigo, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o con el nombre y el número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico*] o comuníquese con (*insertar nombre, título y teléfono del ombudsman o mediador*). Sin embargo, si usted es representado por un abogado, usted debe llamar a su abogado, no [*insertar ya sea “a mí, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o al nombre y al número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico*], al ombudsman o mediador.

### *[Texto opcional para reclamaciones sujetas a un programa ADR bajo el Código Laboral, Sección 3201.5 - Incluir si corresponde bajo las disposiciones del programa ADR:]*

De acuerdo con el contrato de INSERTAR NOMBRE DEL SINDICATO, no se permite la participación activa de un abogado en las etapas de Ombudsman y Mediación del proceso ADR de la compensación de trabajadores. Sin embargo, usted tiene derecho a consultar con un abogado y su derecho a recibir asesoramiento legal no está limitado y puede obtenerlo por cuenta propia en cualquier momento. Si las etapas de Ombudsman y Mediación de la resolución de disputas resultan sin éxito y se ha presentado a tiempo una solicitud de Arbitraje por escrito, sí se permite la participación de un abogado.

Para información acerca del proceso de reclamaciones de la compensación de trabajadores y de sus derechos y obligaciones, contacte a un funcionario de información y asistencia (I&A) de la División de Compensación de Trabajadores del estado. Asegúrese de informarle al funcionario de información y asistencia que su resolución está sujeta a un programa alternativo de resolución de disputas. Para obtener un listado de las oficinas, visite [www.dwc.ca.gov](http://www.dwc.ca.gov) o llame al (800) 736-7401.

MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)

*[Seleccionar una opción:]*

Le estamos enviando esta notificación electrónicamente a pedido suyo. Por favor, confirme que desea continuar recibiendo notificaciones de manera electrónica y actualice su dirección de correo electrónico si es necesario.

Abogado del Solicitante (si corresponde): Le estamos enviando esta notificación electrónicamente a pedido suyo. Por favor, confirme que desea continuar recibiendo notificaciones de manera electrónica y actualice su dirección de correo electrónico si es necesario.

*[TEXTO OBLIGATORIO - requerido para todas las notificaciones en letra en negrita.]*

Conserve esta notificación. La misma contiene información importante acerca de sus beneficios de la compensación de trabajadores.

Atentamente,

---

Examinador de Reclamaciones

cc: ABOGADO DEL SOLICITANTE *(si corresponde)*

Adjunto: Breve explicación del plan de continuación de salario específico del empleador *(según sea aplicable de acuerdo con el Título 8 del Código de Reglamentos de California, Sección 9814)*

MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)

Nombre del Administrador de Reclamaciones  
Dirección  
Ciudad\_Estado\_Código Postal  
Número de Teléfono  
*[incluir si está disponible]* Dirección de sitio web

Fecha *[opcional]* ENVIADO VÍA CORREO  
ELECTRÓNICO A dirección de correo  
electrónico del empleado

Empleado Empleado:  
Dirección Fecha de la Lesión:  
Ciudad\_Estado\_Código Postal Número de Reclamación:

NOTIFICACIÓN ACERCA DE LOS BENEFICIOS POR INCAPACIDAD TEMPORAL  
DEMORA

NOMBRE DEL ADMINISTRADOR DE RECLAMACIONES está tramitando su reclamación de la compensación de trabajadores en nombre de NOMBRE DEL EMPLEADOR. Esta notificación es para informarle el estado de sus beneficios por incapacidad de la compensación de trabajadores por su lesión, correspondiente a la fecha indicada arriba.

Si bien se ha aceptado responsabilidad respecto de su lesión para la compensación de trabajadores, en este momento no puedo pagarle los beneficios por incapacidad temporal correspondientes al período comprendido entre el FECHA y el FECHA porque MOTIVO DE LA DEMORA. Necesito obtener la siguiente información para tomar una determinación: Especifique INFORMACIÓN REQUERIDA para tomar la determinación. Espero informarle acerca del estado de estos beneficios para el día FECHA.

*[Si el beneficio está demorado por una cuestión médica y el administrador de reclamaciones está solicitando una evaluación médica integral, y el empleado no tiene representante, seleccionar el párrafo (1) o el (2)]*

(1) Como usted ha recibido una evaluación médica integral, es posible que le soliciten que regrese a ese mismo médico para que le haga una nueva evaluación.

(2) Si usted no está de acuerdo con los resultados de la evaluación del médico que lo está atendiendo, usted puede obtener una evaluación por parte de un Evaluador Médico Calificado o QME (por *Qualified Medical Evaluator*). Usted debe notificarme por escrito acerca de su objeción a la determinación del médico que lo está atendiendo dentro del plazo de treinta (30) días a

**MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)**

partir de la fecha en que recibió el informe del médico que lo está atendiendo. Para solicitar un QME, usted debe:

a) Comunicarse (*insertar* “conmigo, NOMBRE DEL AJUSTADOR,” o con *el nombre y el número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico*) para obtener el formulario de Solicitud de Panel de Evaluadores Médicos Calificados para presentarlo en la División de Compensación de Trabajadores o DWC (por *Division of Workers’ Compensation*) del estado y así solicitar un panel de tres Evaluadores Médicos Calificados (QME),

o

b) Usted puede descargar el formulario del sitio web de la División de Compensación de Trabajadores en: <http://www.dir.ca.gov/dwc/SPANISH/QMEForm105.pdf>

Las instrucciones para completar el formulario se encuentran aquí:

<http://www.dir.ca.gov/dwc/SPANISH/QMEForm105-Instructions.pdf>

***Si el empleado tiene representante, incluir lo siguiente:***

Si usted tiene representante, puede contactar a su abogado para cualquier pregunta.

***OBLIGATORIO: incluir para todas las notificaciones:***

Usted puede encontrar información adicional en la publicación *Workers’ Compensation in California: A Guidebook for Injured Workers* (Compensación del Trabajador de California: Una Guía para Trabajadores Lesionados). Usted puede obtener una copia completa de la Guía en el sitio web de la División de Compensación de Trabajadores (ver URL a continuación) o contactando a un Funcionario de Información y Asistencia o I&A (por *Information and Assistance*) de la División de Compensación de Trabajadores. El tema de la Incapacidad Temporal se trata en el Capítulo 5 de esta Guía.

Guía para Trabajadores Lesionados:

<http://www.dir.ca.gov/InjuredWorkerGuidebook/Spanish/InjuredWorkerGuidebook.html>

Capítulo 5: Incapacidad Temporal:

<http://www.dir.ca.gov/InjuredWorkerGuidebook/Spanish/Chapter5.pdf>

Capítulo 4: Resolución de Problemas acerca de la Atención y de los Informes Médicos

<http://www.dir.ca.gov/InjuredWorkerGuidebook/Spanish/Chapter4.pdf>

***El Estado de California requiere que usted reciba la siguiente información:***

***[TEXTO OBLIGATORIO: Seleccionar una de las siguientes opciones:]***

***[Incluir los dos párrafos siguientes para todas las reclamaciones no sujetas a un programa alternativo de resolución de disputas o ADR (por Alternative Dispute Resolution):]***

Usted tiene derecho a estar en desacuerdo con decisiones que afecten su reclamación. Si tiene alguna pregunta acerca de la información contenida en esta notificación, por favor, comuníquese

MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)

*[insertar ya sea “conmigo, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o con el nombre y el número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico].* Usted también tiene el derecho de ser representado por un abogado que usted elija. Sin embargo, si usted es representado por un abogado, usted debe llamar a su abogado, no *[insertar ya sea “a mí, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o al nombre y al número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico].*

Para recibir información acerca del proceso de reclamaciones de la compensación de trabajadores y de sus derechos y obligaciones, visite [www.dir.ca.gov](http://www.dir.ca.gov) o contacte a un Funcionario de Información y Asistencia (I&A) de la División Estatal de Compensación de Trabajadores. Para obtener información grabada y un listado de las oficinas, llame al (800) 736-7401.

**[Para reclamaciones sujetas a un programa ADR, incluir en la medida que sea apropiado según el acuerdo ADR:]**

Usted tiene derecho a estar en desacuerdo con decisiones que afecten su reclamación. Si tiene alguna pregunta acerca de la información contenida en esta notificación, por favor, comuníquese *[insertar ya sea “conmigo, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o con el nombre y el número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico]* o comuníquese con *(insertar nombre, título y teléfono del ombudsman o mediador)*. Sin embargo, si usted es representado por un abogado, usted debe llamar a su abogado, no *[insertar ya sea “a mí, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o al nombre y al número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico]*, al ombudsman o mediador.

**[Texto opcional para reclamaciones sujetas a un programa ADR bajo el Código Laboral, Sección 3201.5 – Incluir si corresponde bajo las disposiciones del programa ADR:]**

*De acuerdo con el contrato de INSERTAR NOMBRE DEL SINDICATO, no se permite la participación activa de un abogado en las etapas de Ombudsman y Mediación del proceso ADR de la compensación de trabajadores. Sin embargo, usted tiene derecho a consultar con un abogado y su derecho a recibir asesoramiento legal no está limitado y puede obtenerlo por cuenta propia en cualquier momento. Si las etapas de Ombudsman y Mediación de la resolución de disputas resultan sin éxito y se ha presentado a tiempo una solicitud de Arbitraje por escrito, sí se permite la participación de un abogado.*

Para información acerca del proceso de reclamaciones de la compensación de trabajadores y de sus derechos y obligaciones, contacte a un funcionario de información y asistencia (I&A) de la División de Compensación de Trabajadores del estado. Asegúrese de informarle al funcionario de información y asistencia que su resolución está sujeta a un programa alternativo de resolución de disputas. Para obtener un listado de las oficinas, visite [www.dwc.ca.gov](http://www.dwc.ca.gov) o llame al (800) 736-7401.

**[Seleccionar una opción:]**

Le estamos enviando esta notificación electrónicamente a pedido suyo. Por favor, confirme que desea continuar recibiendo notificaciones de manera electrónica y actualice su dirección de correo electrónico si es necesario.



MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)

Abogado del Solicitante (si corresponde): Le estamos enviando esta notificación electrónicamente a pedido suyo. Por favor, confirme que desea continuar recibiendo notificaciones de manera electrónica y actualice su dirección de correo electrónico si es necesario.

*[TEXTO OBLIGATORIO - requerido para todas las notificaciones en letra en negrita.]*

Conserve esta notificación. La misma contiene información importante acerca de sus beneficios de la compensación de trabajadores.

Atentamente,

---

Examinador de Reclamaciones

cc: ABOGADO DEL SOLICITANTE *(si corresponde)*

MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)

Nombre del Administrador de Reclamaciones  
Dirección  
Ciudad\_Estado\_Código Postal  
Número de Teléfono  
*[incluir si está disponible]* Dirección de sitio web

Fecha *[opcional]* ENVIADO VÍA CORREO  
ELECTRÓNICO A dirección de correo  
electrónico del empleado

Empleado	Empleador:
Dirección	Fecha de la Lesión:
Ciudad_Estado_Código Postal	Número de Reclamación:

NOTIFICACIÓN ACERCA DE LOS BENEFICIOS POR INCAPACIDAD TEMPORAL  
NEGACIÓN

NOMBRE DEL ADMINISTRADOR DE RECLAMACIONES está tramitando su reclamación de la compensación de trabajadores en nombre de NOMBRE DEL EMPLEADOR. Esta notificación es para informarle el estado de sus beneficios por incapacidad de la compensación de trabajadores por su lesión, correspondiente a la fecha indicada arriba.

Si bien se ha aceptado responsabilidad respecto de su lesión para la compensación de trabajadores, en este momento no puedo pagarle los beneficios por incapacidad temporal correspondientes al período comprendido entre el FECHA y el FECHA porque MOTIVO DE LA NEGACIÓN. *(Si la negación se basa en un informe médico, incluir lo siguiente:)* Se adjunta a esta notificación una copia del informe.

**[Si el beneficio es negado por una cuestión médica y el empleado no tiene representante, incluir lo siguiente]**

Nosotros *(seleccionar una opción)* aceptamos /no aceptamos la evaluación del médico que lo está atendiendo acerca de su estado de incapacidad temporal.

**[Si el empleado no tiene representante, seleccionar (1) o (2):]**

*(1)* La negación del beneficio por incapacidad temporal se basa en la evaluación médica integral de un Evaluador Médico Calificado o QME (por *Qualified Medical Evaluator*) *(insertar nombre)* de fecha *(insertar fecha del informe)*. Si usted cuestiona los resultados de la evaluación, usted

## MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS (VERSIÓN EN ESPAÑOL)

puede presentar una Solicitud de Adjudicación de la Reclamación ante la Junta de Apelaciones de la Compensación de Trabajadores o WCAB (por *Workers' Compensation Appeals Board*).

(2) La negación del beneficio por incapacidad temporal se basa en la evaluación del médico que lo está atendiendo (*insertar nombre*) de fecha (*insertar fecha del informe*). Yo (seleccionar una opción) *estoy de acuerdo/no estoy de acuerdo* con los resultados de la evaluación. Si usted no está de acuerdo con los resultados de la evaluación del médico que lo atiende, usted puede obtener una evaluación por parte de un Evaluador Médico Calificado o QME (por *Qualified Medical Evaluator*).

**[Si se selecciona la opción (2), seleccionar (a) si el empleado no ha sido previamente evaluado por un QME, o (b) si el empleado ha sido previamente evaluado por un QME]**

(a) Para solicitar un QME, usted debe comunicarse (*insertar “conmigo, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o con el nombre y el número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico*) para solicitar el formulario para presentar en la División de Compensación de Trabajadores o DWC (por *Division of Workers' Compensation*) del estado y así solicitar un panel de tres Evaluadores Médicos Calificados (QME), o usted puede descargar el formulario desde el sitio web de la DWC:

<http://www.dir.ca.gov/dwc/SPANISH/QMEForm105.pdf>. Las instrucciones para completar el formulario se encuentran aquí:

<http://www.dir.ca.gov/dwc/SPANISH/QMEForm105-Instructions.pdf>. Usted debe notificarme por escrito su objeción a la determinación del médico que lo está atendiendo dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha en que usted recibió el informe del médico que lo está atendiendo.

(b) Por favor, comuníquese (*insertar “conmigo, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o con el nombre y el número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico*) para coordinar una nueva evaluación con el QME (*insertar nombre*).

**[Si el empleado tiene representante, incluir lo siguiente:]**

Si usted está representado por un abogado, usted puede contactar a su abogado ante cualquier pregunta que tenga.

**OBLIGATORIO: incluir para todas las notificaciones:**

Usted puede encontrar información adicional en la publicación **Workers' Compensation in California: A Guidebook for Injured Workers** (Compensación del Trabajador de California: Una Guía para Trabajadores Lesionados). Usted puede obtener una copia completa de la Guía en el sitio web de la División de Compensación de Trabajadores (ver URL a continuación) o contactando a un Funcionario de Información y Asistencia o I&A (por *Information and Assistance*) de la División de Compensación de Trabajadores. El tema de la Incapacidad Temporal se trata en el Capítulo 5 de esta Guía.

MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)

Guía para Trabajadores Lesionados:

<http://www.dir.ca.gov/InjuredWorkerGuidebook/Spanish/InjuredWorkerGuidebook.html>

Capítulo 5: Incapacidad Temporal:

<http://www.dir.ca.gov/InjuredWorkerGuidebook/Spanish/Chapter5.pdf>

Capítulo 4: Resolución de Problemas acerca de la Atención y de los Informes Médicos

<http://www.dir.ca.gov/InjuredWorkerGuidebook/Spanish/Chapter4.pdf>

*El Estado de California requiere que usted reciba la siguiente información:*

***[TEXTO OBLIGATORIO: Seleccionar una de las siguientes opciones:]***

***[Incluir los dos párrafos siguientes para todas las reclamaciones no sujetas a un programa alternativo de resolución de disputas o ADR (por Alternative Dispute Resolution):]***

Usted tiene derecho a estar en desacuerdo con decisiones que afecten su reclamación. Si tiene alguna pregunta acerca de la información contenida en esta notificación, por favor, comuníquese ***[insertar “conmigo, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o con el nombre y el número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico]***. Usted también tiene el derecho de ser representado por un abogado que usted elija. Sin embargo, si usted es representado por un abogado, usted debe llamar a su abogado, no ***[insertar ya sea “a mí, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o al nombre y al número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico]***.

Para recibir información acerca del proceso de reclamaciones de la compensación de trabajadores y de sus derechos y obligaciones, visite [www.dir.ca.gov](http://www.dir.ca.gov) o contacte a un Funcionario de Información y Asistencia (I&A) de la División Estatal de Compensación de Trabajadores. Para obtener información grabada y un listado de las oficinas, llame al (800) 736-7401.

***[Para reclamaciones sujetas a un programa ADR, incluir en la medida que sea apropiado según el acuerdo ADR:]***

Usted tiene derecho a estar en desacuerdo con decisiones que afecten su reclamación. Si tiene alguna pregunta acerca de la información contenida en esta notificación, por favor, comuníquese ***[insertar ya sea “conmigo, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o con el nombre y el número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico]*** o comuníquese con ***(insertar nombre, título y teléfono del ombudsman o mediador)***. Sin embargo, si usted es representado por un abogado, usted debe llamar a su abogado, no ***[insertar ya sea “a mí, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o al nombre y al número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico]***, al ombudsman o mediador.

