# Cómo presentar una apelación del Director Administrativo

Complete este formulario si usted no está de acuerdo con una determinación hecha por el director administrativo.

Este formulario debe ser enviado por correo a su oficina regional de la Junta de Apelaciones de Compensación de Trabajadores *(Workers' Compensation Appeals Board - WCAB)* local dentro de 20 días del servicio de la determinación por el director administrativo. La fecha del servicio puede encontrarse en la esquina derecha de la parte inferior de la determinación.

Llene el formulario. Siga el ejemplo adjunto. Explique con sus propias palabras por qué no está de acuerdo con la determinación del director administrativo. Firme y feche el formulario. Complete la declaración de disposición para proceder a una audiencia agilizada (consulte la guía 6 de *I&A*). Complete los formularios de prueba de entrega que están adjuntos. También debe adjuntar una copia de la determinación del director administrativo.

Si usted no tiene un caso en la *WCAB*, también necesita presentar una solicitud para adjudicación del reclamo (consulte la guía 4 de *I&A*), lo que abre un caso para usted en la *WCAB.*

Envíe el formulario original a su oficina local de la *WCAB* 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 Apelación del Director Administrativo)
- ✓ *Appeal of the Administrative Director* (Apelación del Director Administrativo)
- ✓ 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 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.

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**

Date:(MM/DD/YYYY)

SSN: **SU NÚMBERO DE SEGURO SOCIAL**

**NÚMBERO DE CASO DE EAMS**

Case Number 1

☐ Specific Injury

☐ Cumulative Injury

**FECHA DE LA LESIÓN**

(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: _____

Body Part 2: _____

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

art 3: _____

art 4: _____

Other Body Parts: _____

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

**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**

**CASOS COMPAÑEROS**

Case Number 2

☐ Specific Injury

☐ 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 2: _____

Body Part 3: _____

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.**

EJEMPLO

# DOCUMENT SEPARATOR SHEET

Product Delivery Unit: ADJ

Document Type: LEGAL DOCS

Document Title: APPEAL OF DETERMINATION OF AD-RSU

Document Date: FECHA EN QUE LLENÓ EL FORMULARIO
MM/DD/YYYY

Author: SU NOMBRE

**Office Use Only**

Received Date
MM/DD/YYYY

**EJEMPLO**

**NAME:** SU NOMBRE
**STREET:** SU DOMICILIO
**CITY, STATE, ZIP CODE:** SU CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL

**TELEPHONE #:** SU NÚMERO DE TELÉFONO

**STATE OF CALIFORNIA**
**WORKERS' COMPENSATION APPEALS BOARD**

| | |
|---|---|
| SU NOMBRE<br>Applicant<br><br>Vs.<br><br>NOMBRE DEL EMPLEADOR Y NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS<br>Defendants | RSU Case #: NÚMERO DE CASO<br><br>NOTICE OF APPEAL OF THE ADMINISTRATIVE DIRECTOR |

EXPLIQUE LAS RAZONES POR LAS CUALES USTED NO ESTÁ DE ACUERDO CON LA DECISIÓN TOMADA POR EL DIRECTOR ADMINISTRATIVO

SU FIRMA
Applicant

FECHA
Date

EJEMPLO

# 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_____