

## Cómo presentar una petición para la reconsideración de un caso

Presente una petición para la reconsideración de un caso para apelar una decisión de un juez de compensación de trabajadores.

La oficina regional de la Junta de Apelaciones de Compensación de Trabajadores (*Workers' Compensation Appeals Board - WCAB*) local que emitió la decisión debe recibir su petición dentro de 20 días a partir de la fecha en que se emitió la decisión. Si la decisión del juez fue enviada por correo a su residencia en California, la oficina regional de la *WCAB* local debe recibir su petición dentro de 25 días.

Usted encontrará la fecha en que se emitió la decisión cerca de la firma del juez.

La petición adjunta indica las cinco razones para apelar la decisión de un juez. Tache los puntos que no aplican a su caso. Asegúrese de cubrir cada punto de la decisión con la que usted no está de acuerdo e incluya una explicación completa. Usted puede adjuntar más hojas de papel, si es necesario.

Llene las dos páginas de la petición. Siga el ejemplo adjunto. Asegúrese de firmar y fechar el formulario. Por favor, tenga en cuenta que hay tres líneas de firma.

Envíe el original de su petición a la oficina local de la *WCAB* que emitió la decisión y copias a todas las partes.

Presente los siguientes documentos con su formulario en el orden indicado:

- ✓ [Hoja de Portada de Documento](#)
- ✓ [Hoja de Separador de Documento](#) (para la Petición para la Reconsideración de un Caso)
- ✓ [Petition for Reconsideration](#) (Petición para la Reconsideración de un Caso)
- ✓ [Hoja de Separador de Documento](#) (para la Prueba de Entrega por Correo)
- ✓ [Proof of Service by Mail](#) (Prueba de Entrega por Correo)

Guarde copias de sus documentos presentados para su registro.

Todos los documentos presentados en la *WCAB* deben incluir una hoja de portada de documento y una hoja de separador de documento. Por favor consulte las guías 17 y 18 de *I&A* para aprender cómo llenar estos formularios. Además todos los formularios deben ser escritos a máquina o a mano utilizando letra de

## Guía 12 de la Unidad de Información y Asistencia

molde para asegurar la legibilidad. Instrucciones de formularios adicionales pueden encontrarse en el manual de formularios *OCR* de *EAMS* en [http://www.dir.ca.gov/dwc/eams/SampleFiles/EAMS\\_OCR%20handbook.pdf](http://www.dir.ca.gov/dwc/eams/SampleFiles/EAMS_OCR%20handbook.pdf).

Si necesita ayuda, llame a una [oficina de Información y Asistencia \(I&A\)](#) o asista a un [taller para trabajadores lesionados](#). Los números de teléfono de las oficinas locales de *I&A* están adjuntos a esta guía. Usted puede obtener información sobre un taller local de la oficina de *I&A* o en la Web en <http://www.dir.ca.gov/dwc>.

Si no tiene el nombre y la dirección de su compañía de seguros para completar un formulario, por favor enlace a <http://www.dir.ca.gov/DWC/EAMS/EAMS-LC/EAMSClaimsAdmins.asp>.

La información contenida en esta guía es de índole general y no pretende substituir asesoramiento legal. Los cambios en la ley o los datos específicos de su caso podrían resultar en interpretaciones legales distintas de las que aquí se presentan.

Al enviar documentos a una oficina regional, por favor asegúrese que no estén doblados ni engrapados. Envíelos en un sobre grande de manila. Por favor consulte con el manual de formularios *OCR* de *EAMS* para instrucciones adicionales.