***[Texto opcional para reclamaciones sujetas a un programa ADR bajo el Código Laboral, Sección 3201.5 – Incluir si corresponde bajo las disposiciones del programa ADR:]***

De acuerdo con el contrato de INSERTAR NOMBRE DEL SINDICATO, no se permite la participación activa de un abogado en las etapas de Ombudsman y Mediación del proceso ADR de la compensación de trabajadores. Sin embargo, usted tiene derecho a consultar con un abogado y su derecho a

**MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)**

*recibir asesoramiento legal no está limitado y puede obtenerlo por cuenta propia en cualquier momento. Si las etapas de Ombudsman y Mediación de la resolución de disputas resultan sin éxito y se ha presentado a tiempo una solicitud de Arbitraje por escrito, sí se permite la participación de un abogado.*

Para información acerca del proceso de reclamaciones de la compensación de trabajadores y de sus derechos y obligaciones, contacte a un funcionario de información y asistencia (I&A) de la División de Compensación de Trabajadores del estado. Asegúrese de informarle al funcionario de información y asistencia que su resolución está sujeta a un programa alternativo de resolución de disputas. Para obtener un listado de las oficinas, visite [www.dwc.ca.gov](http://www.dwc.ca.gov) o llame al (800) 736-7401.

**[Seleccionar una opción:]**

Le estamos enviando esta notificación electrónicamente a pedido suyo. Por favor, confirme que desea continuar recibiendo notificaciones de manera electrónica y actualice su dirección de correo electrónico si es necesario.

Abogado del Solicitante (si corresponde): Le estamos enviando esta notificación electrónicamente a pedido suyo. Por favor, confirme que desea continuar recibiendo notificaciones de manera electrónica y actualice su dirección de correo electrónico si es necesario.

**[TEXTO OBLIGATORIO – requerido para todas las notificaciones en letra en negrita.]**

Conserve esta notificación. La misma contiene información importante acerca de sus beneficios de la compensación de trabajadores.

Atentamente,

---

Examinador de Reclamaciones

cc: ABOGADO DEL SOLICITANTE *(si corresponde)*

Adjunto: Informe(s) médico(s) *(si corresponde)*

MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)

Nombre del Administrador de Reclamaciones  
Dirección  
Ciudad\_Estado\_Código Postal  
Número de Teléfono  
*[incluir si está disponible]* Dirección del sitio web

Fecha *[opcional]* ENVIADO VÍA CORREO  
ELECTRÓNICO A dirección de correo  
electrónico del empleado

Empleado Empleado:  
Dirección Fecha de la Lesión:  
Ciudad\_Estado\_Código Postal Número de Reclamación:

NOTIFICACIÓN ACERCA DE LOS BENEFICIOS DE INDEMNIZACIÓN  
REANUDACIÓN DE LOS PAGOS

NOMBRE DEL ADMINISTRADOR DE RECLAMACIONES está tramitando su reclamación de la compensación de trabajadores en nombre de NOMBRE DEL EMPLEADOR. Esta notificación es para informarle el estado de sus beneficios por incapacidad de la compensación de trabajadores por su lesión, correspondiente a la fecha indicada arriba.

Se ha reanudado el pago por TIPO DE BENEFICIO y el mismo se *(seleccionar una opción)* adjunta / envía por separado / incluye en su pago por el período comprendido entre el FECHA y el FECHA por la suma de \$IMPORTE. Su tasa de compensación semanal es de \$TASA basada en sus ingresos semanales promedio de \$SALARIO SEMANAL PROMEDIO. Los pagos le serán enviados a usted

[elegir la opción a. o la opción b.:

a. (para TD/PD:) cada dos semanas el DÍA DE LA SEMANA.

b. (para continuación de salario:) en su día habitual de pago. Con esta notificación se incluye una explicación del plan de continuación de salario específico de su empleador.]

[Incluir para Incapacidad Temporal o TD (por *Temporal Disability*)/continuación de salario:  
Los pagos continuarán hasta que usted pueda regresar a trabajar o su condición médica sea permanente y estacionaria.]

[Incluir para pago por incapacidad parcial temporal (salario perdido):

Estamos reanudando el pago por incapacidad parcial temporal (también conocida como salario perdido) y el mismo se *(seleccionar una opción:)* adjunta / envía por separado / incluye en su

## MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS (VERSIÓN EN ESPAÑOL)

pago para el período comprendido entre el FECHA y el FECHA por la suma de \$IMPORTE y continuará hasta que usted pueda regresar a trabajar con sus salarios habituales o su condición médica sea permanente y estacionaria. Su tasa de compensación podría variar de una semana a otra dependiendo de las modificaciones de su salario y de las horas que usted trabaje cada semana. El salario perdido se calcula tomando sus ingresos semanales promedio anteriores a la lesión, sujeto a una tasa máxima legal y sustrayendo sus ingresos semanales posteriores a la lesión. El salario perdido semanal que se paga es dos tercios de esta diferencia.

Nosotros contactaremos a su empleador cada dos semanas para determinar si corresponde pago por salario perdido y la cantidad adeudada, si la hay. En este momento la información que tenemos indica que usted está ganando un total de \$INSERTAR IMPORTE GANADO por semana. Le enviaremos los pagos cada dos semanas el DÍA DE LA SEMANA. **[Incluir la oración siguiente para las reclamaciones de continuación de salario:** Con esta notificación se incluye una explicación del plan de continuación de salario específico de su empleador.]

[Incluir para Incapacidad Permanente o PD (por *Permanent Disability*): **Información requerida para reanudación del pago por incapacidad permanente:**

Los pagos continuarán durante NÚMERO semanas hasta que la suma de \$TOTAL ADEUDADO se haya pagado. Estos pagos se descontarán de cualquier adjudicación que pueda recibir. El importe a recibir por incapacidad permanente se basa en:

***Incluir (1) o (2):***

(1) el informe de fecha FECHA de NOMBRE DEL MÉDICO. **[(Incluir si el informe no fue proporcionado con una notificación de beneficios anterior:)]** Se adjunta a esta notificación una copia del informe.]

(2) EXPLICACIÓN DE LA ESTIMACIÓN DE LO ADEUDADO POR INCAPACIDAD PERMANENTE.

***OBLIGATORIO: incluir para todas las notificaciones:***

Usted puede encontrar información adicional en la publicación **Workers' Compensation in California: A Guidebook for Injured Workers** (Compensación del Trabajador de California: Una Guía para Trabajadores Lesionados). Usted puede obtener una copia completa de la Guía en el sitio web de la División de Compensación de Trabajadores (ver URL a continuación) o contactando a un Funcionario de Información y Asistencia o I&A (por *Information and Assistance*) de la División de Compensación de Trabajadores.

**Guía para Trabajadores Lesionados:**

<http://www.dir.ca.gov/InjuredWorkerGuidebook/Spanish/InjuredWorkerGuidebook.html>

**[(Seleccionar la opción 1 ó 2 a continuación según sea apropiado para la notificación:)]**

(1) El tema de Incapacidad Temporal se trata en el capítulo 5 de la Guía.

**Capítulo 5: Incapacidad Temporal:**

<http://www.dir.ca.gov/InjuredWorkerGuidebook/Spanish/Chapter5.pdf>

(2) El tema de Incapacidad Permanente se trata en el capítulo 7 de la Guía.

**Capítulo 7: Incapacidad Permanente:**

<http://www.dir.ca.gov/InjuredWorkerGuidebook/Spanish/Chapter7.pdf>

MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)

*El Estado de California requiere que usted reciba la siguiente información:*

**[TEXTO OBLIGATORIO: Seleccionar una de las siguientes opciones:]**

**[Incluir los dos párrafos siguientes para todas las reclamaciones no sujetas a un programa alternativo de resolución de disputas o ADR (por Alternative Dispute Resolution):]**

Usted tiene derecho a estar en desacuerdo con decisiones que afecten su reclamación. Si tiene alguna pregunta acerca de la información contenida en esta notificación, por favor, comuníquese **[insertar ya sea “conmigo, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o con el nombre y el número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico]**. Usted también tiene el derecho de ser representado por un abogado que usted elija. Sin embargo, si usted es representado por un abogado, usted debe llamar a su abogado, no **[insertar ya sea “a mí, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o al nombre y al número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico]**.

Para recibir información acerca del proceso de reclamaciones de la compensación de trabajadores y de sus derechos y obligaciones, visite [www.dir.ca.gov](http://www.dir.ca.gov) o contacte a un Funcionario de Información y Asistencia (I&A) de la División Estatal de Compensación de Trabajadores. Para obtener información grabada y un listado de las oficinas, llame al (800) 736-7401.

**[Para reclamaciones sujetas a un programa ADR, incluir en la medida que sea apropiado según el acuerdo ADR:]**

Usted tiene derecho a estar en desacuerdo con decisiones que afecten su reclamación. Si tiene alguna pregunta acerca de la información contenida en esta notificación, por favor, comuníquese **[insertar ya sea “conmigo, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o con el nombre y el número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico]** o comuníquese con **(insertar nombre, título y teléfono del ombudsman o mediador)**. Sin embargo, si usted es representado por un abogado, usted debe llamar a su abogado, no **[insertar ya sea “a mí, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o al nombre y al número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico]**, al ombudsman o mediador.

**[Texto opcional para reclamaciones sujetas a un programa ADR bajo el Código Laboral, Sección 3201.5 – Incluir si corresponde bajo las disposiciones del programa ADR:]**

De acuerdo con el contrato de INSERTAR NOMBRE DEL SINDICATO, no se permite la participación activa de un abogado en las etapas de Ombudsman y Mediación del proceso ADR de la compensación de trabajadores. Sin embargo, usted tiene derecho a consultar con un abogado y su derecho a recibir asesoramiento legal no está limitado y puede obtenerlo por cuenta propia en cualquier momento. Si las etapas de Ombudsman y Mediación de la resolución de disputas resultan sin éxito y se ha presentado a tiempo una solicitud de Arbitraje por escrito, sí se permite la participación de un abogado.

Para información acerca del proceso de reclamaciones de la compensación de trabajadores y de sus derechos y obligaciones, contacte a un funcionario de información y asistencia (I&A) de la



**MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)**

División de Compensación de Trabajadores del estado. Asegúrese de informarle al funcionario de información y asistencia que su resolución está sujeta a un programa alternativo de resolución de disputas. Para obtener un listado de las oficinas, visite [www.dwc.ca.gov](http://www.dwc.ca.gov) o llame al (800) 736-7401.

**[Seleccionar una opción:]**

Le estamos enviando esta notificación electrónicamente a pedido suyo. Por favor, confirme que desea continuar recibiendo notificaciones de manera electrónica y actualice su dirección de correo electrónico si es necesario.

Abogado del Solicitante (si corresponde): Le estamos enviando esta notificación electrónicamente a pedido suyo. Por favor, confirme que desea continuar recibiendo notificaciones de manera electrónica y actualice su dirección de correo electrónico si es necesario.

**[TEXTO OBLIGATORIO - requerido para todas las notificaciones en letra en negrita.]**

Conserve esta notificación. La misma contiene información importante acerca de sus beneficios de la compensación de trabajadores.

Atentamente,

---

Examinador de Reclamaciones

cc: ABOGADO DEL SOLICITANTE *(si corresponde)*

Adjunto: Breve explicación del plan de continuación de salario específico del empleador *(según sea aplicable de acuerdo con el Título 8 del Código de Reglamentos de California, Sección 9814)*

MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)

Nombre del Administrador de Reclamaciones  
Dirección  
Ciudad\_Estado\_Código Postal  
Número de Teléfono  
*[incluir si está disponible]* Dirección del sitio web

Fecha *[opcional]* ENVIADO POR CORREO  
ELECTRÓNICO A dirección de correo  
electrónico del empleado

Empleado	Empleador:
Dirección	Fecha de la Lesión:
Ciudad_Estado_Código Postal	Número de Reclamación:
<i>(Opcional)</i> Dirección de correo electrónico del empleado	

NOTIFICACIÓN ACERCA DE LOS BENEFICIOS DE INDEMNIZACIÓN

MODIFICACIÓN EN LOS PAGOS

INSERTAR NOMBRE DEL ADMINISTRADOR DE RECLAMACIONES está tramitando su reclamación de la compensación de trabajadores en nombre de INSERTAR NOMBRE DEL EMPLEADOR. Esta notificación es para informarle el estado de sus beneficios por incapacidad de la compensación de trabajadores por su lesión, correspondiente a la fecha indicada arriba.

*Seleccionar una o más de las siguientes opciones según corresponda:*

- (1)* Estamos modificando la tasa de beneficio por INSERTAR TIPO DE BENEFICIO. La tasa pasa a ser de \$INSERTAR TASA SEMANAL, comenzando con el pago el día FECHA porque INSERTAR MOTIVO DE LA MODIFICACIÓN DE LA TASA.
- (2)* Estamos modificando el importe de pago por INSERTAR TIPO DE BENEFICIO. El importe pasa a ser de \$INSERTAR IMPORTE SEMANAL, comenzando con el pago el día FECHA porque INSERTAR MOTIVO DE LA MODIFICACIÓN EN EL IMPORTE.
- (3)* Estamos cambiando el día programado de la semana en que le enviamos su INSERTAR TIPO DE BENEFICIO. Comenzando con el pago el día FECHA, le enviaremos los cheques cada dos semanas el DÍA DE LA SEMANA.

**MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)**

- (4) INSERTAR EXPLICACIÓN POR OTRA MODIFICACIÓN EN EL BENEFICIO**  
(Ejemplo: pensión alimentaria o pagos a deducir, etc.)

*Para el caso de lesiones ocurridas entre el 1º de enero de 2005 y el 31 de diciembre de 2012, incluir el texto siguiente para beneficios por Incapacidad Permanente o PD (por Permanent Disability) si la condición médica es permanente y estacionaria:*

El informe indica que su lesión es permanente y estacionaria con vigencia el FECHA.

***Seleccionar (1) o (2):***

**(1)** Su empleador le hizo una oferta oportunamente para regresar al trabajo (***elegir una opción***) regular /modificado/alternativo el día FECHA. La tasa PD semanal de \$TASA se reducirá en un 15% a \$TASA REDUCIDA con vigencia el INSERTAR FECHA DE LA OFERTA, la fecha de la oferta de regresar el trabajo.

**(2)** Su empleador no le hizo una oferta oportunamente para regresar al trabajo regular /modificado/alternativo. La tasa PD semanal de \$TASA se incrementará en un 15% con vigencia 60 días después de INSERTAR FECHA DE VIGENCIA COMO PERMANENTE Y ESTACIONARIA y será del \$TASA INCREMENTADA con vigencia el FECHA.

Nosotros continuaremos proporcionándole cualquier otro beneficio que le corresponda tal como se describe en la información acerca de los beneficios que le enviamos previamente.

***OBLIGATORIO: incluir para todas las notificaciones:***

Usted puede encontrar información adicional en la publicación **Workers' Compensation in California: A Guidebook for Injured Workers** (Compensación del Trabajador de California: Una Guía para Trabajadores Lesionados). Usted puede obtener una copia completa de la Guía en el sitio web de la División de Compensación de Trabajadores (ver URL a continuación) o contactando a un Funcionario de Información y Asistencia o I&A (por *Information and Assistance*) de la División de Compensación de Trabajadores.

**Guía para Trabajadores Lesionados:**

<http://www.dir.ca.gov/InjuredWorkerGuidebook/Spanish/InjuredWorkerGuidebook.html>

***[(Seleccionar la opción 1 ó 2 a continuación según sea apropiado para la notificación:)]***

(1) El tema de la Incapacidad Temporal se trata en el capítulo 5 de la Guía.

**Capítulo 5: Incapacidad Temporal:**

<http://www.dir.ca.gov/InjuredWorkerGuidebook/Spanish/Chapter5.pdf>

(2) El tema de la Incapacidad Permanente se trata en el capítulo 7 de la Guía.

**Capítulo 7: Incapacidad Permanente:**

<http://www.dir.ca.gov/InjuredWorkerGuidebook/Spanish/Chapter7.pdf>

***El Estado de California requiere que usted reciba la siguiente información:***

***[TEXTO OBLIGATORIO: Seleccionar una de las siguientes opciones:]***

MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)

**[Incluir los dos párrafos siguientes para todas las reclamaciones no sujetas a un programa alternativo de resolución de disputas o ADR (por Alternative Dispute Resolution):]**

Usted tiene derecho a estar en desacuerdo con decisiones que afecten su reclamación. Si tiene alguna pregunta acerca de la información contenida en esta notificación, por favor, comuníquese ***[insertar ya sea “conmigo, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o con el nombre y el número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico]***. Usted también tiene el derecho de ser representado por un abogado que usted elija. Sin embargo, si usted es representado por un abogado, usted debe llamar a su abogado, no ***[insertar ya sea “a mí, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o al nombre y al número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico]***.

Para recibir información acerca del proceso de reclamaciones de la compensación de trabajadores y de sus derechos y obligaciones, visite [www.dir.ca.gov](http://www.dir.ca.gov) o contacte a un Funcionario de Información y Asistencia (I&A) de la División Estatal de Compensación de Trabajadores. Para obtener información grabada y un listado de las oficinas, llame al (800) 736-7401.

**[Para reclamaciones sujetas a un programa ADR, incluir en la medida que sea apropiado según el acuerdo ADR:]**

Usted tiene derecho a estar en desacuerdo con decisiones que afecten su reclamación. Si tiene alguna pregunta acerca de la información contenida en esta notificación, por favor, comuníquese ***[insertar ya sea “conmigo, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o con el nombre y el número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico]*** o comuníquese con ***(insertar nombre, título y teléfono del ombudsman o mediador)***. Sin embargo, si usted es representado por un abogado, usted debe llamar a su abogado, no ***[insertar ya sea “a mí, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o al nombre y al número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico]***, al ombudsman o mediador.

**[Texto opcional para reclamaciones sujetas a un programa ADR bajo el Código Laboral, Sección 3201.5 – Incluir si corresponde bajo las disposiciones del programa ADR:]**

De acuerdo con el contrato de INSERTAR NOMBRE DEL SINDICATO, no se permite la participación activa de un abogado en las etapas de Ombudsman y Mediación del proceso ADR de la compensación de trabajadores. Sin embargo, usted tiene derecho a consultar con un abogado y su derecho a recibir asesoramiento legal no está limitado y puede obtenerlo por cuenta propia en cualquier momento. Si las etapas de Ombudsman y Mediación de la resolución de disputas resultan sin éxito y se ha presentado a tiempo una solicitud de Arbitraje por escrito, sí se permite la participación de un abogado.

