Oregon
Kate Brown, Governor

Department of Consumer and Business Services
Workers' Compensation Division
350 Winter St. NE
PO Box 14480
Salem, OR 97309-0405
1-800-452-0288, 503-947-7810
www.wcd.oregon.gov

BULLETIN NO. 315 (Revised)
May 3, 2016

TO: Workers' compensation insurers, self-insured employers, and other interested parties

SUBJECT: Spanish translations available for correspondence with injured workers

EFFECTIVE: Immediately

This bulletin provides optional-use Spanish translations of selected required text from chapter 436 of the Oregon Administrative Rules. This bulletin replaces Bulletin 315 issued Dec. 14, 2010.

Insurers and self-insured employers are encouraged to include these translations in notices whenever workers may benefit. Provide the worker both the Spanish-language and English-language notices. The division has used consistent Spanish equivalents for workers' compensation terms.

The division and the Ombudsman for Injured Workers have resources available to assist Spanish-speaking injured workers. Insurers should include the following statements in English and Spanish in any written notice to the worker if the insurer believes the worker might benefit:

"Si usted tiene preguntas referentes a este aviso o sus beneficios y necesita hablar con un representante en español, por favor llame al 800-452-0288 o también 800-927-1271.
(If you have questions regarding this notice or your benefits and need to speak to someone in Spanish call 800-452-0288 or 800-927-1271.)"

If you have any questions about this bulletin, please call 503-947-7585 and ask to speak with a Benefit Consultant.

/s/ Louis Savage
Louis Savage, Administrator
Workers' Compensation Division

Attachment: Spanish translations of selected text from Oregon Administrative Rules, Chapter 436 (updated 5/16)

Distribution: WCD- LY, electronic mailing lists

Spanish translations of selected text from Oregon Administrative Rules, chapter 436

436-009-0025(1)(e)(F) (Notice of right to administrative review)

Si no está de acuerdo con esta decisión acerca de este pago, por favor póngase en contacto primero con {the insurer or its representative}. Si no está satisfecho con la respuesta que recibe, usted puede solicitar una revisión hecha por el Director del Departamento de Servicio para Consumidores y Negocios. Debe presentar su solicitud para revisión antes de que pasen 90 días a partir de la fecha de franqueo esta explicación. Para solicitar una revisión, firme y escriba la fecha en el lugar provisto en el documento, indique lo que cree que no es correcto en cuanto al pago, adjunte la requerida documentación de respaldo y envíe por correo a Workers' Compensation Division, Medical Resolution Team, PO Box 14480, Salem, OR 97309-0405. También puede hacer la solicitud al director vía fax al 503-947-7629. Usted debe enviar una copia de la solicitud a la aseguradora y hacer copias de este documento para sus archivos.

If you disagree with this decision about this payment, please contact {the insurer or its representative} first. If you are not satisfied with the response you receive, you may request administrative review by the Director of the Department of Consumer and Business Services. Your request for review must be made within 90 days of the mailing date of this explanation. To request review, sign and date in the space provided, indicate what you believe is incorrect about the payment, and mail this document with the required supporting documentation to the Workers' Compensation Division, Medical Resolution Team, PO Box 14480, Salem, OR 97309-0405. Or you may fax the request to the director at 503-947-7629. You must also send a copy of the request to the insurer. You should keep a copy of this document for your records.

436-010-0008(3)(c)(A) (Notice of request for review of medical care)

Por consiguiente le notificamos que el director ha recibido una petición para revisar el cuidado médico de este trabajador. El director puede emitir una orden que podría afectar el reembolso del/de los servicio(s) médico(s) en disputa.

We hereby notify you that the director is being asked to review the medical care of this worker. The director may issue an order that could affect reimbursement for the disputed medical service(s).

436-015-0110(4) (Notice of appeal rights)

AVISO AL TRABAJADOR Y TODAS LAS PARTES INTERESADAS: Si quiere apelar esta decisión, usted debe notificarnos por escrito en 30 días a partir del envío de este aviso. Envíe una petición para revisión por escrito a: {MCO name and address}. Si tiene preguntas, póngase en contacto con {MCO contact person and phone number}. Si no nos notifica por escrito en 30 días, usted perderá todos los derechos de apelar la decisión. Si usted apela oportunamente, revisaremos la decisión en disputa y le comunicaremos nuestra decisión en los 60 días siguientes a su petición. A partir de entonces, si continúa en desacuerdo con nuestra decisión, usted puede apelar al director del Departamento de Servicios para Consumidores y Negocios (DCBS) y pedir una revisión adicional. Si no busca resolución de la disputa a través de nosotros, usted perderá su derecho de apelación con el director de DCBS.