## WORKERS' COMPENSATION APPEALS BOARD DISTRICT OFFICES

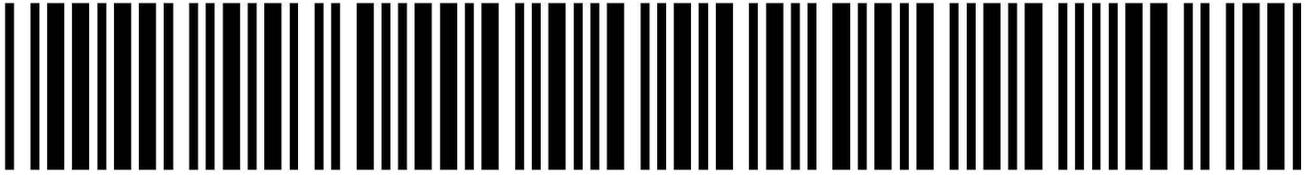
- **ANAHEIM, 92806-2131**  
1065 North Link, Suite 170  
Information & Assistance Unit (714) 414-1801
- **BAKERSFIELD, 93301-1929**  
1800 30th Street, Suite 100  
Information & Assistance Unit (661) 395-2514
- **FRESNO, 93721-2219**  
2550 Mariposa Street, Suite 4078  
Information & Assistance Unit (559) 445-5355
- **LODI, 95240-6936**  
3021 Reynolds Ranch Parkway, Suite 130  
Information & Assistance Unit (209) 948-7759
- **LONG BEACH, 90810-1870**  
1500 Hughes Way, Suite C203  
Information & Assistance Unit (424) 450-2565
- **LOS ANGELES, 90013-1105**  
320 W 4th Street, 9th Floor  
Information & Assistance Unit (213) 576-7389
- **MARINA DEL REY, 90292-6902**  
4720 Lincoln Boulevard, 2nd and 3rd Floors  
Information & Assistance Unit (310) 482-3820
- **OAKLAND, 94612-1499**  
1515 Clay Street, 6th Floor  
Information & Assistance Unit (510) 622-2861
- **OXNARD, 93030-7912**  
1901 N Rice Avenue, Suite 100  
Information & Assistance Unit (805) 485-3528
- **POMONA, 91768-1653**  
732 Corporate Center Drive  
Information & Assistance Unit (909) 623-8568
- **REDDING, 96002-0940**  
250 Hemsted Drive, 2nd Floor, Suite B  
Information & Assistance Unit (530) 225-2047
- **RIVERSIDE, 92501-3337**  
3737 Main Street, Suite 300  
Information & Assistance Unit (951) 782-4347
- **SACRAMENTO, 95834-2962**  
160 Promenade Circle, Suite 300  
Information & Assistance Unit (916) 928-3158
- **SALINAS, 93906-2204**  
1880 N Main Street, Suites 100 & 200  
Information & Assistance Unit (831) 443-3058
- **SAN BERNARDINO, 92401-1411**  
464 W Fourth Street, Suite 239  
Information & Assistance Unit (909) 383-4522
- **SAN DIEGO, 92108-4424**  
7575 Metropolitan Drive, Suite 202  
Information & Assistance Unit (619) 767-2082
- **SAN FRANCISCO, 94102-7014**  
455 Golden Gate Avenue, 2nd Floor  
Information & Assistance Unit (415) 703-5020
- **SAN JOSE, 95110-3718**  
224 Airport Parkway, Suite 600  
Information & Assistance Unit (408) 277-1292
- **SAN LUIS OBISPO, 93401-8736**  
4740 Allene Way, Suite 100  
Information & Assistance Unit (805) 596-4159
- **SANTA ANA, 92707-7704**  
2 MacArthur Place, Suite 600  
Information & Assistance Unit (714) 942-7576
- **SANTA BARBARA, 93101-7538**  
130 E Ortega Street  
Information & Assistance Unit (805) 568-1390
- **SANTA ROSA, 95404-4771**  
50 "D" Street, Suite 420  
Information & Assistance Unit (707) 576-2452
- **VAN NUYS, 91401-3370**  
6150 Van Nuys Boulevard, Suite 105  
Information & Assistance Unit (818) 901-5374