Para información acerca del proceso de reclamaciones de la compensación de trabajadores y de sus derechos y obligaciones, contacte a un funcionario de información y asistencia (I&A) de la División de Compensación de Trabajadores del estado. Asegúrese de informarle al funcionario de información y asistencia que su resolución está sujeta a un programa alternativo de resolución de disputas. Para obtener un listado de las oficinas, visite [www.dwc.ca.gov](http://www.dwc.ca.gov) o llame al (800) 736-7401.

MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)

*[Seleccionar una opción:]*

Le estamos enviando esta notificación electrónicamente a pedido suyo. Por favor, confirme que desea continuar recibiendo notificaciones de manera electrónica y actualice su dirección de correo electrónico si es necesario.

Abogado del Solicitante (si corresponde): Le estamos enviando esta notificación electrónicamente a pedido suyo. Por favor, confirme que desea continuar recibiendo notificaciones de manera electrónica y actualice su dirección de correo electrónico si es necesario.

*[TEXTO OBLIGATORIO - requerido para todas las notificaciones en letra en negrita.]*

Conserve esta notificación. La misma contiene información importante acerca de sus beneficios de la compensación de trabajadores.

Atentamente,

---

Examinador de Reclamaciones

cc: ABOGADO DEL SOLICITANTE *(si corresponde)*

Adjunto: Breve explicación del plan de continuación de salario específico del empleador *(según sea aplicable de acuerdo con el Título 8 del Código de Reglamentos de California, sección 9814)*

MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)

Nombre del Administrador de Reclamaciones  
Dirección  
Ciudad\_Estado\_Código Postal  
Número de Teléfono  
*[incluir si está disponible]* Dirección de sitio web

Fecha *[opcional]* ENVIADO POR CORREO  
ELECTRÓNICO A dirección de correo  
electrónico del empleado

Empleado Empleado:  
Dirección Fecha de la Lesión:  
Ciudad\_Estado\_Código Postal Número de Reclamación:

NOTIFICACIÓN ACERCA DE LOS BENEFICIOS POR [Elegir una opción:  
INCAPACIDAD TEMPORAL / INCAPACIDAD PERMANENTE]

FINALIZACIÓN DE LOS PAGOS

NOMBRE DEL ADMINISTRADOR DE RECLAMACIONES está tramitando su reclamación de la compensación de trabajadores en nombre de NOMBRE DEL EMPLEADOR. Esta notificación es para informarle el estado de sus beneficios por incapacidad de la compensación de trabajadores por su lesión, correspondiente a la fecha indicada arriba.

Los pagos están finalizando porque MOTIVO DE FINALIZACIÓN DE LOS PAGOS. *(Si se basa en un informe médico, insertar lo siguiente)* Se adjunta a esta notificación una copia del informe.

Los beneficios pagados a usted suman un total de \$IMPORTE. Usted recibió el pago de los beneficios por *(seleccionar una opción)* incapacidad total temporal / continuación del salario / incapacidad parcial temporal / incapacidad permanente: El(los) periodo(s) se pagó (se pagaron) desde el FECHA hasta el FECHA a una tasa de \$TASA por semana. Por favor, revise el informe de pago detallado adjunto para ver los periodos específicos y los importes pagados.

*[Completar / eliminar los siguientes puntos según sea apropiado:]*

- Adicionalmente, usted ha recibido un 10% de incrementos autoimpuestos o SII (por *self-imposed increases*) que totalizan \$SII PAGADO.
- Incluido en el beneficio total pagado hay un sobrepago por un total de \$IMPORTE. El sobrepago se pagó por el período comprendido entre el FECHA y el FECHA a una tasa de \$TASA por semana.

*[Si el beneficio finaliza por una cuestión médica y el empleado no tiene representante, incluir lo siguiente, seleccionar (1) o (2).]*

**MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)**

(1) La finalización de pago de TIPO DE BENEFICIO se basa en la evaluación médica integral del Evaluador Médico Calificado o QME (por *Qualified Medical Evaluator*) (*insertar nombre*) de fecha (*insertar fecha del informe*). Si usted cuestiona los resultados de la evaluación, usted puede presentar una Solicitud de Adjudicación de la Reclamación ante la Junta de Apelaciones de la Compensación de Trabajadores o WCAB (por *Workers' Compensation Appeals Board*).

(2) La finalización del pago de TIPO DE BENEFICIO se basa en la evaluación del médico que lo está atendiendo (*insertar nombre*) de fecha (*insertar fecha del informe*). Si usted no está de acuerdo con los resultados de la evaluación del médico que lo atiende, usted puede obtener una evaluación por parte de un Evaluador Médico Calificado o QME (por *Qualified Medical Evaluator*). (Seleccionar (a) si el empleado no ha sido evaluado previamente por un QME, o (b) si el empleado ha sido evaluado previamente por un QME:)

(a) Para solicitar un QME, usted debe comunicarse (*insertar ya sea "conmigo, NOMBRE DEL AJUSTADOR" o con el nombre y el número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico*) para solicitar el formulario para presentar en la División de Compensación de Trabajadores o DWC (por *Division of Workers' Compensation*) del estado y así solicitar un panel de tres Evaluadores Médicos Calificados (QME), o usted puede descargar el formulario desde el sitio web de DWC:

<http://www.dir.ca.gov/dwc/SPANISH/QMEForm105.pdf>. Las instrucciones para completar el formulario se encuentran aquí:

<http://www.dir.ca.gov/dwc/SPANISH/QMEForm105-Instructions.pdf>. Usted debe notificarme por escrito su objeción a la determinación del médico que lo está atendiendo dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha en que usted recibió el informe del médico que lo está atendiendo.

(b) Por favor, comuníquese (*insertar ya sea "conmigo, NOMBRE DEL AJUSTADOR" o con el nombre y el número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico*) para coordinar una nueva evaluación con el QME (*insertar nombre*).

*[Si se finaliza el beneficio por una cuestión médica y el empleado tiene representante, incluir lo siguiente:]*

Si usted tiene representante, usted puede contactar a su abogado para cualquier pregunta que tenga.

**OBLIGATORIO: incluir para todas las notificaciones:**

Usted puede encontrar información adicional en la publicación *Workers' Compensation in California: A Guidebook for Injured Workers* (Compensación del Trabajador de California: Una Guía para Trabajadores Lesionados). Usted puede obtener una copia completa de la Guía en el sitio web de la División de Compensación de Trabajadores (ver URL a continuación) o contactando a un Funcionario de Información y Asistencia o I&A (por *Information and Assistance*) de la División de Compensación de Trabajadores.

Guía para Trabajadores Lesionados:

<http://www.dir.ca.gov/InjuredWorkerGuidebook/Spanish/InjuredWorkerGuidebook.html>

MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)

*[Seleccionar 1 ó 2 a continuación según sea apropiado para la notificación:]*

(1) El tema de la Incapacidad Temporal se trata en el capítulo 5 de la Guía.

Capítulo 5: Incapacidad Temporal:

<http://www.dir.ca.gov/InjuredWorkerGuidebook/Spanish/Chapter5.pdf>

(2) El tema de la Incapacidad Permanente se trata en el capítulo 7 de la Guía.

Capítulo 7: Incapacidad Permanente:

<http://www.dir.ca.gov/InjuredWorkerGuidebook/Spanish/Chapter7.pdf>

Capítulo 4: Resolución de Problemas acerca de la Atención y de los Informes Médicos

<http://www.dir.ca.gov/InjuredWorkerGuidebook/Spanish/Chapter4.pdf>

*El Estado de California requiere que usted reciba la siguiente información:*

***[TEXTO OBLIGATORIO: Seleccionar una de las siguientes opciones:]***

***[Incluir los dos párrafos siguientes para todas las reclamaciones no sujetas a un programa alternativo de resolución de disputas o ADR (por Alternative Dispute Resolution):]***

Usted tiene derecho a estar en desacuerdo con decisiones que afecten su reclamación. Si tiene alguna pregunta acerca de la información contenida en esta notificación, por favor, comuníquese ***[insertar ya sea “conmigo, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o con el nombre y el número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico]***. Usted también tiene el derecho de ser representado por un abogado que usted elija. Sin embargo, si usted es representado por un abogado, usted debe llamar a su abogado, no ***[insertar ya sea “a mí, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o al nombre y al número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico]***.

Para recibir información acerca del proceso de reclamaciones de la compensación de trabajadores y de sus derechos y obligaciones, visite [www.dir.ca.gov](http://www.dir.ca.gov) o contacte a un Funcionario de Información y Asistencia (I&A) de la División Estatal de Compensación de Trabajadores. Para obtener información grabada y un listado de las oficinas, llame al (800) 736-7401.

***[Para reclamaciones sujetas a un programa ADR, incluir en la medida que sea apropiado según el acuerdo ADR:]***

Usted tiene derecho a estar en desacuerdo con decisiones que afecten su reclamación. Si tiene alguna pregunta acerca de la información contenida en esta notificación, por favor, comuníquese ***[insertar ya sea “conmigo, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o con el nombre y el número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico]*** o comuníquese con ***(insertar nombre, título y teléfono del ombudsman o mediador)***. Sin embargo, si usted es representado por un abogado, usted debe llamar a su abogado, no ***[insertar ya sea “a mí, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o al nombre y al número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico]***, al ombudsman o mediador.

***[Texto opcional para reclamaciones sujetas a un programa ADR bajo el Código Laboral, Sección 3201.5 – Incluir si corresponde bajo las disposiciones del programa ADR:]***

De acuerdo con el contrato de INSERTAR NOMBRE DEL SINDICATO, no se permite la participación activa de un abogado en las etapas de Ombudsman y Mediación del proceso ADR de la compensación de trabajadores. Sin embargo, usted tiene derecho a consultar con un abogado y su derecho a



MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)

*recibir asesoramiento legal no está limitado y puede obtenerlo por cuenta propia en cualquier momento. Si las etapas de Ombudsman y Mediación de la resolución de disputas resultan sin éxito y se ha presentado a tiempo una solicitud de Arbitraje por escrito, sí se permite la participación de un abogado.*

Para información acerca del proceso de reclamaciones de la compensación de trabajadores y de sus derechos y obligaciones, contacte a un funcionario de información y asistencia (I&A) de la División de Compensación de Trabajadores del estado. Asegúrese de informarle al funcionario de información y asistencia que su resolución está sujeta a un programa alternativo de resolución de disputas. Para obtener un listado de las oficinas, visite [www.dwc.ca.gov](http://www.dwc.ca.gov) o llame al (800) 736-7401.

***[Seleccionar una opción:]***

Le estamos enviando esta notificación electrónicamente a pedido suyo. Por favor, confirme que desea continuar recibiendo notificaciones de manera electrónica y actualice su dirección de correo electrónico si es necesario.

Abogado del Solicitante (si corresponde): Le estamos enviando esta notificación electrónicamente a pedido suyo. Por favor, confirme que desea continuar recibiendo notificaciones de manera electrónica y actualice su dirección de correo electrónico si es necesario.

***[TEXTO OBLIGATORIO - requerido para todas las notificaciones en letra en negrita.]***

Conserve esta notificación. La misma contiene información importante acerca de sus beneficios de la compensación de trabajadores.

Atentamente,

---

Examinador de Reclamaciones

cc: ABOGADO DEL SOLICITANTE *(si corresponde)*

Adjuntos:

- Registro de Pagos
- Informe Médico *(si corresponde)*
- Breve explicación del plan de continuación de salario específico del empleador *(según sea aplicable de acuerdo con el Título 8 del Código de Reglamentos de California, Sección 9814)*

MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)

Nombre del Administrador de Reclamaciones  
Dirección  
Ciudad\_Estado\_Código Postal  
Número de Teléfono  
*[incluir si está disponible]* Dirección de sitio web

Fecha *[opcional]* ENVIADO POR CORREO  
ELECTRÓNICO A dirección de correo  
electrónico del empleado

Empleado Empleado:  
Dirección Fecha de la Lesión:  
Ciudad\_Estado\_Código Postal Número de Reclamación:

NOTIFICACIÓN ACERCA DE LOS BENEFICIOS POR INCAPACIDAD PERMANENTE  
SEGUIMIENTO DEL ESTADO DE INCAPACIDAD

NOMBRE DEL ADMINISTRADOR DE RECLAMACIONES está tramitando su reclamación de la compensación de trabajadores en nombre de NOMBRE DEL EMPLEADOR. Esta notificación es para informarle el estado de sus beneficios por incapacidad de la compensación de trabajadores por su lesión, correspondiente a la fecha indicada arriba.

*[Incluir uno de los siguientes 4 párrafos:*

*(1) Seguimiento de la lesión para determinar estado de permanente y estacionaria:*

Es demasiado pronto para informarle si usted tendrá alguna incapacidad permanente a causa de su lesión. Yo iré controlando junto con su doctor hasta que su condición sea permanente y estacionaria. En ese momento su doctor determinará si usted tiene una incapacidad permanente y si necesitará atención médica en el futuro. Espero contar con esta información para el día FECHA. En ese momento le notificaré el estado de incapacidad permanente.

*(2) Notificación subsiguiente - conocimiento de condición permanente y estacionaria o P&S (por Permanent and Stationary), existencia de Incapacidad Permanente o PD (por Permanent Disability) y/o desconocimiento de la necesidad de atención médica futura:*

Con fecha FECHA, le enviamos una notificación informándole que continuaríamos controlando con su doctor para determinar cuándo su condición pasa a considerarse permanente y estacionaria. Si bien su doctor ha determinado que su condición es permanente y estacionaria el día FECHA, nosotros también necesitamos saber si usted tiene alguna incapacidad permanente y si hay necesidad de atención médica futura. Nosotros no hemos recibido la información necesaria y estamos extendiendo la fecha de determinación para el día FECHA. Le notificaré acerca del estado de incapacidad permanente para esa fecha.

MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)

*(3) Notificación subsiguiente - conocimiento de condición permanente y estacionaria o P&S (por Permanent and Stationary) y necesidad de atención médica futura, pero se desconoce la existencia de Incapacidad Permanente o PD (por Permanent Disability):*

Con fecha FECHA, le enviamos una notificación informándole que continuaríamos controlando con su doctor para determinar el estado de incapacidad permanente en relación con su lesión. Si bien su doctor ha determinado que su condición es permanente y estacionaria el día FECHA y ha informado acerca de la necesidad de atención médica futura, nosotros no sabemos si usted tiene una incapacidad permanente. No hemos recibido la información necesaria y estamos extendiendo la fecha de determinación para el día FECHA. Le notificaré acerca del estado de incapacidad permanente para esa fecha.

*(4) Notificación subsiguiente - conocimiento de condición permanente y estacionaria o P&S (por Permanent and Stationary) y de la existencia de Incapacidad Permanente o PD (por Permanent Disability), pero se desconoce la necesidad de atención médica futura. Por favor, tenga en cuenta que si se sabe que la lesión ha causado PD, se debe enviar una Notificación de que Existe Incapacidad Permanente, según se requiere en el Título 8 del Código de Reglamentos de California, Sección 9812(e)(2), simultáneamente con el último pago por incapacidad temporal o dentro de los 14 días después de conocer que la lesión ha causado incapacidad permanente, lo que ocurra después. Esta opción sólo debe usarse para retrasar la determinación de si es necesaria la atención médica futura, si se requiere.*

Con fecha FECHA, le enviamos una notificación informándole que continuaríamos controlando con su doctor para determinar la necesidad de atención médica futura para su lesión. Si bien con fecha FECHA, su doctor ha determinado que su condición es permanente y estacionaria y nos ha proporcionado los factores de incapacidad permanente, no sabemos si existe la necesidad de una atención médica futura. No hemos recibido la información necesaria y estamos extendiendo la fecha de determinación para el día FECHA. Le notificaré acerca de la determinación de necesidad de atención médica futura para esa fecha.

**OBLIGATORIO: incluir para todas las notificaciones:**

Usted puede encontrar información adicional en la publicación **Workers' Compensation in California: A Guidebook for Injured Workers** (Compensación del Trabajador de California: Una Guía para Trabajadores Lesionados). Usted puede obtener una copia completa de la Guía en el sitio web de la División de Compensación de Trabajadores (ver URL a continuación) o contactando a un Funcionario de Información y Asistencia o I&A (por *Information and Assistance*) de la División de Compensación de Trabajadores. El tema de la Incapacidad Permanente se trata en el capítulo 7 de esta Guía.

Guía para Trabajadores Lesionados:

<http://www.dir.ca.gov/InjuredWorkerGuidebook/Spanish/InjuredWorkerGuidebook.html>

Capítulo 7: Incapacidad Permanente:

<http://www.dir.ca.gov/InjuredWorkerGuidebook/Spanish/Chapter7.pdf>

*El Estado de California requiere que usted reciba la siguiente información:*

MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)

**[TEXTO OBLIGATORIO: Seleccionar una de las siguientes opciones:]**

**[Incluir los dos párrafos siguientes para todas las reclamaciones no sujetas a un programa alternativo de resolución de disputas o ADR (por Alternative Dispute Resolution):]**

Usted tiene derecho a estar en desacuerdo con decisiones que afecten su reclamación. Si tiene alguna pregunta acerca de la información contenida en esta notificación, por favor, comuníquese ***[insertar ya sea “conmigo, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o con el nombre y el número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico]***. Usted también tiene el derecho de ser representado por un abogado que usted elija. Sin embargo, si usted es representado por un abogado, usted debe llamar a su abogado, no ***[insertar ya sea “a mí, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o al nombre y al número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico]***.

Para recibir información acerca del proceso de reclamaciones de la compensación de trabajadores y de sus derechos y obligaciones, visite [www.dir.ca.gov](http://www.dir.ca.gov) o contacte a un Funcionario de Información y Asistencia (I&A) de la División Estatal de Compensación de Trabajadores. Para obtener información grabada y un listado de las oficinas, llame al (800) 736-7401.