NOTICE TO THE WORKER AND ALL OTHER PARTIES: If you want to appeal this decision, you must notify us in writing within 30 days of the mailing date of this notice. Send a written request for review to: {MCO name and address}. If you have questions, contact {MCO contact person and phone number}. If you do not notify us in writing within 30 days, you will lose all rights to appeal the decision. If you appeal timely, we will review the disputed decision and notify you of our decision within 60 days of your request. Thereafter, if you continue to disagree with our decision, you may appeal to the director of the Department of Consumer and Business Services (DCBS) for further review. If you fail to seek dispute resolution through us, you will lose your right to appeal to the director of DCBS.

436-015-0110(5) (Notice of right to request review by director)

AVISO AL TRABAJADOR Y TODAS LAS PARTES INTERESADAS: El asunto que usted ha planteado no es un asunto del que nosotros nos encargamos. Para proseguir con este asunto usted debe solicitar al director del Departamento de Servicios para Consumidores y Negocios (DCBS) una revisión administrativa de su caso. Envíe una petición para revisión por escrito a: DCBS, Workers' Compensation Division, Medical Resolution Team, 350 Winter Street NE, PO Box 14480, Salem, OR 97309-0405. Si no notifica a DCBS por escrito en los 60 días a partir de la fecha de envío de este aviso, perderá todos sus derechos de apelación a este caso. Para asistencia, puede llamar a la línea gratuita de la División de Compensación para Trabajadores al 1-800-452-0288 y pedir hablar con un Consultor de Beneficios.

NOTICE TO THE WORKER AND ALL OTHER PARTIES: The issue you have raised is not a matter that we handle. To pursue this issue, you must request administrative review of the issue by the director of the Department of Consumer and Business Services (DCBS). Send written requests for review to: DCBS, Workers' Compensation Division, Medical Resolution Team, 350 Winter Street NE, PO Box 14480, Salem, OR 97309-0405. If you do not notify DCBS in writing within 60 days of the mailing date of this notice, you will lose all rights to appeal the decision. For assistance, you may call the Workers' Compensation Division's toll-free hotline at 1-800-452-0288 and ask to speak with a Benefit Consultant.

OAR 436-015-0110(6) (Notice of appeal rights)

AVISO AL TRABAJADOR Y TODAS LAS PARTES INTERESADAS: Si quiere apelar esta decisión, debe notificar al director del Departamento de Servicios para Consumidores y Negocios (DCBS) por escrito en los 60 días a partir de la fecha de envío de este aviso. Envíe una petición para revisión por escrito a: DCBS, Workers' Compensation Division, Medical Resolution Team, 350 Winter Street NE, PO Box 14480, Salem, OR 97309-0405. Si no notifica a DCBS por escrito en los 60 días, perderá todos sus derechos de apelación a esta decisión. Para asistencia, puede llamar a la línea gratuita de la División de Compensación para Trabajadores al 1-800-452-0288 y solicitar hablar con un Consultor de Beneficios.

NOTICE TO THE WORKER AND ALL OTHER PARTIES: If you want to appeal this decision, you must notify the director of the Department of Consumer and Business Services (DCBS) in writing within 60 days of the mailing date of this notice. Send written requests for review to: Department of Consumer and Business Services, Workers' Compensation Division, Medical Resolution Team, 350

Winter Street NE, PO Box 14480, Salem, OR 97309-0405. If you do not notify DCBS in writing within 60 days, you will lose all rights to appeal the decision. For assistance, you may call the Workers' Compensation Division's toll-free hotline at 1-800-452-0288 and ask to speak with a Benefit Consultant.

OAR 436-030-0015(1)(c)(A)(i) (Title for Updated Notice of Acceptance at Closure)
Aviso Actualizado de Aceptación al momento de Clausura

Updated Notice of Acceptance at Closure

OAR 436-030-0015(1)(c)(A)(iii) (An "Updated Notice of Acceptance at Closure" must be issued with the Notice of Closure.)