STATE OF CALIFORNIA  
DWC DISTRICT OFFICE

**EJEMPLO**

DOCUMENT COVER SHEET



Is this a new case? Yes  No  Companion Cases Exist  Walkthrough Yes  No

More than 15 Companion Cases

**FECHA DE HOY**

**SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL**

Date:(MM/DD/YYYY)

SSN:

**NÚMERO DE CASO DE EAMS**

Specific Injury

**FECHA DE LA LESIÓN**

Case Number 1

Cumulative Injury

(Start Date: MM/DD/YYYY)

(End Date: MM/DD/YYYY)

(If Specific Injury, use the start date as the specific date of injury)

**SI ES UN CASO NUEVO DEJE EN BLANCO**

Body Part 1: \_\_\_\_\_

**UTILICE UN CÓDIGO DE LAS LISTA DE CÓDIGOS DE LAS PARTES DEL CUERPO, CONSULTE LA P.8**

Body Part 3: \_\_\_\_\_

Body Part 2: \_\_\_\_\_

Body Part 4: \_\_\_\_\_

**CUANDO MÁS DE 5 PARTES DEL CUERPO USE EL NÚMERO DE PARTE DEL CUERPO 700 EN ESTE CAMPO**

Other Body Parts: \_\_\_\_\_

Please check unit to be filed on ( check only one box )

**MARQUE LA CASILLA DE LA UNIDAD APROPIADA**

ADJ  DEU  SIF  UEF  SAU  INT  RSU

Companion Cases

Specific Injury

**CASOS COMPAÑEROS**

Case Number 2

Cumulative Injury

(Start Date: MM/DD/YYYY)

(End Date: MM/DD/YYYY)

(If Specific Injury, use the start date as the specific date of injury)

Body Part 1: \_\_\_\_\_

Body Part 3: \_\_\_\_\_

Body Part 2: \_\_\_\_\_

Body Part 4: \_\_\_\_\_

Other Body Parts: \_\_\_\_\_



## District office codes for place of venue

| Legend Abbreviation | Office          |
|---------------------|-----------------|
| AHM                 | Anaheim         |
| ANA                 | Santa Ana       |
| BAK                 | Bakersfield     |
| FRE                 | Fresno          |
| LAO                 | Los Angeles     |
| LBO                 | Long Beach      |
| LOD                 | Lodi            |
| MDR                 | Marina del Rey  |
| OAK                 | Oakland         |
| OXN                 | Oxnard          |
| POM                 | Pomona          |
| RDG                 | Redding         |
| RIV                 | Riverside       |
| SAC                 | Sacramento      |
| SAL                 | Salinas         |
| SBA                 | Santa Barbara   |
| SBR                 | San Bernardino  |
| SDO                 | San Diego       |
| SFO                 | San Francisco   |
| SJO                 | San Jose        |
| SLO                 | San Luis Obispo |
| SRO                 | Santa Rosa      |
| VNO                 | Van Nuys        |

**Use this document to complete forms,  
but do not file this document with your forms.**

## Lista de códigos de las partes del cuerpo

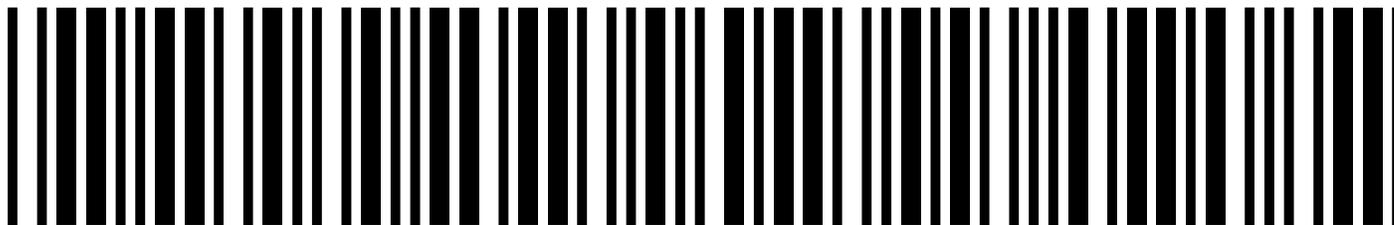
Los códigos de las partes del cuerpo que se enumeran a continuación se utilizan para llenar formularios que requieren la catalogación de las partes del cuerpo en cuestión. No presente este documento con sus formularios.