**[Para reclamaciones sujetas a un programa ADR, incluir en la medida que sea apropiado según el acuerdo ADR:]**

Usted tiene derecho a estar en desacuerdo con decisiones que afecten su reclamación. Si tiene alguna pregunta acerca de la información contenida en esta notificación, por favor, comuníquese ***[insertar ya sea “conmigo, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o con el nombre y el número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico]*** o comuníquese con ***(insertar nombre, título y teléfono del ombudsman o mediador)***. Sin embargo, si usted es representado por un abogado, usted debe llamar a su abogado, no ***[insertar ya sea “a mí, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o al nombre y al número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico]***, al ombudsman o mediador.

**[Texto opcional para reclamaciones sujetas a un programa ADR bajo el Código Laboral, Sección 3201.5 – Incluir si corresponde bajo las disposiciones del programa ADR:]**

De acuerdo con el contrato de INSERTAR NOMBRE DEL SINDICATO, no se permite la participación activa de un abogado en las etapas de Ombudsman y Mediación del proceso ADR de la compensación de trabajadores. Sin embargo, usted tiene derecho a consultar con un abogado y su derecho a recibir asesoramiento legal no está limitado y puede obtenerlo por cuenta propia en cualquier momento. Si las etapas de Ombudsman y Mediación de la resolución de disputas resultan sin éxito y se ha presentado a tiempo una solicitud de Arbitraje por escrito, sí se permite la participación de un abogado.

Para información acerca del proceso de reclamaciones de la compensación de trabajadores y de sus derechos y obligaciones, contacte a un funcionario de información y asistencia (I&A) de la División de Compensación de Trabajadores del estado. Asegúrese de informarle al funcionario de información y asistencia que su resolución está sujeta a un programa alternativo de resolución

MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)

de disputas. Para obtener un listado de las oficinas, visite [www.dwc.ca.gov](http://www.dwc.ca.gov) o llame al (800) 736-7401.

**[Seleccionar una opción:]**

Le estamos enviando esta notificación electrónicamente a pedido suyo. Por favor, confirme que desea continuar recibiendo notificaciones de manera electrónica y actualice su dirección de correo electrónico si es necesario.

Abogado del Solicitante (si corresponde): Le estamos enviando esta notificación electrónicamente a pedido suyo. Por favor, confirme que desea continuar recibiendo notificaciones de manera electrónica y actualice su dirección de correo electrónico si es necesario.

**[TEXTO OBLIGATORIO - requerido para todas las notificaciones en letra en negrita.]**

Conserve esta notificación. La misma contiene información importante acerca de sus beneficios de la compensación de trabajadores.

Atentamente,

---

Examinador de Reclamaciones

cc: ABOGADO DEL SOLICITANTE *(si corresponde)*

Adjunto: Informe(s) Médico(s) *(Según lo requieran regulaciones específicas)*

**MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)**

Nombre del Administrador de Reclamaciones  
Dirección  
Ciudad\_Estado\_Código Postal  
Número de Teléfono  
*[incluir si está disponible]* Dirección de sitio web

Fecha *[opcional]* ENVIADO POR CORREO  
ELECTRÓNICO A dirección de correo  
electrónico del empleado

Empleado	Empleador:
Dirección	Fecha de la Lesión:
Ciudad_Estado_Código Postal	Número de Reclamación:

**NOTIFICACIÓN ACERCA DE LOS BENEFICIOS POR INCAPACIDAD PERMANENTE**

**AVISO DE DETERMINACIÓN DE INCAPACIDAD PERMANENTE**

NOMBRE DEL ADMINISTRADOR DE RECLAMACIONES está tramitando su reclamación de la compensación de trabajadores en nombre de NOMBRE DEL EMPLEADOR. Esta notificación es para informarle el estado de sus beneficios por incapacidad de la compensación de trabajadores por su lesión, correspondiente a la fecha indicada arriba.

En el (los) informe(s) de fecha(s) FECHA(s) de NOMBRE DEL MÉDICO que *(seleccionar una opción)* se adjunta/adjuntan, su doctor ha notificado que usted padece una incapacidad permanente. De acuerdo con la información provista en el (los) informe(s), la clasificación de su incapacidad permanente es del PORCENTAJE %. Esta clasificación equivale a un total de \$IMPORTE TOTAL, que se paga a la tasa de incapacidad permanente semanal de \$TASA durante NÚMERO semanas.

***[A: Seleccionar la opción (1) o la (2) a continuación acerca de la atención médica futura:]***

***(1)*** El informe indica que usted *(seleccionar una opción)* necesita / no necesita atención médica futura.

***(2)*** Si bien con fecha FECHA, su doctor ha determinado que su condición es permanente y estacionaria y ha proporcionado los factores de su incapacidad permanente, nosotros no sabemos si usted necesitará atención médica futura. No hemos recibido la información necesaria y por lo tanto estamos extendiendo la fecha de determinación respecto de la atención médica futura para el día FECHA. Le notificaré acerca del estado de atención médica futura para esa fecha.

MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)

***[B. Para todas las fechas de lesión: Si aplica el Código Laboral, Sección 4650(b)(2), incluir lo siguiente:]***

Los pagos por incapacidad permanente no corresponden en este momento porque ***[Seleccionar (1) o (2)]:***

***(1)*** su empleador le ofreció un puesto por el que se paga al menos el 85 por ciento de sus salarios y compensación al momento de la lesión. Cuando se realice un acuerdo o una adjudicación de beneficios, los pagos por incapacidad permanente se calcularán desde la última fecha de pagos por incapacidad temporal, o la fecha en que se determinó que la condición es permanente y estacionaria, lo que ocurra primero.

***O si no:***

***(2)*** usted ha regresado al trabajo recibiendo el 100 por ciento de sus salarios en el momento de la lesión. Cuando se realice un acuerdo o una adjudicación de beneficios, los pagos por incapacidad permanente se calcularán desde la última fecha de pagos por incapacidad temporal, o la fecha en que se determinó que la condición es permanente y estacionaria, lo que ocurra primero.

***[Obligatorio: incluir para todas las reclamaciones:]***

Tanto usted como yo tenemos el derecho de estar en desacuerdo con las conclusiones del médico y solicitar una evaluación médica integral.

***[Importante: Elegir la opción apropiada a continuación para empleado sin representante y con representante:]***

***[C. Si el empleado no tiene representante, incluir lo siguiente:]***

***[(1) Elegir A o B si la determinación se basa en las conclusiones de un médico que lo está atendiendo:]***

***(A)*** Nosotros (***seleccionar una opción***) hemos solicitado /estamos solicitando que el informe del médico que lo está atendiendo sea clasificado para incapacidad permanente por la Unidad de Evaluación de Incapacidad o DEU (por *Disability Evaluation Unit*). Usted recibirá de la DEU una copia de esta clasificación.

***(B)*** Nosotros no estamos solicitando que el informe del médico que lo está atendiendo sea clasificado para incapacidad permanente por la Unidad de Evaluación de Incapacidad o DEU (por *Disability Evaluation Unit*). Si usted no tiene representante, usted puede contactar a un funcionario de Información y Asistencia para que haga que el informe sea revisado y clasificado por la DEU.

***[(2) Elegir (A) si la determinación se basa en una evaluación médica integral de un QME o B si la determinación se basa en la evaluación del médico que lo está atendiendo.]***

***(A)*** La determinación de incapacidad permanente se basa en la evaluación médica integral que realizó el Evaluador Médico Calificado o QME (por *Qualified Medical Evaluator*) (***insertar nombre***) con fecha (***insertar fecha del informe***). Si usted no está de acuerdo con los resultados de la evaluación, usted puede presentar una Solicitud de Adjudicación de la Reclamación ante la Junta de Apelaciones de la Compensación de Trabajadores o WCAB (por *Workers' Compensation Appeals Board*).

***(B)*** La determinación de incapacidad permanente se basa en la evaluación que realizó el médico que lo atiende (***insertar nombre***) con fecha (***insertar fecha del informe***). Yo (***seleccionar una opción***) ***estoy de acuerdo/no estoy de acuerdo*** con los resultados de la evaluación. Si usted no está de

## MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS (VERSIÓN EN ESPAÑOL)

acuerdo con los resultados de la evaluación del médico que lo está atendiendo, usted puede obtener una evaluación por parte de un Evaluador Médico Calificado o QME (por *Qualified Medical Evaluator*). Usted debe notificarme por escrito acerca de su objeción a la determinación del médico que lo está atendiendo dentro del plazo de treinta (30) días a partir de la fecha en que recibió el informe del médico que lo está atendiendo. **(Seleccionar 1 si el empleado no ha sido evaluado previamente por un QME, o 2 si el empleado ha sido evaluado previamente por un QME.)**

(1) Para solicitar un QME, usted debe o bien comunicarse (*insertar* “conmigo, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o con *el nombre y el número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico*) para solicitar el formulario para presentar en la División de Compensación de Trabajadores estatal o DWC (por *Division of Workers’ Compensation*) y así solicitar un panel de tres Evaluadores Médicos Calificados (QME), o usted puede descargar el formulario desde el sitio web de la DWC:

<http://www.dir.ca.gov/dwc/SPANISH/QMEForm105.pdf>. Las instrucciones para completar el formulario se encuentran aquí:

<http://www.dir.ca.gov/dwc/SPANISH/QMEForm105-Instructions.pdf>.

(2) Por favor, comuníquese (*insertar* “conmigo, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o con *el nombre y el número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico*) para coordinar una nueva evaluación con el QME (*insertar nombre*) si usted no está de acuerdo con los resultados de la evaluación del médico que lo está atendiendo.

**[D. Si el empleado tiene representante, incluir lo siguiente:]**

Si usted tiene representante, usted puede contactar a su abogado para las preguntas que tenga.

**OBLIGATORIO: incluir para todas las notificaciones:**

Usted puede encontrar información adicional en la publicación *Workers’ Compensation in California: A Guidebook for Injured Workers* (Compensación del Trabajador de California: Una Guía para Trabajadores Lesionados). Usted puede obtener una copia completa de la Guía en el sitio web de la División de Compensación de Trabajadores (ver URL a continuación) o contactando a un Funcionario de Información y Asistencia o I&A (por *Information and Assistance*) de la División de Compensación de Trabajadores. El tema de la Incapacidad Permanente se trata en el capítulo 7 de esta Guía.

**Guía para Trabajadores Lesionados:**

<http://www.dir.ca.gov/InjuredWorkerGuidebook/Spanish/InjuredWorkerGuidebook.html>

**Capítulo 7: Incapacidad Permanente:**

<http://www.dir.ca.gov/InjuredWorkerGuidebook/Spanish/Chapter7.pdf>

**Capítulo 4: Resolución de Problemas acerca de la Atención y de los Informes Médicos**

<http://www.dir.ca.gov/InjuredWorkerGuidebook/Spanish/Chapter4.pdf>



MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)

*El Estado de California requiere que usted reciba la siguiente información:*

**[Texto Obligatorio: Seleccionar una de las siguientes opciones:]**

**[Incluir los dos párrafos siguientes para todas las reclamaciones no sujetas a un programa alternativo de resolución de disputas o ADR (por Alternative Dispute Resolution):]**

Usted tiene derecho a estar en desacuerdo con decisiones que afecten su reclamación. Si tiene alguna pregunta acerca de la información contenida en esta notificación, por favor, comuníquese **[insertar ya sea “conmigo, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o con el nombre y el número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico]**. Usted también tiene el derecho de ser representado por un abogado que usted elija. Sin embargo, si usted es representado por un abogado, usted debe llamar a su abogado, no **[insertar ya sea “a mí, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o al nombre y al número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico]**.

Para recibir información acerca del proceso de reclamaciones de la compensación de trabajadores y de sus derechos y obligaciones, visite [www.dir.ca.gov](http://www.dir.ca.gov) o contacte a un Funcionario de Información y Asistencia (I&A) de la División Estatal de Compensación de Trabajadores. Para obtener información grabada y un listado de las oficinas, llame al (800) 736-7401.

**[Para reclamaciones sujetas a un programa ADR, incluir en la medida que sea apropiado según el acuerdo ADR:]**

Usted tiene derecho a estar en desacuerdo con decisiones que afecten su reclamación. Si tiene alguna pregunta acerca de la información contenida en esta notificación, por favor, comuníquese **[insertar ya sea “conmigo, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o con el nombre y el número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico]** o comuníquese con **(insertar nombre, título y teléfono del ombudsman o mediador)**. Sin embargo, si usted es representado por un abogado, usted debe llamar a su abogado, no **[insertar ya sea “a mí, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o al nombre y al número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico]**, al ombudsman o mediador.

**[Texto opcional para reclamaciones sujetas a un programa ADR bajo el Código Laboral, Sección 3201.5 – Incluir si corresponde bajo las disposiciones del programa ADR:]**

De acuerdo con el contrato de INSERTAR NOMBRE DEL SINDICATO, no se permite la participación activa de un abogado en las etapas de Ombudsman y Mediación del proceso ADR de la compensación de trabajadores. Sin embargo, usted tiene derecho a consultar con un abogado y su derecho a recibir asesoramiento legal no está limitado y puede obtenerlo por cuenta propia en cualquier momento. Si las etapas de Ombudsman y Mediación de la resolución de disputas resultan sin éxito y se ha presentado a tiempo una solicitud de Arbitraje por escrito, sí se permite la participación de un abogado.

Para información acerca del proceso de reclamaciones de la compensación de trabajadores y de sus derechos y obligaciones, contacte a un Funcionario de Información y Asistencia (I&A) de la División de Compensación de Trabajadores del estado. Asegúrese de informarle al funcionario de información y asistencia que su resolución está sujeta a un programa alternativo de resolución de disputas. Para obtener un listado de las oficinas, visite [www.dwc.ca.gov](http://www.dwc.ca.gov) o llame al (800) 736-7401.

MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)

*[Seleccionar una opción:]*

Le estamos enviando esta notificación electrónicamente a pedido suyo. Por favor, confirme que desea continuar recibiendo notificaciones de manera electrónica y actualice su dirección de correo electrónico si es necesario.

Abogado del Solicitante (si corresponde): Le estamos enviando esta notificación electrónicamente a pedido suyo. Por favor, confirme que desea continuar recibiendo notificaciones de manera electrónica y actualice su dirección de correo electrónico si es necesario.

*[Texto Obligatorio - requerido para todas las notificaciones en letra en negrita.]*

Conserve esta notificación. La misma contiene información importante acerca de sus beneficios de la compensación de trabajadores.

Atentamente,

---

Examinador de Reclamaciones

cc: ABOGADO DEL SOLICITANTE *(si corresponde)*

Adjunto: Informes Médicos *(Según lo requieran regulaciones específicas)*

MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)

Nombre del Administrador de Reclamaciones  
Dirección  
Ciudad\_Estado\_Código Postal  
Número de Teléfono  
*[incluir si está disponible]* Dirección de sitio web

Fecha *[opcional]* ENVIADO POR CORREO  
ELECTRÓNICO A dirección de correo  
electrónico del empleado

Empleado Empleado:  
Dirección Fecha de la Lesión:  
Ciudad\_Estado\_Código Postal Número de Reclamación:

NOTIFICACIÓN ACERCA DE LA NEGACIÓN DE LOS BENEFICIOS POR  
INCAPACIDAD PERMANENTE

NOMBRE DEL ADMINISTRADOR DE RECLAMACIONES está tramitando su reclamación de la compensación de trabajadores en nombre de NOMBRE DEL EMPLEADOR. Esta notificación es para informarle el estado de sus beneficios por incapacidad de la compensación de trabajadores por su lesión, correspondiente a la fecha indicada arriba.

Con fecha FECHA, usted (*elegir una opción*) regresó al trabajo / recibió autorización para regresar al trabajo / recibió el alta de la atención médica.

**[A. Seleccionar 1 ó 2]**

(1) Basándonos en el informe del FECHA de NOMBRE DEL MÉDICO, (*seleccionar una opción*) el médico que lo está atendiendo / un Evaluador Médico Calificado / un Evaluador Médico Acordado,

(2) Basándonos en (*insertar una fundamentación no médica u otra fundamentación para la determinación*), usted se ha recuperado de su lesión sin una incapacidad permanente. Por esta razón, no hay pagos por incapacidad permanente a pagar. (*Incluir si se basa en un informe médico:*) Se adjunta a esta notificación una copia del informe médico.

**[Obligatorio: incluir para todas las reclamaciones:]**

Tanto usted como yo tenemos el derecho de estar en desacuerdo con las conclusiones del médico y de solicitar una evaluación médica integral.

**[Importante: Elegir la opción apropiada a continuación para empleado sin representante o empleado con representante:]**

**[B. Si el empleado no tiene representante, incluir lo siguiente:]**

**[(1) Elegir A o B si la determinación se basa en las conclusiones de un médico que lo está atendiendo:]**

MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)

**(A)** Nosotros (**seleccionar una opción**) hemos solicitado /estamos solicitando que el informe del médico que lo atiende sea clasificado para incapacidad permanente por la Unidad de Evaluación de Incapacidad o DEU (por *Disability Evaluation Unit*). Usted recibirá de la DEU una copia de esta clasificación.

**(B)** Nosotros no estamos solicitando que el informe del médico que lo está atendiendo sea clasificado para incapacidad permanente por la Unidad de Evaluación de Incapacidad o DEU (por *Disability Evaluation Unit*). Si usted no tiene representante, usted puede contactar a un funcionario de Información y Asistencia para que haga que el informe sea revisado y clasificado por la DEU.

**[(2) Elegir (A) si la determinación se basa en una evaluación médica integral de un QME o B si la determinación se basa en la evaluación del médico que lo está atendiendo.]**

**(A)** La determinación de incapacidad permanente se basa en la evaluación médica integral que realizó el Evaluador Médico Calificado o QME (por *Qualified Medical Evaluator*) (**insertar nombre**) con fecha (**insertar fecha del informe**). Si usted no está de acuerdo con los resultados de la evaluación, usted puede presentar una Solicitud de Adjudicación de la Reclamación ante la Junta de Apelaciones de la Compensación de Trabajadores o WCAB (por *Workers' Compensation Appeals Board*).