Aviso al trabajador: Este aviso re-establece e incluye todas las aceptaciones previas. Las condiciones que eran la base de la apertura de esta reclamación son las únicas condiciones consideradas al momento de la clausura de la reclamación. La aseguradora o el empleador asegurado por si mismo no están requeridos a pagar ninguna compensación por incapacidad de una condición específicamente identificada como bajo apelación a menos que y hasta que la condición sea encontrada compensable, después de que toda la litigación haya sido completada. La apelación de cualquier condición que haya sido negada o las objeciones a este aviso no demorarán la clausura de la reclamación. Cualquier condición que se determine compensable después de que el Aviso de Clausura sea expedido requerirá que la aseguradora reabra la reclamación para procesar esa condición. Si cree que incorrectamente se omitió una condición en este aviso o que este aviso es de otra manera deficiente, usted debe comunicar por escrito la objeción específica a la aseguradora.

Notice to Worker: This notice restates and includes all prior acceptances. The conditions that were the basis of this claim opening were the only conditions considered at the time of claim closure. The insurer or self-insured employer is not required to pay any disability compensation for any condition specifically identified as under appeal, unless and until the condition is found to be compensable after all litigation is complete. Appeal of any denied conditions or objections to this notice will not delay claim closure. Any condition found compensable after the Notice of Closure is issued will require the insurer to reopen the claim for processing of that condition. If you believe a condition has been incorrectly omitted from this notice, or this notice is otherwise deficient, you must communicate the specific objection to the insurer in writing.

OAR 436-030-0015(1)(c)(B)(i) (Title for Updated Notice of Acceptance and Closure)
Aviso Actualizado de Aceptación y Clausura

Updated Notice of Acceptance and Closure

OAR 436-030-0015(1)(c)(B)(iii) (For an instant fatality, the Updated Notice of Acceptance may be combined with the Notice of Closure.)

Aviso al Beneficiario o Patrimonio del Trabajador: Este aviso re-establece cualquier aceptación previa. La aseguradora está requerida a determinar los beneficios apropiados que se pagará a los beneficiarios y a empezar esos pagos en los 30 días siguientes a la fecha de envío de este aviso.

Si no está de acuerdo con el aviso de aceptación, usted puede apelar la decisión a la Junta Directiva de Compensación para Trabajadores, (insert current address for Workers' Compensation Board) dentro de los 30 días siguientes a la fecha de envío de este aviso.

Los beneficiarios que recibieron esta notificación pueden solicitar reconsideración de la notificación por la Unidad de Revisión de Apelaciones de la División de Compensación para Trabajadores, (insert current address for Workers' Compensation Division) dentro de los 60 días siguientes de la fecha de envío de este aviso.

Los beneficiarios que no recibieron una copia de esta notificación pueden solicitar reconsideración de esta notificación antes de que pase un (1) año a partir de la fecha en que este aviso fue enviado al patrimonio del trabajador.

Si tiene preguntas acerca de este aviso, usted puede ponerse en contacto con la Oficina del Ombudsman para Trabajadores Lesionados, la División de Compensación para Trabajadores, o consultar con un abogado.

Notice to Worker's Beneficiary or Estate: This notice restates any prior acceptances. The insurer is required to determine the appropriate benefits to be paid to any beneficiaries and begin those payments within 30 days of the mailing date of this notice.

If you disagree with the notice of acceptance, you may appeal the decision to the Workers' Compensation Board, (insert current address for Workers' Compensation Board) within 30 days of the mailing date.

A beneficiary who was mailed this notice may request reconsideration of the notice by the Workers' Compensation Division, Appellate Review Unit, (insert current address for Workers' Compensation Division) within 60 days of the mailing date of this notice.

Beneficiaries who were not mailed a copy of this notice may request reconsideration of this notice within one year of the date this notice was mailed to the estate of the worker.

If you have questions about this notice, you may contact the Ombudsman for Injured Workers, the Workers' Compensation Division, or consult with an attorney.