| Número de código | Descripción   |
|------------------|---|
| 100              | Cabeza: no especificado   |
| 110              | Cerebro   |
| 120              | Oído: no especificado   |
| 121              | Oído: externo   |
| 124              | Oído: interno, incluida la audición   |
| 130              | Ojo: incluidos los nervios ópticos y la visión  |
| 140              | Rostro: no especificado   |
| 141              | Quijada: incluidos el mentón y la mandíbula   |
| 144              | Boca: incluidos los labios, lengua, garganta y gusto                                    |
| 145              | Dientes   |
| 146              | Nariz: incluidos las fosas nasales, senos y el olfato                                   |
| 148              | Rostro: varias partes, cualquier combinación de las partes anteriores                   |
| 149              | Rostro: frente, mejillas y párpados   |
| 150              | Cuero cabelludo   |
| 160              | Cráneo  |
| 198              | Cabeza: varias lesiones, cualquier combinación de las partes anteriores                 |
| 200              | Cuello  |
| 300              | Extremidades superiores: no especificado  |
| 310              | Brazo: no especificado, arriba de la muñeca   |
| 311              | Brazo: húmero del brazo   |
| 313              | Brazo: cabeza del radio del codo  |
| 315              | Brazo: radio y cúbito del antebrazo   |
| 318              | Brazo: distintas partes, cualquier combinación de las partes anteriores                 |
| 319              | Brazo: no especificado  |
| 320              | Muñeca  |
| 330              | Mano: sin incluir muñecas ni dedos  |
| 340              | Dedos   |
| 398              | Extremidades superiores: cualquier combinación de las partes anteriores                 |
| 400              | Tronco: no especificado   |
| 410              | Abdomen: incluidos órganos internos y la ingle  |
| 411              | Hernia  |
| 420              | Espalda: incluidos los músculos de la espalda, la columna vertebral y la médula espinal |

| Número de código | Descripción   |
|------------------|---|
| 430              | Tórax: incluidos las costillas, esternón y los órganos internos del tórax   |
| 440              | Caderas: incluidos la pelvis, los órganos pélvicos, el coxis y los glúteos  |
| 450              | Hombros: escápula y clavícula   |
| 498              | Tronco: use para el costado; varias partes, cualquier combinación de las partes anteriores                                  |
| 500              | Extremidades inferiores: no especificado  |
| 510              | Piernas: arriba de los tobillos, no especificado  |
| 511              | Fémur del muslo   |
| 513              | Rótula de la rodilla  |
| 515              | Tibia y peroné de la parte baja de la pierna  |
| 518              | Pierna: varias partes, cualquier combinación de las partes anteriores   |
| 519              | Pierna: no especificado   |
| 520              | Maléolo del tobillo   |
| 530              | Pie, no el tobillo ni dedo del pie  |
| 540              | Dedos de los pies   |
| 598              | Extremidades inferiores: varias partes, cualquier combinación de las partes anteriores                                      |
| 700              | Para más de cinco partes importantes del cuerpo, utilice este código en la quinta posición de la lista de partes del cuerpo |
| 800              | Sistema corporal: no especificado   |
| 801              | Sistema circulatorio: corazón, diferente a un paro cardíaco, sangre, arterias, venas, etc..                                 |
| 802              | Sistema circulatorio: paro cardíaco   |
| 810              | Sistema digestivo: estómago   |
| 820              | Sistema excretor: riñones, vejiga, intestinos, etc..  |
| 830              | Sistema músculo esquelético: huesos, articulaciones, tendones, músculos, etc.   |
| 840              | Sistema nervioso: no especificado   |
| 841              | Sistema nervioso: estrés  |
| 842              | Sistema nervioso: psiquiátrico/psíquico   |
| 850              | Sistema respiratorio: pulmones, tráquea, etc.   |
| 860              | Dermatitis cutánea, etc.  |
| 870              | Sistemas reproductores  |
| 880              | Otros sistemas del cuerpo   |
| 900              | COVID-19  |
| 999              | Sin clasificar: información insuficiente para identificar las partes del cuerpo   |