**(B)** La determinación de incapacidad permanente se basa en la evaluación realizada por el médico que lo atiende (**insertar nombre**) con fecha (**insertar fecha del informe**). Yo (**seleccionar una opción**) estoy de acuerdo/no estoy de acuerdo con los resultados de la evaluación. Si usted no está de acuerdo con los resultados de la evaluación del médico que lo está atendiendo, usted puede obtener una evaluación por parte de un Evaluador Médico Calificado o QME (por *Qualified Medical Evaluator*). Usted debe notificarme por escrito acerca de su objeción a la determinación del médico que lo está atendiendo dentro del plazo de treinta (30) días a partir de la fecha en que recibió el informe del médico que lo está atendiendo. (**Seleccionar 1 si el empleado no ha sido evaluado previamente por un QME, o 2 si el empleado ha sido previamente evaluado por un QME:**)

**(1)** Para solicitar un QME, usted debe o bien comunicarse (**insertar “conmigo, NOMBRE DEL AJUSTADOR ” o con el nombre y el número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico**) para solicitar el formulario para presentar en la División de Compensación de Trabajadores estatal o DWC (por *Division of Workers' Compensation*) y así solicitar un panel de tres Evaluadores Médicos Calificados (QME), o usted puede descargar el formulario desde el sitio web de la DWC:

<http://www.dir.ca.gov/dwc/SPANISH/QMEForm105.pdf>. Las instrucciones para completar el formulario se encuentran aquí: <http://www.dir.ca.gov/dwc/SPANISH/QMEForm105-Instructions.pdf>.

**(2)** Por favor, comuníquese (**insertar “conmigo, NOMBRE DEL AJUSTADOR ” o con el nombre y el número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico**) para coordinar una nueva evaluación con el QME (**insertar nombre**) si usted no está de acuerdo con los resultados de la evaluación del médico que lo está atendiendo.

MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)

***[C. Si el empleado tiene representante, incluir lo siguiente:]***

Si usted tiene representante, usted puede contactar a su abogado por cualquier pregunta que tenga.

***Opcional:***

Algunos empleados que se lesionaron del 1º de enero de 2004 en adelante podrían tener derecho a un beneficio suplementario por la pérdida de trabajo o SJDB (por *Supplemental Job Displacement Benefit*). Para resultar elegible, usted debe contar con una adjudicación por incapacidad parcial permanente, no tiene que haber recibido una oferta de trabajo modificado o alternativo por parte de su empleador y no debe haber regresado a trabajar para su empleador dentro de los sesenta (60) días a partir de la finalización de los beneficios por incapacidad temporal. Debido a que la lesión no ha provocado una incapacidad permanente, usted no tiene derecho a un beneficio suplementario por la pérdida de trabajo.

***Obligatorio: incluir para todas las notificaciones:***

Usted puede encontrar información adicional en la publicación *Workers' Compensation in California: A Guidebook for Injured Workers* (Compensación del Trabajador de California: Una Guía para Trabajadores Lesionados). Usted puede obtener una copia completa de la Guía en el sitio web de la División de Compensación de Trabajadores (ver URL a continuación) o contactando a un Funcionario de Información y Asistencia o I&A (por *Information and Assistance*) de la División de Compensación de Trabajadores. El tema de la Incapacidad Permanente se trata en el capítulo 7 de esta Guía.

**Guía para Trabajadores Lesionados:**

<http://www.dir.ca.gov/InjuredWorkerGuidebook/Spanish/InjuredWorkerGuidebook.html>

**Capítulo 7: Incapacidad Permanente:**

<http://www.dir.ca.gov/InjuredWorkerGuidebook/Spanish/Chapter7.pdf>

**Capítulo 4: Resolución de Problemas acerca de la Atención y de los Informes Médicos**

<http://www.dir.ca.gov/InjuredWorkerGuidebook/Spanish/Chapter4.pdf>

***El Estado de California requiere que usted reciba la siguiente información:***

***[Texto Obligatorio: Seleccionar una de las siguientes opciones:]***

***[Incluir los dos párrafos siguientes para todas las reclamaciones no sujetas a un programa alternativo de resolución de disputas o ADR (por Alternative Dispute Resolution):]***

Usted tiene derecho a estar en desacuerdo con decisiones que afecten su reclamación. Si tiene alguna pregunta acerca de la información contenida en esta notificación, por favor, comuníquese ***[insertar ya sea “conmigo, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o con el nombre y el número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico]***. Usted también tiene el derecho de ser representado por un abogado que usted elija. Sin embargo, si usted es representado por un abogado, usted debe llamar a su abogado, no ***[insertar ya sea “a mí, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o al nombre y al número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico]***.

**MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)**

Para recibir información acerca del proceso de reclamaciones de la compensación de trabajadores y de sus derechos y obligaciones, visite [www.dir.ca.gov](http://www.dir.ca.gov) o contacte a un Funcionario de Información y Asistencia (I&A) de la División Estatal de Compensación de Trabajadores. Para obtener información grabada y un listado de las oficinas, llame al (800) 736-7401.

***[Para reclamaciones sujetas a un programa ADR, incluir en la medida que sea apropiado según el acuerdo ADR:]***

Usted tiene derecho a estar en desacuerdo con decisiones que afecten su reclamación. Si tiene alguna pregunta acerca de la información contenida en esta notificación, por favor, comuníquese ***[insertar ya sea “conmigo, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o con el nombre y el número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico]*** o comuníquese con ***(insertar nombre, título y teléfono del ombudsman o mediador)***. Sin embargo, si usted es representado por un abogado, usted debe llamar a su abogado, no ***[insertar ya sea “a mí, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o al nombre y al número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico]***, al ombudsman o mediador.

***[Texto opcional para reclamaciones sujetas a un programa ADR bajo el Código Laboral, Sección 3201.5 – Incluir si corresponde bajo las disposiciones del programa ADR:]***

*De acuerdo con el contrato de INSERTAR NOMBRE DEL SINDICATO, no se permite la participación activa de un abogado en las etapas de Ombudsman y Mediación del proceso ADR de la compensación de trabajadores. Sin embargo, usted tiene derecho a consultar con un abogado y su derecho a recibir asesoramiento legal no está limitado y puede obtenerlo por cuenta propia en cualquier momento. Si las etapas de Ombudsman y Mediación de la resolución de disputas resultan sin éxito y se ha presentado a tiempo una solicitud de Arbitraje por escrito, si se permite la participación de un abogado.*

Para información acerca del proceso de reclamaciones de la compensación de trabajadores y de sus derechos y obligaciones, contacte a un funcionario de información y asistencia (I&A) de la División de Compensación de Trabajadores del estado. Asegúrese de informarle al funcionario de información y asistencia que su resolución está sujeta a un programa alternativo de resolución de disputas. Para obtener un listado de las oficinas, visite [www.dwc.ca.gov](http://www.dwc.ca.gov) o llame al (800) 736-7401.

***[Seleccionar una opción:]***

Le estamos enviando esta notificación electrónicamente a pedido suyo. Por favor, confirme que desea continuar recibiendo notificaciones de manera electrónica y actualice su dirección de correo electrónico si es necesario.

Abogado del Solicitante (si corresponde): Le estamos enviando esta notificación electrónicamente a pedido suyo. Por favor, confirme que desea continuar recibiendo notificaciones de manera electrónica y actualice su dirección de correo electrónico si es necesario.

MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)

*[Texto Obligatorio - requerido para todas las notificaciones en letra en negrita.]*

Conserve esta notificación. La misma contiene información importante acerca de sus beneficios de la compensación de trabajadores.

Atentamente,

---

Examinador de Reclamaciones

cc: ABOGADO DEL SOLICITANTE *(si corresponde)*

Adjunto: Informe(s) Médico(s) *(Según lo requieran regulaciones específicas)*

MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)

Nombre del Administrador de Reclamaciones  
Dirección  
Ciudad\_Estado\_Código Postal  
Número de Teléfono  
*[incluir si está disponible]* Dirección de sitio web

Fecha *[opcional]* ENVIADO POR CORREO  
ELECTRÓNICO A dirección de correo  
electrónico del empleado

Empleado	Empleador:
Dirección	Fecha de la Lesión:
Ciudad_Estado_Código Postal	Número de Reclamación:

NOTIFICACIÓN ACERCA DE LOS BENEFICIOS POR INCAPACIDAD PERMANENTE

INICIO DE LOS PAGOS

NOMBRE DEL ADMINISTRADOR DE RECLAMACIONES está tramitando su reclamación de la compensación de trabajadores en nombre de NOMBRE DEL EMPLEADOR. Esta notificación es para informarle el estado de sus beneficios por incapacidad de la compensación de trabajadores por su lesión, correspondiente a la fecha indicada arriba.

Está comenzando el pago por incapacidad permanente y el mismo se *(seleccionar una opción)* adjunta / envía por separado por el período comprendido entre el FECHA y el FECHA. Su tasa de compensación semanal es de \$TASA basada en su ingreso de \$SALARIO SEMANAL PROMEDIO por semana. Le enviaremos los pagos a usted cada dos semanas el DÍA DE LA SEMANA y continuaremos durante NÚMERO semanas hasta que se haya pagado la suma de \$TOTAL ADEUDADO. Estos pagos se descontarán de cualquier adjudicación que usted pudiera recibir. El importe a pagar por incapacidad permanente se basa en:

***[Seleccionar (1) o (2)]***

*(1)* el informe del doctor NOMBRE DEL MÉDICO de fecha FECHA. Se adjunta una copia del informe a esta notificación. El informe indica que usted *(seleccionar una opción)* necesita / no necesita atención médica futura.

*(2)* EXPLICACIÓN DE LA ESTIMACIÓN DE LO ADEUDADO POR INCAPACIDAD PERMANENTE.

**OBLIGATORIO: incluir para todas las notificaciones:**

Usted puede encontrar información adicional en la publicación *Workers' Compensation in California: A Guidebook for Injured Workers* (Compensación del Trabajador de California: Una Guía para Trabajadores Lesionados). Usted puede obtener una copia completa de la Guía



## MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS (VERSIÓN EN ESPAÑOL)

en el sitio web de la División de Compensación de Trabajadores (ver URL a continuación) o contactando a un Funcionario de Información y Asistencia o I&A (por *Information and Assistance*) de la División de Compensación de Trabajadores. El tema de la Incapacidad Permanente se trata en el capítulo 7 de esta Guía.

Guía para Trabajadores Lesionados:

<http://www.dir.ca.gov/InjuredWorkerGuidebook/Spanish/InjuredWorkerGuidebook.html>

Capítulo 7: Incapacidad Permanente:

<http://www.dir.ca.gov/InjuredWorkerGuidebook/Spanish/Chapter7.pdf>

*El Estado de California requiere que usted reciba la siguiente información:*

**[TEXTO OBLIGATORIO: Seleccionar una de las siguientes opciones:]**

**[Incluir los dos párrafos siguientes para todas las reclamaciones no sujetas a un programa alternativo de resolución de disputas o ADR (por Alternative Dispute Resolution):]**

Usted tiene derecho a estar en desacuerdo con decisiones que afecten su reclamación. Si tiene alguna pregunta acerca de la información contenida en esta notificación, por favor, comuníquese ***[insertar ya sea “conmigo, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o con el nombre y el número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico]***. Usted también tiene el derecho de ser representado por un abogado que usted elija. Sin embargo, si usted es representado por un abogado, usted debe llamar a su abogado, no ***[insertar ya sea “a mí, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o al nombre y al número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico]***.

Para recibir información acerca del proceso de reclamaciones de la compensación de trabajadores y de sus derechos y obligaciones, visite [www.dir.ca.gov](http://www.dir.ca.gov) o contacte a un Funcionario de Información y Asistencia (I&A) de la División Estatal de Compensación de Trabajadores. Para obtener información grabada y un listado de las oficinas, llame al (800) 736-7401.

**[Para reclamaciones sujetas a un programa ADR, incluir en la medida que sea apropiado según el acuerdo ADR:]**

Usted tiene derecho a estar en desacuerdo con decisiones que afecten su reclamación. Si tiene alguna pregunta acerca de la información contenida en esta notificación, por favor, comuníquese ***[insertar ya sea “conmigo, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o con el nombre y el número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico]*** o comuníquese con ***(insertar nombre, título y teléfono del ombudsman o mediador)***. Sin embargo, si usted es representado por un abogado, usted debe llamar a su abogado, no ***[insertar ya sea “a mí, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o al nombre y al número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico]***, al ombudsman o mediador.

**[Texto opcional para reclamaciones sujetas a un programa ADR bajo el Código Laboral, Sección 3201.5 - Incluir si corresponde bajo las disposiciones del programa ADR:]**

**MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)**

*De acuerdo con el contrato de INSERTAR NOMBRE DEL SINDICATO, no se permite la participación activa de un abogado en las etapas de Ombudsman y Mediación del proceso ADR de la compensación de trabajadores. Sin embargo, usted tiene derecho a consultar con un abogado y su derecho a recibir asesoramiento legal no está limitado y puede obtenerlo por cuenta propia en cualquier momento. Si las etapas de Ombudsman y Mediación de la resolución de disputas resultan sin éxito y se ha presentado a tiempo una solicitud de Arbitraje por escrito, sí se permite la participación de un abogado.*

Para información acerca del proceso de reclamaciones de la compensación de trabajadores y de sus derechos y obligaciones, contacte a un Funcionario de Información y Asistencia (I&A) de la División de Compensación de Trabajadores del estado. Asegúrese de informarle al funcionario de información y asistencia que su resolución está sujeta a un programa alternativo de resolución de disputas. Para obtener un listado de las oficinas, visite [www.dwc.ca.gov](http://www.dwc.ca.gov) o llame al (800) 736-7401.

**[Seleccionar una opción:]**

Le estamos enviando esta notificación electrónicamente a pedido suyo. Por favor, confirme que desea continuar recibiendo notificaciones de manera electrónica y actualice su dirección de correo electrónico si es necesario.

Abogado del Solicitante (si corresponde): Le estamos enviando esta notificación electrónicamente a pedido suyo. Por favor, confirme que desea continuar recibiendo notificaciones de manera electrónica y actualice su dirección de correo electrónico si es necesario.

**[TEXTO OBLIGATORIO – requerido para todas las notificaciones en letra en negrita.]**

Conserve esta notificación. La misma contiene información importante acerca de sus beneficios de la compensación de trabajadores.

Atentamente,

---

Examinador de Reclamaciones

cc: ABOGADO DEL SOLICITANTE *(si corresponde)*

Adjunto: Informe(s) Médico(s) *(Según lo requieran regulaciones específicas)*

MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)

Nombre del Administrador de Reclamaciones  
Dirección  
Ciudad\_Estado\_Código Postal  
Número de Teléfono  
*[incluir si está disponible]* Dirección de sitio web

Fecha *[opcional]* ENVIADO POR CORREO  
ELECTRÓNICO A dirección de correo  
electrónico del empleado

Empleado Empleado:  
Dirección Fecha de la Lesión:  
Ciudad\_Estado\_Código Postal Número de Reclamación:

NOTIFICACIÓN ACERCA DE LA

NEGACIÓN DEL BENEFICIO DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES

NOMBRE DEL ADMINISTRADOR DE RECLAMACIONES está tramitando su reclamación de la compensación de trabajadores en nombre de NOMBRE DEL EMPLEADOR. Esta notificación es para informarle el estado de sus beneficios por incapacidad de la compensación de trabajadores por su lesión, correspondiente a la fecha indicada arriba.

*Seleccionar 1 ó 2:*

**(1) NEGACIÓN TOTAL:** Después de haber considerado cuidadosamente toda la información disponible, nosotros negamos responsabilidad en la reclamación por su lesión. Negamos los beneficios de la compensación de trabajadores porque **EXPLICACIÓN DE LA NEGACIÓN.** *(Si la negación se basa en un informe médico, insertar lo siguiente):* Se adjunta a esta notificación una copia del informe.

**(2) NEGACIÓN PARCIAL:** Después de haber considerado cuidadosamente toda la información disponible, aceptamos responsabilidad únicamente por su reclamación de lesión en **ENUMERAR PARTE(S) DEL CUERPO ACEPTADA(S).** Negamos responsabilidad alguna por **ENUMERAR PARTE(S) DEL CUERPO RECHAZADA(S)** porque **EXPLICACIÓN DE LA NEGACIÓN PARCIAL DEL BENEFICIO.** *(Si la negación se basa en un informe médico, insertar lo siguiente):* Se adjunta a esta notificación una copia del informe.

Para el caso de las reclamaciones reportadas desde el día 19 de abril de 2004 en adelante, sin importar la fecha de la lesión, si usted presentó un formulario de reclamación a su empleador o al administrador de reclamaciones, el Código Laboral, en su Sección 5402(c) dispone que dentro

**MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)**

del plazo de un día laborable después de presentar el formulario de reclamación, el empleador autorizará la provisión de todo tratamiento, consistente con las pautas de tratamiento aplicables, para la lesión alegada y continuará proporcionando dicho tratamiento médico hasta que el administrador de reclamaciones acepte o rechace la responsabilidad por la reclamación. Hasta la fecha en que se acepte o se rechace la reclamación, la responsabilidad para el tratamiento médico bajo este Código Laboral quedará limitada a un máximo de diez mil dólares (\$10,000).

A menos que ya lo haya hecho, usted debería enviar de inmediato para consideración de pago todas las facturas por servicios médicos proporcionados entre la fecha en que se entregó el formulario de reclamación completado al empleador y la fecha en que la responsabilidad por la reclamación resultó rechazada.