OAR 436-030-0015(1)(c)(C) (Title for Initial Notice of Acceptance and Updated Notice of Acceptance at Closure issued at the same time)

Aviso de Aceptación Inicial y Aviso Actualizado de Aceptación al Momento de Clausura

Initial Notice of Acceptance and Updated Notice of Acceptance at Closure

---

OAR 436-030-0015(1)(c)(D) (Title for Corrected Updated Notice of Acceptance at Closure)

Aviso Actualizado CORREGIDO de Aceptación al Momento de Clausura

CORRECTED Updated Notice of Acceptance at Closure

OAR 436-030-0017(2)(g) (Notice of refusal to close claim)

Si usted no está de acuerdo con este Aviso de Negativa a Clausurar su reclamación, usted tiene que presentar una carta de desacuerdo con la Junta Directiva de Compensación para Trabajadores en los sesenta (60) días siguientes de la fecha en este aviso. Su carta tiene que decir que quiere una audiencia, incluir su dirección y la fecha de su accidente de trabajo si sabe la fecha. Usted tiene que mandar su carta de desacuerdo a la Junta Directiva de Compensación para Trabajadores, [INSURER: Insert current address of Workers' Compensation Board here]. Si usted lo solicita y su reclamo califica, usted puede tener una audiencia acelerada (dentro de 30 días). De acuerdo a la ley, su petición no puede afectar su empleo. Si usted no presenta su carta de desacuerdo durante los sesenta (60) días a partir de la fecha de este aviso, su audiencia será negada porque el tiempo de apelación ha pasado. Usted puede elegir tener la representación de un abogado.

If you disagree with this Notice of Refusal to Close your claim, you must file a letter of disagreement with the Workers' Compensation Board within sixty (60) days from the date of this notice. Your letter must state that you want a hearing, note your address, and include the date of your accident if known. You must mail your letter of disagreement to the Workers' Compensation Board, [INSURER: Insert current address of Workers' Compensation Board here]. If your claim qualifies and you request it, you may receive an expedited hearing (within 30 days). Your request cannot, by law, affect your employment. If you do not file your letter of disagreement within sixty (60) days from the date of this notice, your hearing will be denied as the appeal time has passed. You may be represented by an attorney if you choose.

OAR 436-060-0018(5)(b) (Notice of Refusal to Reclassify appeal rights)

Si no está de acuerdo con este Aviso de Negativa a Reclasificar, usted debe apelar poniéndose en contacto con la División de Compensación para Trabajadores en los 60 días siguientes al envío de este aviso, o perderá su derecho a apelar. La dirección y el número de teléfono de la División de Compensación para Trabajadores son: [INSURER: Insert current address and telephone number of the Workers' Compensation Division, Appellate Review Unit, here.].

If you disagree with this Notice of Refusal to Reclassify, you must appeal by contacting the Workers' Compensation Division within sixty (60) days of the mailing of this notice or you will lose your right to appeal. The address and telephone number of the Workers' Compensation Division are: [INSURER: Insert current address and telephone number of the Workers' Compensation Division, Appellate Review Unit, here.].

OAR 436-060-0020(5)(b) (Rescheduled appointment letter)

Usted tiene que asistir a esta cita. Si por algún motivo no puede asistir, debe notificarnos antes de la fecha de la cita. Si usted no asiste, sus beneficios de incapacidad temporal serán suspendidos sin previo aviso conforme a ORS 656.262(4)(e).

You must attend this appointment. If there is any reason you cannot attend, you must tell us before the date of the appointment. If you do not attend, your temporary disability benefits will be suspended without further notice, as provided by ORS 656.262(4)(e).

OAR 436-060-0020(5)(d) (Suspension of payments when the worker misses a rescheduled appointment)

Debido a que usted faltó a la cita programada con su médico, nosotros hicimos arreglos para una nueva cita. Nosotros le enviamos una carta certificada en la que le notificamos de la nueva cita y que sus beneficios serían suspendidos si no asistía a esa cita. Debido a que usted no asistió a la nueva cita, sus beneficios de incapacidad temporal han sido suspendidos. Para reanudar sus beneficios usted debe asistir a una nueva cita que usted debe programar con su médico, quien debe verificar que su incapacidad para trabajar continúa.