**Utilice este documento para completar los formularios, pero no lo entregue junto con ellos.**

# DOCUMENT SEPARATOR SHEET



Product Delivery Unit

ADJ

Document Type

LEGAL DOCS

Document Title

PETITION FOR RECONSIDERATION

Document Date

FECHA EN OUE LLENÓ EL FORMULARIO

MM/DD/YYYY

Author

SU NOMBRE

---

**Office Use Only**

Received Date

MM/DD/YYYY

STATE OF CALIFORNIA  
Department of Industrial Relations  
Division of Workers' Compensation  
**WORKERS' COMPENSATION APPEALS BOARD**

**SU NOMBRE**

Case No. **NÚMERO DE CASO DE EAMS**

Applicant,

vs.

**NOMBRE DEL EMPLEADOR Y NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS**

**Petition for Reconsideration**

**FECHA EN QUE EL JUEZ DIÓ LA DECISIÓN**

A decision was filed in the above-entitled case on

The **ESCRIBA SU NOMBRE Y LA PALABRA (APPLICANT)**

is aggrieved by said

decision and hereby petitions for reconsideration upon the following grounds: (strike out items not

applicable) **TACHE LAS RAZONES QUE NO SON APLICABLES**

- 1. By the order, decision or award, the Board acted without or in excess of its powers.

**POR ORDEN, DECISIÓN O FALLO LA JUNTA ACTUÓ SIN O EN EXCESO DE SUS FACULTADES**

- 2. The order, decision, or award was procured by fraud.

**LA ORDEN, DECISIÓN O FALLO SE PROCURÓ MEDIANTE FRAUDE**

- 3. The evidence does not justify the findings of fact.

**LA EVIDENCIA NO JUSTIFICA LAS DETERMINACIONES DE HECHO**

- 4. Petitioner has discovered new evidence material to him which he could not with reasonable diligence

**EL SOLICITANTE HA DESCUBIERTO NUEVA EVIDENCIA SIGNIFICATIVA QUE ÉL NO PODRÍA CON**  
have discovered and produced at the hearing.

**RAZONABLE DILIGENCIA HABER DESCUBIERTO Y PRODUCIDO EN LA AUDIENCIA**

- 5. The findings of fact do not support the order, decision or award.

**LAS DETERMINACIONES DE HECHO NO CORROBORAN LA ORDEN, DECISIÓN O FALLO**

In support of the above, petitioner gives the following details, including a statement of facts upon which

petitioner relies and a discussion of the law applicable thereto:

**DECLARE CON DETALLE LA EVIDENCIA QUE TIENE PARA RESPALDAR SU ARGUMENTO DE QUE LA DECISIÓN TOMADA POR EL JUEZ DEBE SER RECONSIDERADA.**

WHEREFORE, Petitioner requests that reconsideration be granted; that further proceedings be had; and that decision be made to give petitioner all the benefits to which he is entitled under the Labor Code of the State of California, including the relief requested herein.

**SU FIRMA**

\_\_\_\_\_  
Attorney for Petitioner

\_\_\_\_\_  
Petitioner

STATE OF CALIFORNIA )

County of **SU CONDADO** )

vs.