**Si el empleado no tiene representante y la determinación se basa en un informe médico, seleccionar (1), (2) o (3) a continuación:**

***(1)(Elegir si el empleado no ha recibido previamente una evaluación médica integral:)***

Si usted no está de acuerdo con la decisión de rechazar su reclamación y desea obtener una evaluación médica integral, adjunto encontrará un formulario que usted debe presentar a la División de Compensación de Trabajadores del estado o DWC (por *Division of Workers' Compensation*) dentro del plazo de **10 días** para solicitar un panel de tres Evaluadores Médicos Calificados o QME (por *Qualified Medical Evaluators*). Si usted no presenta el formulario dentro de los **10 días** nosotros tendremos el derecho de presentar el formulario. Además, dentro de los **10 días** después de que la DWC le envíe un panel, usted debe elegir a un QME del panel, coordinar una cita para que el QME le haga una evaluación médica, e informarme cuál fue su elección y cuándo es la cita. Si usted nos informa acerca de su elección pero no coordina la cita, nosotros coordinaremos la cita. Si usted no nos informa acerca de su elección, nosotros podemos elegir el QME que lo examinará y coordinar la cita.

***Elegir (2) o (3) si el empleado ya ha recibido una evaluación médica integral:***

(2) Nosotros ***(seleccionar una opción:)*** estamos de acuerdo / no estamos de acuerdo con la evaluación médica integral de **NOMBRE DEL MÉDICO** del día **FECHA DEL INFORME**. Si usted elige disputar esta decisión usted puede presentar una Solicitud de Adjudicación de la Reclamación ante la Junta de Apelaciones de la Compensación de Trabajadores o WCAB (por *Workers' Compensation Appeals Board*).

(3) Como usted ya recibió una evaluación médica integral, si usted no está de acuerdo con la decisión de rechazar su reclamación, por favor, comuníquese ***(insertar "conmigo, NOMBRE DEL AJUSTADOR" o con el nombre y número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico)*** para coordinar y regresar al mismo evaluador médico para que realice un nuevo examen médico.

**Si el empleado tiene representante, incluir lo siguiente:**

Si usted tiene representante, puede contactar a su abogado por cualquier pregunta que tenga.

**OBLIGATORIO: incluir para todas las notificaciones:**

**MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)**

Usted puede encontrar información adicional en la publicación **Workers' Compensation in California: A Guidebook for Injured Workers** (Compensación del Trabajador de California: Una Guía para Trabajadores Lesionados). Usted puede obtener una copia completa de la Guía en el sitio web de la División de Compensación de Trabajadores (ver URL a continuación) o contactando a un Funcionario de Información y Asistencia o I&A (por *Information and Assistance*) de la División de Compensación de Trabajadores. Los capítulos 2, 4 y 9 de la Guía contienen información que trata la determinación de responsabilidad para una reclamación de compensación de trabajadores y el proceso del QME.

**Guía para Trabajadores Lesionados:**

<http://www.dir.ca.gov/InjuredWorkerGuidebook/Spanish/InjuredWorkerGuidebook.html>

**Capítulo 2: Después de Sufrir una Lesión Laboral**

<http://www.dir.ca.gov/InjuredWorkerGuidebook/Spanish/Chapter2.pdf>

**Capítulo 4: Resolución de Problemas acerca de la Atención y de los Informes Médicos:**

<http://www.dir.ca.gov/InjuredWorkerGuidebook/Spanish/Chapter4.pdf>

**Capítulo 9: Para Conseguir Más Información y Ayuda**

<http://www.dir.ca.gov/InjuredWorkerGuidebook/Spanish/Chapter9.pdf>

*El Estado de California requiere que usted reciba la siguiente información:*

**[TEXTO OBLIGATORIO: Seleccionar una de las siguientes opciones:]**

**[Incluir los dos párrafos siguientes para todas las reclamaciones no sujetas a un programa alternativo de resolución de disputas o ADR (por Alternative Dispute Resolution):]**

Usted tiene derecho a estar en desacuerdo con decisiones que afecten su reclamación. Si tiene alguna pregunta acerca de la información contenida en esta notificación, por favor, comuníquese ***[insertar ya sea “conmigo, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o con el nombre y el número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico]***. Usted también tiene el derecho de ser representado por un abogado que usted elija. Sin embargo, si usted es representado por un abogado, usted debe llamar a su abogado, no ***[insertar ya sea “a mí, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o al nombre y al número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico]***.

Para recibir información acerca del proceso de reclamaciones de la compensación de trabajadores y de sus derechos y obligaciones, visite [www.dir.ca.gov](http://www.dir.ca.gov) o contacte a un Funcionario de Información y Asistencia (I&A) de la División Estatal de Compensación de Trabajadores. Para obtener información grabada y un listado de las oficinas, llame al (800) 736-7401.

**[Para reclamaciones sujetas a un programa ADR, incluir en la medida que sea apropiado según el acuerdo ADR:]**

Usted tiene derecho a estar en desacuerdo con decisiones que afecten su reclamación. Si tiene alguna pregunta acerca de la información contenida en esta notificación, por favor, comuníquese

MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)

[*insertar ya sea “conmigo, NOMBRE DEL AJUSTADOR ” o con el nombre y el número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico*] o comuníquese con (*insertar nombre, título y teléfono del ombudsman o mediador*). Sin embargo, si usted es representado por un abogado, usted debe llamar a su abogado, no [*insertar ya sea “a mí, NOMBRE DEL AJUSTADOR ” o al nombre y al número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico*], al ombudsman o mediador.

**[Texto opcional para reclamaciones sujetas a un programa ADR bajo el Código Laboral, Sección 3201.5 – Incluir si corresponde bajo las disposiciones del programa ADR:]**

De acuerdo con el contrato de INSERTAR NOMBRE DEL SINDICATO, no se permite la participación activa de un abogado en las etapas de Ombudsman y Mediación del proceso ADR de la compensación de trabajadores. Sin embargo, usted tiene derecho a consultar con un abogado y su derecho a recibir asesoramiento legal no está limitado y puede obtenerlo por cuenta propia en cualquier momento. Si las etapas de Ombudsman y Mediación de la resolución de disputas resultan sin éxito y se ha presentado a tiempo una solicitud de Arbitraje por escrito, si se permite la participación de un abogado.

Para información acerca del proceso de reclamaciones de la compensación de trabajadores y de sus derechos y obligaciones, contacte a un Funcionario de Información y Asistencia (I&A) de la División de Compensación de Trabajadores del estado. Asegúrese de informarle al funcionario de información y asistencia que su resolución está sujeta a un programa alternativo de resolución de disputas. Para obtener un listado de las oficinas, visite [www.dwc.ca.gov](http://www.dwc.ca.gov) o llame al (800) 736-7401.

**[Seleccionar una opción:]**

Le estamos enviando esta notificación electrónicamente a pedido suyo. Por favor, confirme que desea continuar recibiendo notificaciones de manera electrónica y actualice su dirección de correo electrónico si es necesario.

Abogado del Solicitante (si corresponde): Le estamos enviando esta notificación electrónicamente a pedido suyo. Por favor, confirme que desea continuar recibiendo notificaciones de manera electrónica y actualice su dirección de correo electrónico si es necesario.

**[TEXTO OBLIGATORIO – requerido para todas las notificaciones en letra en negrita.]**

Conserve esta notificación. La misma contiene información importante acerca de sus beneficios de la compensación de trabajadores.

Atentamente,

---

Examinador de Reclamaciones

MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)

cc: ABOGADO DEL SOLICITANTE *(si corresponde)*  
PROVEEDORES DE SERVICIOS EN ARCHIVO  
RECLAMANTE(S) DE EMBARGO PREVENTIVO

Adjunto: *(Elegir adjuntos según corresponda.)*

- Informe(s) Médico(s) *(si corresponde)*
- Formulario de Panel QME (Formulario QME 105 y adjunto) *(para empleados sin representante)*

**MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)**

Nombre del Administrador de Reclamaciones  
Dirección  
Ciudad\_Estado\_Código Postal  
Número de Teléfono  
*[incluir si está disponible]* Dirección de sitio web

Fecha *[opcional]* ENVIADO POR CORREO  
ELECTRÓNICO A dirección de correo  
electrónico del empleado

Empleado	Empleador:
Dirección	Fecha de la Lesión:
Ciudad_Estado_Código Postal	Número de Reclamación:

**NOTIFICACIÓN ACERCA DE LA DEMORA EN EL BENEFICIO DE LA  
COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES**

NOMBRE DEL ADMINISTRADOR DE RECLAMACIONES está tramitando su reclamación de la compensación de trabajadores en nombre de NOMBRE DEL EMPLEADOR. Esta notificación es para informarle el estado de sus beneficios por incapacidad de la compensación de trabajadores por su lesión, correspondiente a la fecha indicada arriba.

***Seleccionar (1), (2) o (3):***

***(1)*** Los beneficios de la compensación de trabajadores están demorados porque EXPLICACIÓN DE LA DEMORA. Para tomar una decisión, nosotros necesitamos ELEMENTO(S) NECESARIOS PARA LA RESOLUCIÓN DEL (DE LOS) ASUNTO(S). Nosotros le notificaremos nuestra decisión a más tardar el día FECHA.

***(2)*** Los beneficios de la compensación de trabajadores están demorados para el período comprendido entre el FECHA y el FECHA porque EXPLICACIÓN DE LA DEMORA. Para poder tomar una decisión, necesitamos ELEMENTO(S) NECESARIO(S) PARA LA RESOLUCIÓN DEL (DE LOS) ASUNTO(S). Nosotros le notificaremos nuestra decisión a más tardar el día FECHA.

***(3) Notificaciones subsiguientes:*** Con fecha FECHA, le enviamos una notificación informándole que había una demora en sus beneficios de la compensación de trabajadores, estando pendiente la recepción de EXPLICACIÓN DE LA DEMORA. Para poder tomar una decisión, necesitamos ELEMENTO(S) NECESARIO(S) PARA LA RESOLUCIÓN DEL (DE LOS) ASUNTO(S). No hemos recibido la información necesaria y estamos extendiendo la fecha de la determinación para el día FECHA. Me contactaré con usted cuando se haya recibido esta información.



MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)

*[(Incluir si la demora está relacionada con un asunto médico y el administrador de reclamaciones está solicitando una evaluación médica integral para un empleado sin representante:)]*

Para resolver este asunto y permitirme tomar una determinación acerca de su derecho a recibir los beneficios, es necesario realizar una evaluación médica integral. Adjuntamos un formulario que usted debe presentar a la División de Compensación de Trabajadores del estado o DWC (por *Division of Workers' Compensation*) dentro del plazo de **10 días** para solicitar un panel de tres Evaluadores Médicos Calificados o QME (por *Qualified Medical Evaluators*). Si usted no presenta el formulario dentro de los **10 días** nosotros tendremos el derecho de presentar el formulario. Además, dentro de los **10 días** después de que la DWC le envíe un panel, usted debe elegir a un QME del panel, coordinar una cita para que el QME le haga una evaluación médica, e informarme cuál fue su elección y cuándo es la cita. Si usted nos informa acerca de su elección pero no coordina la cita, nosotros coordinaremos la cita. Si usted no nos informa acerca de su elección, nosotros podemos elegir el QME que lo examinará y coordinar la cita.

*Si el empleado tiene representante, incluir lo siguiente:*

Si usted tiene representante, usted puede contactar a su abogado por cualquier pregunta que tenga.

Para el caso de las lesiones ocurridas a partir del 1° de enero de 1990, existe una presunción legal ante la Junta de Apelaciones de la Compensación de Trabajadores de que su reclamación es compensable si la misma no es rechazada dentro del plazo de 90 días desde que usted le devuelve el Formulario de Reclamación del Empleado a su empleador. Dicha presunción se puede rebatir sólo con información que no podría descubrirse dentro del periodo de 90 días.

Para el caso de las reclamaciones reportadas desde el día 19 de abril de 2004 en adelante, sin importar la fecha de la lesión, si usted presentó un formulario de reclamación a su empleador o al administrador de reclamaciones, el Código Laboral, en su sección 5402(c) dispone que dentro del plazo de un día laborable después de presentar el formulario de reclamación, el empleador autorizará la provisión del tratamiento, consistente con las pautas de tratamiento aplicables, para la lesión alegada y continuará proporcionando dicho tratamiento hasta que el administrador de reclamaciones acepte o rechace la responsabilidad por la reclamación. Hasta la fecha en que se acepte o se rechace reclamación, la responsabilidad para tratamiento médico bajo este Código Laboral quedará limitada a un máximo de diez mil dólares (\$10,000).

*OBLIGATORIO: incluir para todas las notificaciones:*

Usted puede encontrar información adicional en la publicación *Workers' Compensation in California: A Guidebook for Injured Workers* (Compensación del Trabajador de California: Una Guía para Trabajadores Lesionados). Usted puede obtener una copia completa de la Guía en el sitio web de la División de Compensación de Trabajadores (ver URL a continuación) o contactando a un Funcionario de Información y Asistencia o I&A (por *Information and Assistance*) de la División de Compensación de Trabajadores. Los capítulos 2, 4 y 9 de la Guía contienen información que trata la determinación de responsabilidad para una reclamación de compensación de trabajadores y el proceso del QME.

MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)

Guía para Trabajadores Lesionados:

<http://www.dir.ca.gov/InjuredWorkerGuidebook/Spanish/InjuredWorkerGuidebook.html>

Capítulo 2: Después de Sufrir una Lesión Laboral

<http://www.dir.ca.gov/InjuredWorkerGuidebook/Spanish/Chapter2.pdf>

Capítulo 4: Resolución de Problemas acerca de la Atención y de los Informes Médicos:

<http://www.dir.ca.gov/InjuredWorkerGuidebook/Spanish/Chapter4.pdf>

Capítulo 9: Para Conseguir Más Información y Ayuda

<http://www.dir.ca.gov/InjuredWorkerGuidebook/Spanish/Chapter9.pdf>

*El Estado de California requiere que usted reciba la siguiente información:*

***[TEXTO OBLIGATORIO: Seleccionar una de las siguientes opciones:]***

***[Incluir los dos párrafos siguientes para todas las reclamaciones no sujetas a un programa alternativo de resolución de disputas o ADR (por Alternative Dispute Resolution):]***

Usted tiene derecho a estar en desacuerdo con decisiones que afecten su reclamación. Si tiene alguna pregunta acerca de la información contenida en esta notificación, por favor, comuníquese ***[insertar ya sea “conmigo, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o con el nombre y el número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico]***. Usted también tiene el derecho de ser representado por un abogado que usted elija. Sin embargo, si usted es representado por un abogado, usted debe llamar a su abogado, no ***[insertar ya sea “a mí, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o al nombre y al número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico]***.

Para recibir información acerca del proceso de reclamaciones de la compensación de trabajadores y de sus derechos y obligaciones, visite [www.dir.ca.gov](http://www.dir.ca.gov) o contacte a un Funcionario de Información y Asistencia (I&A) de la División Estatal de Compensación de Trabajadores. Para obtener información grabada y un listado de las oficinas, llame al (800) 736-7401.

***[Para reclamaciones sujetas a un programa ADR, incluir en la medida que sea apropiado según el acuerdo ADR:]***

Usted tiene derecho a estar en desacuerdo con decisiones que afecten su reclamación. Si tiene alguna pregunta acerca de la información contenida en esta notificación, por favor, comuníquese ***[insertar ya sea “conmigo, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o con el nombre y el número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico]*** o comuníquese con ***(insertar nombre, título y teléfono del ombudsman o mediador)***. Sin embargo, si usted es representado por un abogado, usted debe llamar a su abogado, no ***[insertar ya sea “a mí, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o al nombre y al número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico]***, al ombudsman o mediador.

***[Texto opcional para reclamaciones sujetas a un programa ADR bajo el Código Laboral, Sección 3201.5 – Incluir si corresponde bajo las disposiciones del programa ADR:]***

*De acuerdo con el contrato de INSERTAR NOMBRE DEL SINDICATO, no se permite la participación activa de un abogado en las etapas de Ombudsman y Mediación del proceso ADR de la*

**MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)**

compensación de trabajadores. Sin embargo, usted tiene derecho a consultar con un abogado y su derecho a recibir asesoramiento legal no está limitado y puede obtenerlo por cuenta propia en cualquier momento. Si las etapas de Ombudsman y Mediación de la resolución de disputas resultan sin éxito y se ha presentado a tiempo una solicitud de Arbitraje por escrito, si se permite la participación de un abogado.

Para información acerca del proceso de reclamaciones de la compensación de trabajadores y de sus derechos y obligaciones, contacte a un Funcionario de Información y Asistencia (I&A) de la División de Compensación de Trabajadores del estado. Asegúrese de informarle al funcionario de información y asistencia que su resolución está sujeta a un programa alternativo de resolución de disputas. Para obtener un listado de las oficinas, visite [www.dwc.ca.gov](http://www.dwc.ca.gov) o llame al (800) 736-7401.

**[Seleccionar una opción:]**

Le estamos enviando esta notificación electrónicamente a pedido suyo. Por favor, confirme que desea continuar recibiendo notificaciones de manera electrónica y actualice su dirección de correo electrónico si es necesario.

Abogado del Solicitante (si corresponde): Le estamos enviando esta notificación electrónicamente a pedido suyo. Por favor, confirme que desea continuar recibiendo notificaciones de manera electrónica y actualice su dirección de correo electrónico si es necesario.

**[TEXTO OBLIGATORIO - requerido para todas las notificaciones en letra en negrita.]**

Conserve esta notificación. La misma contiene información importante acerca de los beneficios de la compensación de trabajadores.