Since you missed a regular appointment with your doctor, we arranged a new appointment. We notified you of the new appointment by certified mail and warned you that your benefits would be suspended if you failed to attend. Since you failed to attend the new appointment, your temporary disability benefits have been suspended. In order to resume your benefits, you must schedule and attend an appointment with your doctor who must verify your continued inability to work.

OAR 436-060-0030(5)(c)(G) (Notice regarding possible reduction or end of temporary total disability if work offer is refused.)

Si usted rechaza esta oferta de trabajo por cualquiera de las razones listadas en este aviso, usted debe escribir a la aseguradora o empleador explicando la(s) razón(es) del rechazo del trabajo. Si la aseguradora reduce o suspende su incapacidad temporal total y usted no está de acuerdo con esta acción, usted tiene el derecho de pedir una audiencia. Para pedir una audiencia usted debe enviar una carta a la Junta Directiva de Compensación para Trabajadores objetando la acción de la aseguradora, escriba a: Workers' Compensation Board, 2601 25th Street SE, Suite 150, Salem, Oregon 97302-1282.

If you refuse this offer of work for any of the reasons listed in this notice, you should write to the insurer or employer and tell them your reason(s) for refusing the job. If the insurer reduces or stops your temporary total disability and you disagree with that action, you have the right to request a hearing. To request a hearing you must send a letter objecting to the insurer's action(s) to the Workers' Compensation Board, 2601 25th Street SE, Suite 150, Salem, Oregon 97302-1282.

OAR 436-060-0095(5)(i) (A medical examination is scheduled)

Usted tiene que asistir a este examen médico. Si por algún motivo no puede asistir, debe notificarle a la aseguradora lo más pronto posible antes del examen. Si usted no asiste y no presenta una buena razón para no asistir a este examen médico, o si no coopera con el examen, sus beneficios de compensación para trabajadores podrían ser suspendidos conforme a la ley y a las reglas de compensación para trabajadores, ORS 656.325 y OAR 436-060. A usted se le puede cobrar una multa de $100 si no presenta una buena razón para no asistir a la cita o si no notifica a la aseguradora antes del examen. La multa será descontada de futuros beneficios.

Si no está de acuerdo con el lugar de su cita usted debe ponerse en contacto con la División de Compensación para Trabajadores al 1-800-452-0288 o 503-947-7585 antes de que pasen seis días hábiles a partir de la fecha de franqueo de este aviso. Si tiene preguntas acerca de sus derechos o responsabilidades, puede llamar a la División de Compensación para Trabajadores al 1-800-452-0288 o 503-947-7585 o al Ombudsman para Trabajadores Lesionados al 1-800-927-1271.

You must attend this examination. If there is any reason you cannot attend, you must tell the insurer as soon as possible before the date of the examination. If you fail to attend and do not have a good reason for not attending, or you fail to cooperate with the examination, your workers' compensation benefits may be suspended in accordance with the workers' compensation law and rules, ORS 656.325 and OAR 436-060. You may be charged a $100 penalty if you fail to attend without a good reason or if you fail to notify the insurer before the examination. The penalty is taken out of future benefits.

If you object to the location of this appointment you must contact the Workers' Compensation Division at 1-800-452-0288 or 503-947-7585 within six business days of the mailing date of this notice. If you have questions about your rights or responsibilities, you may call the Workers' Compensation Division at 1-800-452-0288 or 503-947-7585 or the Ombudsman for Injured Workers at 1-800-927-1271.

OAR 436-060-0095(8)(j) (A request for suspension of compensation)

Aviso al trabajador: Si cree que esta petición para suspender su compensación es incorrecta, usted debe escribir inmediatamente a: Workers' Compensation Division, 350 Winter St. NE, PO Box 14480, Salem, OR 97309-0405. Su carta debe ser enviada por correo antes de que pasen 10 días a partir de la fecha de franqueo de esta petición. Si la división autoriza esta petición, usted puede perder todos o parte de sus beneficios. Si su reclamación aún no ha sido aceptada, sus beneficios futuros si es que los hay, pueden estar en riesgo.

Notice to worker: If you think this request to suspend your compensation is wrong, you should immediately write to the Workers' Compensation Division, 350 Winter Street NE, PO Box 14480, Salem, Oregon 97309-0405. Your letter must be mailed within 10 days of the mailing date of this request. If the division grants this request, you may lose all or part of your benefits. If your claim has not yet been accepted, your future benefits, if any, will be jeopardized.