I, the undersigned, say that I am **ESCRIBA SU NOMBRE Y LA PALABRA (APPLICANT)**

\_\_\_\_\_  
in the above-entitled action. I have read the foregoing petition for reconsideration and know the contents thereof, and that the same is true of my own knowledge, except as to the matters which are therein stated upon my information or belief, and as to those matters that I believe it to be true.

I declare under penalty of perjury that the foregoing is true and correct.

Executed on **FECHA**, 20 \_\_\_\_ at **CIUDAD** California.

**SU FIRMA**

\_\_\_\_\_  
Petitioner

NOTE: If verification is by attorney or officer of a corporation it must comply with Section 446 Code of Civil Procedure.)

Copy mailed to:

**NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LAS PARTES INVOLUCRADAS EN SU CASO**

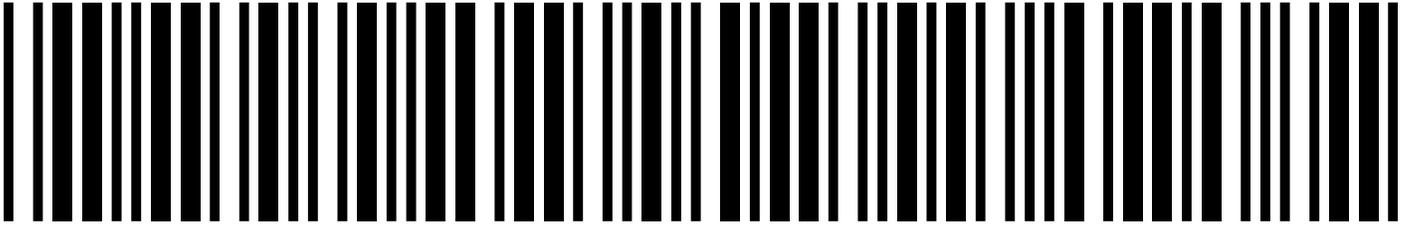
Date of Mailing:

**FECHA DE HOY**

By: **SU FIRMA**

\_\_\_\_\_  
(Signature)

# DOCUMENT SEPARATOR SHEET



Product Delivery Unit

ADJ

Document Type

LEGAL DOCS

Document Title

PROOF OF SERVICE

Document Date

FECHA EN OUE LLENÓ EL FORMULARIO

MM/DD/YYYY

Author

SU NOMBRE

---

**Office Use Only**

Received Date

MM/DD/YYYY

# EJEMPLO

## Prueba de Entrega por Correo

Yo declaro que:

Soy (residente de/empleado en) el condado de SU CONDADO,  
California. Tengo más de dieciocho años de edad y mi dirección de (negocio/residencia) es:

ESCRIBA SU DOMICILIO AQUÍ

El FECHA DE HOY yo entregué el adjunto EL NOMBRE DEL DOCUMENTO QUE ESTÁ ENVIANDO POR CORREO  
a las partes mencionadas a continuación en dicho caso, poniendo una copia verdadera del  
mismo adjunto, en un sobre sellado con el franqueo completamente pagado, en el correo de los  
Estados Unidos en CIUDAD DESDE DONDE ESTÁ ENVIANDO EL DOCUMENTO con la siguiente  
dirección:

1) WORKERS' COMPENSATION APPEALS BOARD: DIRECCIÓN  
2) COMPAÑÍA DE SEGUROS: NOMBRE, DIRECCIÓN Y NÚMERO DE RECLAMO  
3) ABOGADO DE LA DEFENSA (SI SE SABE): NOMBRE Y DIRECCIÓN  
4) TODAS LAS PARTES INVOLUCRADAS EN SU CASO: NOMBRE Y DIRECCIÓN

Yo delaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de California que lo siguiente es  
verdadero y correcto y esta declaración fue ejecutada en

(fecha) FECHA DE HOY, en CIUDAD California.

Escriba su nombre ESCRIBA SU NOMBRE CON LETRA DE MOLDE

Firma SU FIRMA