Atentamente,

---

Examinador de Reclamaciones

cc: ABOGADO DEL SOLICITANTE *(si corresponde)*

Adjunto: Formulario del Panel de QME (Formulario QME 105 y adjunto) *(si corresponde)*

MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)

Nombre del Administrador de Reclamaciones  
Dirección  
Ciudad\_Estado\_Código Postal  
Número de Teléfono  
*[incluir si está disponible]* Dirección de sitio web

Fecha *[opcional]* ENVIADO POR CORREO  
ELECTRÓNICO A dirección de correo  
electrónico del empleado

Empleado	Empleador:
Dirección	Fecha de la Lesión:
Ciudad_Estado_Código Postal	Número de Reclamación:

NOTIFICACIÓN ACERCA DEL PRIMER PAGO DE LOS BENEFICIOS DE LOS  
DEPENDIENTES

NOMBRE DEL ADMINISTRADOR DE RECLAMACIONES está tramitando la reclamación de la compensación de trabajadores de NOMBRE DEL EMPLEADO en nombre de NOMBRE DEL EMPLEADOR. Esta notificación es para informar el estado de los pagos de los beneficios para dependientes por la lesión de compensación de trabajadores correspondiente a la fecha indicada arriba. Enviaremos una copia de esta notificación a todos los dependientes.

*[Incluir una o ambas opciones a continuación:]*

(1) El pago de los beneficios por muerte corresponde a cada uno de los dependientes. El total a pagar es de \$IMPORTE. El total a pagarle a usted es de \$IMPORTE basándonos en EXPLICACIÓN DEL IMPORTE Y SU CÁLCULO. El pago *(seleccionar una opción:)* se adjunta / se envía por separado. La tasa de compensación semanal es de \$INSERTAR TASA. Los pagos se enviarán cada dos semanas el DÍA DE LA SEMANA hasta que se haya completado el pago del beneficio.

Usted también podría tener derecho a un reembolso de hasta \$IMPORTE por gastos de entierro.

(2) El pago por TIPO DE BENEFICIO DE INDEMNIZACIÓN se había acumulado antes de la muerte del empleado y a cada dependiente se le debe la suma de \$IMPORTE. El total a pagar a usted se basa en EXPLICACIÓN DEL IMPORTE Y CÁLCULO. El pago se *(seleccionar una opción:)* adjunta / envía por separado. La tasa de compensación semanal es de \$INSERTAR TASA basada en EXPLICACIÓN.

MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)

**OBLIGATORIO: incluir para todas las notificaciones:**

Usted puede encontrar información adicional en la publicación **Workers' Compensation in California: A Guidebook for Injured Workers** (Compensación del Trabajador de California: Una Guía para Trabajadores Lesionados). Usted puede obtener una copia completa de la Guía en el sitio web de la División de Compensación de Trabajadores (ver URL a continuación) o contactando a un Funcionario de Información y Asistencia o I&A (por *Information and Assistance*) de la División de Compensación de Trabajadores.

**Guía para Trabajadores Lesionados:**

<http://www.dir.ca.gov/InjuredWorkerGuidebook/Spanish/InjuredWorkerGuidebook.html>

(1) Los Beneficios por Muerte se tratan en el capítulo 1 de la Guía.

Capítulo 1: Los Principios Fundamentales de la Compensación de Trabajadores:

<http://www.dir.ca.gov/InjuredWorkerGuidebook/Spanish/Chapter1.pdf>

***El Estado de California requiere que usted reciba la siguiente información:***

***[TEXTO OBLIGATORIO: Seleccionar una de las siguientes opciones:]***

***[Incluir los dos párrafos siguientes para todas las reclamaciones no sujetas a un programa alternativo de resolución de disputas o ADR (por Alternative Dispute Resolution):]***

Usted tiene derecho a estar en desacuerdo con decisiones que afecten su reclamación. Si tiene alguna pregunta acerca de la información contenida en esta notificación, por favor, comuníquese ***[insertar ya sea “conmigo, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o con el nombre y el número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico]***. Usted también tiene el derecho de ser representado por un abogado que usted elija. Sin embargo, si usted es representado por un abogado, usted debe llamar a su abogado, no ***[insertar ya sea “a mí, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o al nombre y al número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico]***.

Para recibir información acerca del proceso de reclamaciones de la compensación de trabajadores y de sus derechos y obligaciones, visite [www.dir.ca.gov](http://www.dir.ca.gov) o contacte a un Funcionario de Información y Asistencia (I&A) de la División Estatal de Compensación de Trabajadores. Para obtener información grabada y un listado de las oficinas, llame al (800) 736-7401.

***[Para reclamaciones sujetas a un programa ADR, incluir en la medida que sea apropiado según el acuerdo ADR:]***

Usted tiene derecho a estar en desacuerdo con decisiones que afecten su reclamación. Si tiene alguna pregunta acerca de la información contenida en esta notificación, por favor, comuníquese ***[insertar ya sea “conmigo, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o con el nombre y el número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico]*** o comuníquese con ***(insertar nombre, título y teléfono del ombudsman o mediador)***. Sin embargo, si usted es representado por un abogado, usted debe llamar a su abogado, no ***[insertar ya sea “a mí, NOMBRE DEL***

MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)

AJUSTADOR ” o al *nombre* y al *número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico*], al ombudsman o mediador.

**[Texto opcional para reclamaciones sujetas a un programa ADR bajo el Código Laboral, Sección 3201.5 – Incluir si corresponde bajo las disposiciones del programa ADR:]**

De acuerdo con el contrato de INSERTAR NOMBRE DEL SINDICATO, no se permite la participación activa de un abogado en las etapas de Ombudsman y Mediación del proceso ADR de la compensación de trabajadores. Sin embargo, usted tiene derecho a consultar con un abogado y su derecho a recibir asesoramiento legal no está limitado y puede obtenerlo por cuenta propia en cualquier momento. Si las etapas de Ombudsman y Mediación de la resolución de disputas resultan sin éxito y se ha presentado a tiempo una solicitud de Arbitraje por escrito, sí se permite la participación de un abogado.

Para información acerca del proceso de reclamaciones de la compensación de trabajadores y de sus derechos y obligaciones, contacte a un Funcionario de Información y Asistencia (I&A) de la División de Compensación de Trabajadores del estado. Asegúrese de informarle al funcionario de información y asistencia que su resolución está sujeta a un programa alternativo de resolución de disputas. Para obtener un listado de las oficinas, visite [www.dwc.ca.gov](http://www.dwc.ca.gov) o llame al (800) 736-7401.

**[Seleccionar una opción:]**

Le estamos enviando esta notificación electrónicamente a pedido suyo. Por favor, confirme que desea continuar recibiendo notificaciones de manera electrónica y actualice su dirección de correo electrónico si es necesario.

Abogado del Solicitante (si corresponde): Le estamos enviando esta notificación electrónicamente a pedido suyo. Por favor, confirme que desea continuar recibiendo notificaciones de manera electrónica y actualice su dirección de correo electrónico si es necesario.

**[TEXTO OBLIGATORIO – requerido para todas las notificaciones en letra en negrita.]**

Conserve esta notificación. La misma contiene información importante acerca de sus beneficios de la compensación de trabajadores.

Atentamente,

---

Examinador de Reclamaciones

cc: ABOGADO DEL SOLICITANTE (*si corresponde*)  
DEPENDIENTE(S)

**MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)**

Nombre del Administrador de Reclamaciones  
Dirección  
Ciudad\_Estado\_Código Postal  
Número de Teléfono  
*[incluir si está disponible]* Dirección de sitio web

Fecha *[opcional]* ENVIADO POR CORREO  
ELECTRÓNICO A dirección de correo  
electrónico del empleado

Empleado	Empleador:
Dirección	Fecha de la Lesión:
Ciudad_Estado_Código Postal	Número de Reclamación:

**NOTIFICACIÓN ACERCA DE LOS BENEFICIOS DE LOS DEPENDIENTES  
MODIFICACIÓN EN EL PAGO O FINALIZACIÓN DEL BENEFICIO**

NOMBRE DEL ADMINISTRADOR DE RECLAMACIONES está tramitando la reclamación de la compensación de trabajadores de NOMBRE DEL EMPLEADO en nombre de NOMBRE DEL EMPLEADOR. Esta notificación es para informar el estado de los pagos de los beneficios para dependientes por la lesión de compensación de trabajadores correspondiente a la fecha indicada arriba. Enviaremos una copia de esta notificación a todos los dependientes.

[Incluir una o más de las siguientes opciones]:

(1) Estamos modificando la tasa del beneficio por INSERTAR TIPO DE BENEFICIO. La tasa pasa a ser de \$INSERTAR TASA SEMANAL, y el pago comenzará el día FECHA porque INSERTAR MOTIVO DE MODIFICACIÓN DE LA TASA.

(2) Estamos modificando el importe de pago por INSERTAR TIPO DE BENEFICIO. El importe pasa a ser de \$INSERTAR IMPORTE SEMANAL, y el pago comenzará el día FECHA porque INSERTAR MOTIVO DE LA MODIFICACIÓN DEL IMPORTE.

(3) Estamos cambiando el día programado de la semana en que le enviamos su INSERTAR TIPO DE BENEFICIO. El pago comenzará el día FECHA y los cheques se enviarán cada dos semanas el DÍA DE LA SEMANA.

(4) INSERTAR EXPLICACIÓN PARA OTRA MODIFICACIÓN EN EL BENEFICIO.

(5) Los pagos finalizan porque MOTIVO DE FINALIZACIÓN DE LOS PAGOS AQUÍ. Los beneficios que se le pagaron a usted suman \$IMPORTE. Usted recibió el pago de estos beneficios como TIPO DE BENEFICIO. El(los) período(s) pagado(s) corresponden

MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)

(correspondieron) al período comprendido entre el FECHA y el FECHA a una tasa de \$TASA por semana. Por favor, vea el registro de pagos detallados que se adjunta para ver los períodos específicos y los importes pagados. *(incluir si se pagaron Incrementos Autoimpuestos o SII (por Self-imposed Increases:)) Además, usted recibió un 10% de incrementos autoimpuestos por un total de \$TOTAL SII.*

**OBLIGATORIO: incluir para todas las notificaciones:**

Usted puede encontrar información adicional en la publicación *Workers' Compensation in California: A Guidebook for Injured Workers* (Compensación del Trabajador de California: Una Guía para Trabajadores Lesionados). Usted puede obtener una copia completa de la Guía en el sitio web de la División de Compensación de Trabajadores (ver URL a continuación) o contactando a un Funcionario de Información y Asistencia o I&A (por *Information and Assistance*) de la División de Compensación de Trabajadores.

**Guía para Trabajadores Lesionados:**

<http://www.dir.ca.gov/InjuredWorkerGuidebook/Spanish/InjuredWorkerGuidebook.html>

Los beneficios por muerte se tratan en el capítulo 1 de la Guía.

Capítulo 1: Los Principios Fundamentales de la Compensación de Trabajadores:

<http://www.dir.ca.gov/InjuredWorkerGuidebook/Spanish/Chapter1.pdf>

*El Estado de California requiere que usted reciba la siguiente información:*

**[TEXTO OBLIGATORIO: Seleccionar una de las siguientes opciones:]**

**[Incluir los dos párrafos siguientes para todas las reclamaciones no sujetas a un programa alternativo de resolución de disputas o ADR (por Alternative Dispute Resolution):]**

Usted tiene derecho a estar en desacuerdo con decisiones que afecten su reclamación. Si tiene alguna pregunta acerca de la información contenida en esta notificación, por favor, comuníquese *[insertar ya sea “conmigo, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o con el nombre y el número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico]*. Usted también tiene el derecho de ser representado por un abogado que usted elija. Sin embargo, si usted es representado por un abogado, usted debe llamar a su abogado, no *[insertar ya sea “a mí, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o al nombre y al número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico]*.

Para recibir información acerca del proceso de reclamaciones de la compensación de trabajadores y de sus derechos y obligaciones, visite [www.dir.ca.gov](http://www.dir.ca.gov) o contacte a un Funcionario de Información y Asistencia (I&A) de la División Estatal de Compensación de Trabajadores. Para obtener información grabada y un listado de las oficinas, llame al (800) 736-7401.

**[Para reclamaciones sujetas a un programa ADR, incluir en la medida que sea apropiado según el acuerdo ADR:]**

Usted tiene derecho a estar en desacuerdo con decisiones que afecten su reclamación. Si tiene alguna pregunta acerca de la información contenida en esta notificación, por favor, comuníquese



MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)

[*insertar ya sea “conmigo, NOMBRE DEL AJUSTADOR ” o con el nombre y el número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico*] o comuníquese con (*insertar nombre, título y teléfono del ombudsman o mediador*). Sin embargo, si usted es representado por un abogado, usted debe llamar a su abogado, no [*insertar ya sea “a mí, NOMBRE DEL AJUSTADOR ” o al nombre y al número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico*], al ombudsman o mediador.

**[Texto opcional para reclamaciones sujetas a un programa ADR bajo el Código Laboral, Sección 3201.5 – Incluir si corresponde bajo las disposiciones del programa ADR:]**

De acuerdo con el contrato de INSERTAR NOMBRE DEL SINDICATO, no se permite la participación activa de un abogado en las etapas de Ombudsman y Mediación del proceso ADR de la compensación de trabajadores. Sin embargo, usted tiene derecho a consultar con un abogado y su derecho a recibir asesoramiento legal no está limitado y puede obtenerlo por cuenta propia en cualquier momento. Si las etapas de Ombudsman y Mediación de la resolución de disputas resultan sin éxito y se ha presentado a tiempo una solicitud de Arbitraje por escrito, si se permite la participación de un abogado.

Para información acerca del proceso de reclamaciones de la compensación de trabajadores y de sus derechos y obligaciones, contacte a un Funcionario de Información y Asistencia (I&A) de la División de Compensación de Trabajadores del estado. Asegúrese de informarle al funcionario de información y asistencia que su resolución está sujeta a un programa alternativo de resolución de disputas. Para obtener un listado de las oficinas, visite [www.dwc.ca.gov](http://www.dwc.ca.gov) o llame al (800) 736-7401.

**[Seleccionar una opción:]**

Le estamos enviando esta notificación electrónicamente a pedido suyo. Por favor, confirme que desea continuar recibiendo notificaciones de manera electrónica y actualice su dirección de correo electrónico si es necesario.

Abogado del Solicitante (si corresponde): Le estamos enviando esta notificación electrónicamente a pedido suyo. Por favor, confirme que desea continuar recibiendo notificaciones de manera electrónica y actualice su dirección de correo electrónico si es necesario.

**[TEXTO OBLIGATORIO – requerido para todas las notificaciones en letra en negrita.]**

Conserve esta notificación. La misma contiene información importante acerca de sus beneficios de la compensación de trabajadores.

Atentamente,

---

Examinador de Reclamaciones

cc: ABOGADO DEL SOLICITANTE (*si corresponde*)  
DEPENDIENTE(S)

**MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)**

Nombre del Administrador de Reclamaciones  
Dirección  
Ciudad\_Estado\_Código Postal  
Número de Teléfono  
*[incluir si está disponible]* Dirección de sitio web

Fecha *[opcional]* ENVIADO POR CORREO  
ELECTRÓNICO A dirección de correo  
electrónico del empleado

Empleado	Empleador:
Dirección	Fecha de la Lesión:
Ciudad_Estado_Código Postal	Número de Reclamación:

**NOTIFICACIÓN ACERCA DE LA  
DEMORA EN LOS BENEFICIOS DE LA COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES PARA  
LOS DEPENDIENTES**

NOMBRE DEL ADMINISTRADOR DE RECLAMACIONES está tramitando su reclamación de la compensación de trabajadores en nombre de NOMBRE DEL EMPLEADOR. Esta notificación es para informar el estado de los pagos de los beneficios para dependientes por la lesión de compensación de trabajadores correspondiente a la fecha indicada arriba. Enviaremos una copia de esta notificación a todos los dependientes.

***[Seleccionar una de las siguientes opciones:]***

(1) En este momento no puedo determinar si corresponden los beneficios porque EXPLICACIÓN DEL MOTIVO DE LA DEMORA. Para poder tomar una decisión, necesito EXPLICACIÓN DE LA INFORMACIÓN QUE SE NECESITA ANTES DE LA DECISIÓN. Me pondré en contacto con usted una vez que se haya recibido la información o para el día FECHA.

(2) Antes de la muerte de NOMBRE DEL EMPLEADO, se habían acumulado los beneficios TIPO DE BENEFICIO, pero no se pagaron. En base a la información disponible, no puedo determinar si usted es elegible para recibir estos beneficios. Para llegar a una decisión, necesito EXPLICACIÓN DE LA INFORMACIÓN QUE SE NECESITA ANTES DE LA DECISIÓN. Me pondré en contacto con usted una vez que se haya recibido la información o para el día FECHA.

**MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)**

(3) **Demora parcial:** Antes de la muerte de NOMBRE DEL EMPLEADO, se habían acumulado los beneficios TIPO DE BENEFICIO, pero no se pagaron para el período comprendido entre el FECHA y el FECHA. En base a la información disponible, no puedo determinar si usted es elegible para recibir estos beneficios. Para llegar a una decisión, necesito EXPLICACIÓN DE LA INFORMACIÓN QUE SE NECESITA ANTES DE LA DECISIÓN. Me pondré en contacto con usted una vez que se haya recibido la información o para el día FECHA.

(4) **Demora subsiguiente:** Con fecha FECHA, se envió una notificación de demora de los beneficios indicando que se necesitaba EXPLICACIÓN DE LA INFORMACIÓN QUE SE NECESITA ANTES DE LA DECISIÓN. No hemos recibido esta información y por lo tanto estamos extendiendo la demora. Me pondré en contacto con usted una vez que se haya recibido la información o para el día FECHA.

**OBLIGATORIO: incluir para todas las notificaciones:**

Usted puede encontrar información adicional en la publicación *Workers' Compensation in California: A Guidebook for Injured Workers (Compensación del Trabajador de California: Una Guía para Trabajadores Lesionados)*. Usted puede obtener una copia completa de la Guía en el sitio web de la División de Compensación de Trabajadores (ver URL a continuación) o contactando a un Funcionario de Información y Asistencia o I&A (por *Information and Assistance*) de la División de Compensación de Trabajadores.

**Guía para Trabajadores Lesionados:**

<http://www.dir.ca.gov/InjuredWorkerGuidebook/Spanish/InjuredWorkerGuidebook.html>

Los Beneficios por Muerte se tratan en el capítulo 1 de la Guía.