OAR 436-060-0105(2)(d) (A demand to cease certain activities)

Si después de la fecha de esta carta continúa realizando actos que causan daño o que son perjudiciales para la salud, o no acepta el tratamiento médico o quirúrgico que es necesario para ayudarle a recuperarse de su lesión, o no participa en la rehabilitación física necesaria para ayudarle a que se recupere de la mejor manera posible de su lesión, nosotros solicitaremos la suspensión de sus beneficios de compensación para trabajadores. Además, sus beneficios por incapacidad permanente pueden ser reducidos conforme a ORS 656.325 y OAR 436-060.

If you continue to do insanitary or injurious acts beyond the date in this letter, or fail to consent to the medical or surgical treatment which is needed to help you recover from your injury, or fail to participate in physical rehabilitation needed to help you recover as much as possible from your injury, then we will request the suspension of your workers' compensation benefits. In addition, you may also have any permanent disability award reduced in accordance with ORS 656.325 and OAR 436-060.

OAR 436-060-0105(5)(g) (A request for suspension of further compensation)

Aviso al trabajador: Si cree que esta petición para suspender su compensación no es correcta, debe escribir inmediatamente a: Workers' Compensation Division, 350 Winter Street NE, PO Box 14480, Salem, Oregon 97309-0405. Usted debe enviar su carta por correo antes de que pasen 10 días a partir de la fecha de esta petición. Si la división autoriza la suspensión de su compensación y usted no corrige sus acciones inaceptables, o si no presenta una buena razón por la cual se deberían considerar aceptables, nosotros cerraremos su reclamación.

Notice to worker: If you think this request to suspend your compensation is wrong, you should immediately write to the Workers' Compensation Division, 350 Winter Street NE, PO Box 14480 Salem, Oregon 97309-0405. Your letter must be mailed within 10 days of the date of this request. If the division authorizes suspension of your compensation and you do not correct your unacceptable actions or show us a good reason why they should be considered acceptable, we will close your claim.

OAR 436-060-0105(14)(d)

When an insurer submits a request to reduce benefits under this section, the insurer must:
(d) include the following notice in prominent or bold face type:

Aviso al trabajador: Si cree que esta petición para reducir su compensación es incorrecta, usted debe escribir inmediatamente a: Workers' Compensation Division, 350 Winter St. NE, PO Box 14480, Salem, OR 97309-0405. Su carta debe ser enviada por correo antes de que pasen 10 días a partir de la fecha de esta petición. Si la división autoriza esta petición, usted puede perder todos o parte de sus beneficios.

Notice to worker: If you think this request to reduce your compensation is wrong, you should immediately write to the Workers' Compensation Division, 350 Winter Street NE, PO Box 14480, Salem, Oregon 97309-0405. Your letter must be mailed within 10 days of the mailing date of this request. If the division grants this request, you may lose all or part of your benefits.

OAR 436-060-0135(4) (To notify worker that benefits may be suspended for failure to cooperate with an interview or deposition)

La ley de compensación para trabajadores requiere que los trabajadores lesionados asistan y cooperen con la aseguradora o un empleador asegurado por sí mismo en la investigación de reclamaciones de compensación. Los trabajadores lesionados están requeridos a someterse y cooperar totalmente con entrevistas personales o telefónicas y con cualquier otra técnica de investigación formal o informal para recolectar información. Si no coopera de manera razonable con la investigación de esta reclamación, el pago de sus beneficios de compensación podrá ser suspendido, y su reclamación podrá ser negada conforme a ORS 656.262 y OAR 436-060.

The workers' compensation law requires injured workers to cooperate and assist the insurer or self-insured employer in the investigation of claims for compensation. Injured workers are required to submit to and fully cooperate with personal and telephonic interviews and other formal or informal information gathering techniques. If you fail to reasonably cooperate with the investigation of this claim, payment of your compensation benefits may be suspended and your claim may be denied in accordance with ORS 656.262 and OAR 436-060.

