Cómo objetar a su clasificación sumaria

Una clasificación sumaria es un documento emitido por la Unidad de Evaluación de Incapacidades que convierte un informe médico sobre su lesión en una clasificación de incapacidad permanente. Las clasificaciones sumarias se dan después de todos los exámenes de un evaluador médico calificado *(qualified medical evaluator - QME)* y después de los exámenes del médico tratante, cuando se solicitan. Consulte la guía 2 de *I&A*, para obtener más información sobre cómo solicitar un examen *QME*.

Llene este formulario, si usted cree que su clasificación sumaria no está correcta. Este formulario también se puede completar en https://www.dir.ca.gov/dwc/FORMS/EAMS%20Forms/DEU/DEU103.pdf.

Sólo hay cuatro razones para presentar esta solicitud, así que siga las instrucciones con atención. Si su razón no está dentro de una de estas cuatro razones se negará su solicitud y su caso se demorará. El no estar de acuerdo con el *QME* o con la conclusión de su médico **no** es una razón, para objetar a la clasificación sumaria.

Usted debe presentar su solicitud dentro de 30 días después de recibir la clasificación.

Junto con el formulario adjunte copias de:

1. La determinación de la clasificación sumaria
2. El informe del *QME* o de su médico
3. Cualquier otra información que respalde su solicitud.

Guarde una copia de la solicitud para sus archivos y envíe el original a:

Administrative Director - Division of Workers' Compensation
P. O. Box 420603
San Francisco, CA 94142
Attn: Summary rating reconsideration

Usted debe completar la prueba de entrega *(proof of service)* en la parte inferior del formulario y debe enviar una copia a la compañía de seguros.

- ✓ *Request for Reconsideration of Summary Rating by the Administrative Director* (Solicitud para Reconsideración de una Clasificación Sumaria al Director Administrativo)
- ✓ *Proof of Service* (Prueba de Entrega por Correo)

Si usted 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 https://www.dir.ca.gov/dwc.

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**

EJEMPLO

DIVISION OF WORKERS' COMPENSATION
REQUEST FOR RECONSIDERATION OF SUMMARY RATING
BY THE ADMINISTRATIVE DIRECTOR

This form may be used by an unrepresented employee or his or her employer to request that the Administrative Director determine whether a permanent disability rating issued by the Disability Evaluation Unit should be reconsidered pursuant to Labor Code section 4061(g).

A request for reconsideration may be granted if it is shown that the Qualified Medical Evaluator (QME) or Primary Treating Physician (PTP) has failed to address all issues, failed to completely address issues, failed to follow the medical evaluation procedures promulgated by the Administrative Director, or if the rating was incorrectly calculated. This procedure is applicable only to injuries occurring on or after 1/1/91. Please verify that you sent a copy of this request to the other party (employee or claims administrator) by filling out the proof of service below after reading the instructions on the reverse side.

This request must be submitted within thirty (30) days of receipt of the rating.

SEND TO: Administrative Director
Division of Workers' Compensation
Attn: Summary Rating Reconsideration
P.O. Box 420603
San Francisco, CA 94142

INCLUDE: (1)This completed form;
(2)Other information supporting the request.

Employee

SU PRIMER NOMBRE
First Name

MI

SU APELLIDO
Last Name

SU DIRECCIÓN
Street Address 1/PO Box (Please leave blank spaces between numbers, names or words)

Street Address 2/PO Box (Please leave blank spaces between numbers, names or words)

International Address (Please leave blank spaces between numbers, names or words)

SU CIUDAD
City

ESTADO
State

CÓDIGO POSTAL
Zip Code

Employer / Adjusting Agency

NOMBRE DEL ADMINISTRADOR DE RECLAMOS-USE EL NOMBRE UNIFORME ASIGNADO
Name (Please leave blank spaces between numbers, names or words)

DIRECCIÓN DEL ADMINISTRADOR DE RECLAMOS
Street Address 1/PO Box (Please leave blank spaces between numbers, names or words)

CIUDAD DEL ADMINISTRADOR DE RECLAMOS
City

ESTADO
State

CÓDIGO POSTAL
Zip Code

EJEMPLO

NÚMERO DE CASO DEU
Disability Evaluation Unit Case Number

NÚMERO DE RECLAMO
Claim Number

SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
SSN (Numbers Only)

Date of Injury FECHA DE LA LESIÓN
MM/DD/YYYY

REASON(S) FOR REQUEST: **(Check reason and explain below. Attach additional sheets if necessary.)**

- ☐ QME/PTP failed to address all issues
- ☐ QME/PTP failed to completely address issues
- ☐ Evaluation procedures not followed by QME/PTP
- ☐ Rating was incorrectly calculated

Explanation

INDIQUE LAS RAZONES POR LAS CUALES ESTÁ OBJETANDO A LA CLASIFICACIÓN EMITIDA

Reconsideration of Summary Rating is being requested by:

- ☐ Injured worker
- ☐ Employer/Adjusting Agency

Name

PROOF OF SERVICE BY MAIL **(Instructions on next page)**

On FECHA ENVIADO, I served a copy of this Request for Reconsideration of Summary Rating on

NOMBRE DEL ADMINISTRADOR DE RECLAMOS

Address DIRECCIÓN DEL ADMINISTRADOR DE RECLAMOS

CIUDAD DEL ADMINISTRADOR DE RECLAMOS — City

ESTADO — State

CÓDIGO POSTAL — Zip Code

by placing a true copy enclosed in a sealed envelope with postage fully prepaid, and deposited in the U.S. Mail. I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the foregoing is true and correct.

SU FIRMA
Signature

EJEMPLO

INSTRUCCIÓNES PARA LLENAR LA PRUEBA DE ENTREGA POR CORREO

Complete la Prueba de Entrega por Correo

PROOF OF SERVICE BY MAIL (EJEMPLO)

On _____ #1 served a copy of the Request for Reconsideration of Summary Rating on
MM/DD/YYYY

_____ #2
(name of the employee or claims administrator)

_____ #3
Address/PO Box (please leave blank spaces between numbers, names or words)

_____ _____ _____
City State Zip Code

by placing a true copy enclosed in a sealed envelope with postage fully prepaid, and deposited in the U.S. Mail. I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the foregoing is true and correct.

Signature _____ #4

1) Indique en la línea #1 la fecha en que envió este formulario

2) Si usted es el empleado lesionado, indique en la línea #2 el nombre de la compañía de seguros o agencia administradora de reclamos que está administrando su caso. Si usted es la compañía de seguros o agencia administradora de reclamos, indique el nombre del empleado lesionado.

3) Indique en la línea #3 la dirección de la compañía de seguros/agencia administradora de reclamos o del empleado lesionado que indicó en la línea #2.

4) Firme su nombre en la línea #4.