Capítulo 1: Los Principios Fundamentales de la Compensación de Trabajadores:

<http://www.dir.ca.gov/InjuredWorkerGuidebook/Spanish/Chapter1.pdf>

*El Estado de California requiere que usted reciba la siguiente información:*

**[TEXTO OBLIGATORIO: Seleccionar una de las siguientes opciones:]**

**[Incluir los dos párrafos siguientes para todas las reclamaciones no sujetas a un programa alternativo de resolución de disputas o ADR (por Alternative Dispute Resolution):]**

Usted tiene derecho a estar en desacuerdo con decisiones que afecten su reclamación. Si tiene alguna pregunta acerca de la información contenida en esta notificación, por favor, comuníquese [*insertar ya sea* “conmigo, NOMBRE DEL AJUSTADOR” *o* con *el nombre y el número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico*]. Usted también tiene el derecho de ser representado por un abogado que usted elija. Sin embargo, si usted es representado por un abogado, usted debe llamar a su abogado, no [*insertar ya sea* “a mí, NOMBRE DEL AJUSTADOR” *o* al *nombre y al número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico*].

**MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)**

Para recibir información acerca del proceso de reclamaciones de la compensación de trabajadores y de sus derechos y obligaciones, visite [www.dir.ca.gov](http://www.dir.ca.gov) o contacte a un Funcionario de Información y Asistencia (I&A) de la División Estatal de Compensación de Trabajadores. Para obtener información grabada y un listado de las oficinas, llame al (800) 736-7401.

**[Para reclamaciones sujetas a un programa ADR, incluir en la medida que sea apropiado según el acuerdo ADR:]**

Usted tiene derecho a estar en desacuerdo con decisiones que afecten su reclamación. Si tiene alguna pregunta acerca de la información contenida en esta notificación, por favor, comuníquese **[insertar ya sea “conmigo, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o con *el nombre y el número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico*] o comuníquese con (insertar nombre, título y teléfono del ombudsman o mediador).** Sin embargo, si usted es representado por un abogado, usted debe llamar a su abogado, no **[insertar ya sea “a mí, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o al *nombre y al número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico*]**, al ombudsman o mediador.

**[Texto opcional para reclamaciones sujetas a un programa ADR bajo el Código Laboral, Sección 3201.5 – Incluir si corresponde bajo las disposiciones del programa ADR:]**

*De acuerdo con el contrato de INSERTAR NOMBRE DEL SINDICATO, no se permite la participación activa de un abogado en las etapas de Ombudsman y Mediación del proceso ADR de la compensación de trabajadores. Sin embargo, usted tiene derecho a consultar con un abogado y su derecho a recibir asesoramiento legal no está limitado y puede obtenerlo por cuenta propia en cualquier momento. Si las etapas de Ombudsman y Mediación de la resolución de disputas resultan sin éxito y se ha presentado a tiempo una solicitud de Arbitraje por escrito, si se permite la participación de un abogado.*

Para información acerca del proceso de reclamaciones de la compensación de trabajadores y de sus derechos y obligaciones, contacte a un Funcionario de Información y Asistencia (I&A) de la División de Compensación de Trabajadores del estado. Asegúrese de informarle al funcionario de información y asistencia que su resolución está sujeta a un programa alternativo de resolución de disputas. Para obtener un listado de las oficinas, visite [www.dwc.ca.gov](http://www.dwc.ca.gov) o llame al (800) 736-7401.

**[Seleccionar una opción:]**

Le estamos enviando esta notificación electrónicamente a pedido suyo. Por favor, confirme que desea continuar recibiendo notificaciones de manera electrónica y actualice su dirección de correo electrónico si es necesario.

**Abogado del Solicitante (si corresponde):** Le estamos enviando esta notificación electrónicamente a pedido suyo. Por favor, confirme que desea continuar recibiendo notificaciones de manera electrónica y actualice su dirección de correo electrónico si es necesario.

MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)

*[TEXTO OBLIGATORIO - requerido para todas las notificaciones en letra en negrita.]*

Conserve esta notificación. La misma contiene información importante acerca de sus beneficios de la compensación de trabajadores.

Atentamente,

---

Examinador de Reclamaciones

cc: ABOGADO DEL SOLICITANTE *(si corresponde)*  
DEPENDIENTE(S)

MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)

Nombre del Administrador de Reclamaciones  
Dirección  
Ciudad\_Estado\_Código Postal  
Número de Teléfono  
*[incluir si está disponible]* Dirección de sitio web

Fecha *[opcional]* ENVIADO POR CORREO  
ELECTRÓNICO A dirección de correo  
electrónico del empleado

Empleado Empleado:  
Dirección Fecha de la Lesión:  
Ciudad\_Estado\_Código Postal Número de Reclamación:

NOTIFICACIÓN ACERCA DE LA NEGACIÓN DE BENEFICIOS PARA LOS  
DEPENDIENTES

NOMBRE DEL ADMINISTRADOR DE RECLAMACIONES está tramitando la reclamación de la compensación de trabajadores de NOMBRE DEL EMPLEADO en nombre de NOMBRE DEL EMPLEADOR. Esta notificación es para informar el estado de los pagos de los beneficios para dependientes por la lesión de compensación de trabajadores correspondiente a la fecha indicada arriba. Enviaremos una copia de esta notificación a todos los dependientes.

*[Seleccionar una de las siguientes opciones:]*

(1) **Negación TOTAL:** Después de considerar cuidadosamente toda la información disponible, rechazamos la responsabilidad en la reclamación por beneficios de la compensación de trabajadores para los dependientes porque EXPLICACIÓN DEL MOTIVO DE LA NEGACIÓN.

(2) **Negación PARCIAL:** Después de considerar cuidadosamente toda la información disponible, rechazamos la responsabilidad en la reclamación por beneficios de la compensación de trabajadores para los dependientes sólo para ESPECIFICAR EL BENEFICIO PARCIAL porque EXPLICACIÓN DEL MOTIVO DE LA NEGACIÓN.

**OBLIGATORIO: incluir para todas las notificaciones:**

Usted puede encontrar información adicional en la publicación **Workers' Compensation in California: A Guidebook for Injured Workers** (Compensación del Trabajador de California: Una Guía para Trabajadores Lesionados). Usted puede obtener una copia completa de la Guía en el sitio web de la División de Compensación de Trabajadores (ver URL a continuación) o contactando a un Funcionario de Información y Asistencia o I&A (por *Information and Assistance*) de la División de Compensación de Trabajadores.

MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)

Guía para Trabajadores Lesionados:

<http://www.dir.ca.gov/InjuredWorkerGuidebook/Spanish/InjuredWorkerGuidebook.html>

(1) Los Beneficios por Muerte se tratan en el capítulo 1 de la Guía.

Capítulo 1: Los Principios Fundamentales de la Compensación de Trabajadores:

<http://www.dir.ca.gov/InjuredWorkerGuidebook/Spanish/Chapter1.pdf>

*El Estado de California requiere que usted reciba la siguiente información:*

*[TEXTO OBLIGATORIO: Seleccionar una de las siguientes opciones:]*

*[Incluir los dos párrafos siguientes para todas las reclamaciones no sujetas a un programa alternativo de resolución de disputas o ADR (por Alternative Dispute Resolution):]*

Usted tiene derecho a estar en desacuerdo con decisiones que afecten su reclamación. Si tiene alguna pregunta acerca de la información contenida en esta notificación, por favor, comuníquese *[insertar ya sea “conmigo, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o con el nombre y el número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico]*. Usted también tiene el derecho de ser representado por un abogado que usted elija. Sin embargo, si usted es representado por un abogado, usted debe llamar a su abogado, no *[insertar ya sea “a mí, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o al nombre y al número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico]*.

Para recibir información acerca del proceso de reclamaciones de la compensación de trabajadores y de sus derechos y obligaciones, visite [www.dir.ca.gov](http://www.dir.ca.gov) o contacte a un Funcionario de Información y Asistencia (I&A) de la División Estatal de Compensación de Trabajadores. Para obtener información grabada y un listado de las oficinas, llame al (800) 736-7401.

*[Para reclamaciones sujetas a un programa ADR, incluir en la medida que sea apropiado según el acuerdo ADR:]*

Usted tiene derecho a estar en desacuerdo con decisiones que afecten su reclamación. Si tiene alguna pregunta acerca de la información contenida en esta notificación, por favor, comuníquese *[insertar ya sea “conmigo, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o con el nombre y el número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico]* o comuníquese con *(insertar nombre, título y teléfono del ombudsman o mediador)*. Sin embargo, si usted es representado por un abogado, usted debe llamar a su abogado, no *[insertar ya sea “a mí, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o al nombre y al número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico]*, al ombudsman o mediador.

*[Texto opcional para reclamaciones sujetas a un programa ADR bajo el Código Laboral, Sección 3201.5 – Incluir si corresponde bajo las disposiciones del programa ADR:]*

De acuerdo con el contrato de INSERTAR NOMBRE DEL SINDICATO, no se permite la participación activa de un abogado en las etapas de Ombudsman y Mediación del proceso ADR de la compensación de trabajadores. Sin embargo, usted tiene derecho a consultar con un abogado y su derecho a

**MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)**

*recibir asesoramiento legal no está limitado y puede obtenerlo por cuenta propia en cualquier momento. Si las etapas de Ombudsman y Mediación de la resolución de disputas resultan sin éxito y se ha presentado a tiempo una solicitud de Arbitraje por escrito, sí se permite la participación de un abogado.*

Para información acerca del proceso de reclamaciones de la compensación de trabajadores y de sus derechos y obligaciones, contacte a un Funcionario de Información y Asistencia (I&A) de la División de Compensación de Trabajadores del estado. Asegúrese de informarle al funcionario de información y asistencia que su resolución está sujeta a un programa alternativo de resolución de disputas. Para obtener un listado de las oficinas, visite [www.dwc.ca.gov](http://www.dwc.ca.gov) o llame al (800) 736-7401.

***[Seleccionar una opción:]***

Le estamos enviando esta notificación electrónicamente a pedido suyo. Por favor, confirme que desea continuar recibiendo notificaciones de manera electrónica y actualice su dirección de correo electrónico si es necesario.

Abogado del Solicitante (si corresponde): Le estamos enviando esta notificación electrónicamente a pedido suyo. Por favor, confirme que desea continuar recibiendo notificaciones de manera electrónica y actualice su dirección de correo electrónico si es necesario.

***[TEXTO OBLIGATORIO – requerido para todas las notificaciones en letra en negrita.]***

Conserve esta notificación. La misma contiene información importante acerca de sus beneficios de la compensación de trabajadores.

Atentamente,

---

Examinador de Reclamaciones

cc: ABOGADO DEL SOLICITANTE *(si corresponde)*  
DEPENDIENTE(S)



**MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)**

Nombre del Administrador de Reclamaciones  
Dirección  
Ciudad\_Estado\_Código Postal  
Número de Teléfono  
*[incluir si está disponible]* Dirección de sitio web

Fecha *[opcional]* ENVIADO POR CORREO  
ELECTRÓNICO A dirección de correo  
electrónico del empleado

Empleado	Empleador:
Dirección	Fecha de la Lesión:
Ciudad_Estado_Código Postal	Número de Reclamación:

**NOTIFICACIÓN ACERCA DEL FORMULARIO DE SOLICITUD DEL PANEL DE  
EVALUADORES MÉDICOS CALIFICADOS**

NOMBRE DEL ADMINISTRADOR DE RECLAMACIONES está tramitando su reclamación de la compensación de trabajadores en nombre de NOMBRE DEL EMPLEADOR. Esta notificación es para informarle el estado de sus beneficios por incapacidad de la compensación de trabajadores por su lesión, correspondiente a la fecha indicada arriba.

Hemos recibido su objeción a la determinación médica de NOMBRE DEL MÉDICO con respecto a *(elegir una o más de las siguientes opciones:)* la incapacidad temporal / la incapacidad permanente / la necesidad de atención médica futura / INSERTAR NATURALEZA DE OTRA(S) OBJECCIÓN(ES).

Si usted desea obtener una evaluación médica integral, encontrará un formulario adjunto que usted debe presentar en la División de Compensación de Trabajadores o DWC (por *Division of Workers' Compensation*) del estado dentro de los **10 días** para solicitar un panel de tres Evaluadores Médicos Calificados o QME (por *Qualified Medical Evaluators*). Si usted no presenta el formulario dentro de los **10 días**, nosotros tendremos el derecho de presentar el formulario. Además, dentro de los **10 días** después de que la DWC le envíe un panel, usted debe elegir a un QME del panel, coordinar una cita para que el QME le haga una evaluación médica, e informarme cuál fue su elección y cuándo es la cita. Si usted nos informa acerca de su elección pero no coordina la cita, nosotros coordinaremos la cita. Si usted no nos informa acerca de su elección, nosotros podemos elegir el QME que lo examinará y coordinar la cita.

Usted puede encontrar información adicional en la publicación **Workers' Compensation in California: A Guidebook for Injured Workers** (Compensación del Trabajador de California: Una Guía para Trabajadores Lesionados). Usted puede obtener una copia completa de la Guía en el sitio web de la División de Compensación de Trabajadores (ver URL a continuación) o contactando a un Funcionario de Información y Asistencia o I&A (por *Information and*

## MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS (VERSIÓN EN ESPAÑOL)

Assistance) de la División de Compensación de Trabajadores. El capítulo 4 de la Guía contiene información acerca de cómo obtener una evaluación médica con un evaluador médico calificado.

Guía para Trabajadores Lesionados:

<http://www.dir.ca.gov/InjuredWorkerGuidebook/Spanish/InjuredWorkerGuidebook.html>

Capítulo 4: Resolución de Problemas acerca de la Atención y de los Informes Médicos:

<http://www.dir.ca.gov/InjuredWorkerGuidebook/Spanish/Chapter4.pdf>

*El Estado de California requiere que usted reciba la siguiente información:*

*[TEXTO OBLIGATORIO: Seleccionar una de las siguientes opciones:]*

*[Incluir los dos párrafos siguientes para todas las reclamaciones no sujetas a un programa alternativo de resolución de disputas o ADR (por Alternative Dispute Resolution):]*

Usted tiene derecho a estar en desacuerdo con decisiones que afecten su reclamación. Si tiene alguna pregunta acerca de la información contenida en esta notificación, por favor, comuníquese *[insertar ya sea “conmigo, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o con el nombre y el número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico]*. Usted también tiene el derecho de ser representado por un abogado que usted elija. Sin embargo, si usted es representado por un abogado, usted debe llamar a su abogado, no *[insertar ya sea “a mí, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o al nombre y al número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico]*.

Para recibir información acerca del proceso de reclamaciones de la compensación de trabajadores y de sus derechos y obligaciones, visite [www.dir.ca.gov](http://www.dir.ca.gov) o contacte a un Funcionario de Información y Asistencia (I&A) de la División Estatal de Compensación de Trabajadores. Para obtener información grabada y un listado de las oficinas, llame al (800) 736-7401.

*[Para reclamaciones sujetas a un programa ADR, incluir en la medida que sea apropiado según el acuerdo ADR:]*

Usted tiene derecho a estar en desacuerdo con decisiones que afecten su reclamación. Si tiene alguna pregunta acerca de la información contenida en esta notificación, por favor, comuníquese *[insertar ya sea “conmigo, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o con el nombre y el número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico]* o comuníquese con *(insertar nombre, título y teléfono del ombudsman o mediador)*. Sin embargo, si usted es representado por un abogado, usted debe llamar a su abogado, no *[insertar ya sea “a mí, NOMBRE DEL AJUSTADOR” o al nombre y al número de teléfono de un departamento de reclamaciones específico]*, al ombudsman o mediador.

*[Texto opcional para reclamaciones sujetas a un programa ADR bajo el Código Laboral, Sección 3201.5 – Incluir si corresponde bajo las disposiciones del programa ADR:]*

De acuerdo con el contrato de INSERTAR NOMBRE DEL SINDICATO, no se permite la participación activa de un abogado en las etapas de Ombudsman y Mediación del proceso ADR de la compensación de trabajadores. Sin embargo, usted tiene derecho a consultar con un abogado y su derecho a

**MUESTRAS DE NOTIFICACIONES ACERCA DE LOS BENEFICIOS  
(VERSIÓN EN ESPAÑOL)**

*recibir asesoramiento legal no está limitado y puede obtenerlo por cuenta propia en cualquier momento. Si las etapas de Ombudsman y Mediación de la resolución de disputas resultan sin éxito y se ha presentado a tiempo una solicitud de Arbitraje por escrito, sí se permite la participación de un abogado.*

Para información acerca del proceso de reclamaciones de la compensación de trabajadores y de sus derechos y obligaciones, contacte a un funcionario de información y asistencia (I&A) de la División de Compensación de Trabajadores del estado. Asegúrese de informarle al funcionario de información y asistencia que su resolución está sujeta a un programa alternativo de resolución de disputas. Para obtener un listado de las oficinas, visite [www.dwc.ca.gov](http://www.dwc.ca.gov) o llame al (800) 736-7401.

**[Seleccionar una opción:]**

Le estamos enviando esta notificación electrónicamente a pedido suyo. Por favor, confirme que desea continuar recibiendo notificaciones de manera electrónica y actualice su dirección de correo electrónico si es necesario.

Abogado del Solicitante (si corresponde): Le estamos enviando esta notificación electrónicamente a pedido suyo. Por favor, confirme que desea continuar recibiendo notificaciones de manera electrónica y actualice su dirección de correo electrónico si es necesario.

**[TEXTO OBLIGATORIO – requerido para todas las notificaciones en letra en negrita.]**

Conserve esta notificación. La misma contiene información importante acerca de sus beneficios de la compensación de trabajadores.

Atentamente,

---

Examinador de Reclamaciones

Adjunto:

- Formulario para el Panel de QME (Formulario QME 105 y adjunto)
- Formulario de Reclamación de la Compensación de Trabajadores (DWC-1) *(si no fue proporcionado con anterioridad)*