OAR 436-060-0137(7)(g) (Notice to the worker that benefits may be suspended for failure to cooperate with vocational evaluation)

Usted tiene que asistir a esta evaluación vocacional. Si por algún motivo no puede asistir, debe notificarle a la aseguradora tan pronto como le sea posible antes de la fecha de la evaluación. Si usted no asiste o no coopera, o si no presenta una buena razón para no asistir, sus beneficios de compensación podrán ser suspendidos conforme a la ley y a las reglas de compensación para trabajadores, ORS 652.206 y OAR 436-060. Si usted tiene preguntas acerca de sus derechos o responsabilidades, puede llamar a la División de Compensación para Trabajadores al 1-800-452-0288 o al Ombudsman para Trabajadores Lesionados al 1-800-927-1271.

You must attend this vocational evaluation. If there is any reason you cannot attend, you must tell the insurer as soon as possible before the date of the evaluation. If you fail to attend or fail to cooperate, or do not have a good reason for not attending, your compensation benefits may be suspended in accordance with the workers' compensation law and rules, ORS 656.206 and OAR 436-060. If you have questions about your rights or responsibilities, you may call the Workers' Compensation Division at 1-800-452-0288 or the Ombudsman for Injured Workers at 1-800-927-1271.

OAR 436-060-0137(10)(i) (A request for suspension of compensation)

Aviso al trabajador: Si cree que esta petición para suspender su compensación es incorrecta, usted debe escribir inmediatamente a Workers' Compensation Division, 350 Winter Street NE, PO Box 14480, Salem, Oregon 97309-0405. Su carta debe ser enviada por correo antes de que pasen 10 días a partir de la fecha de franqueo de esta petición. Si la división autoriza esta petición, usted puede perder todos o parte de sus beneficios.

Notice to worker: If you think this request to suspend your compensation is wrong, you should immediately write to the Workers' Compensation Division, 350 Winter Street NE, PO Box 14480, Salem, Oregon 97309-0405. Your letter must be mailed within 10 days of the mailing date of this request. If the division grants this request, you may lose all or part of your benefits.

OAR 436-060-0140(7) (Acceptance letter titles)

Aviso de Aceptación Inicial o Aviso Modificado de Aceptación

Initial Notice of Acceptance or Modified Notice of Acceptance

---

OAR 436-060-0140(10)(a)(A) (Notice of denial)

Su médico responsable estuvo de acuerdo con el reporte del examen médico independiente

Your attending physician agreed with the independent medical examination report

---

OAR 436-060-0140(10)(a)(B) (Notice of denial)

Su médico responsable no estuvo de acuerdo con el reporte del examen médico independiente

Your attending physician did not agree with the independent medical examination report

---

OAR 436-060-0140(10)(a)(C) (Notice of denial)

Su médico responsable no ha emitido una opinión acerca del reporte del examen médico independiente

Your attending physician has not commented on the independent medical examination report

OAR 436-105-0500(3)(a) (Notice to the worker of available assistance from the Employer-at-Injury Program)

El Programa de Asistencia para Re-empleo provee ayuda para que los trabajadores lesionados de Oregon que califican permanezcan en el trabajo o regresen al trabajo. Como resultado de la lesión que usted sufrió, su empleador puede ser elegible para beneficios de asistencia para que usted regrese a un trabajo transicional a través del Programa del Empleador donde se lesionó, mientras su reclamación permanezca abierta. Su empleador puede ponerse en contacto con [insurer name and phone number].

The Reemployment Assistance Program provides Oregon's qualified injured workers help with staying on the job or getting back to work. Because of your injury, your employer may be eligible for assistance to return you to transitional work through the Employer-at-Injury Program while your claim is open. Your employer may contact [insurer name and phone number].

OAR 436-110-0240(3) (Insurer must notify the worker in writing of the reemployment assistance available from the Workers' Benefit Fund.)

The **Notice to the Worker** must appear in bold type as follows**:**

Aviso al Trabajador

El Programa para el Trabajador Preferido ayuda a regresar al trabajo a los trabajadores lesionados de Oregon. Para saber si usted califica, comuníquese con el Programa para el Trabajador Preferido a los siguientes números de teléfono, fax, e-mail o dirección.

<u>Oficina en Salem</u>: 503-947-7588, 1-800-445-3948, o FAX 503-947-7581

<u>Oficina de Medford</u>: 541-776-6032, 1-800-696-7161, o FAX 541-776-6022.

También puede escribir a: 350 Winter Street NE, PO Box 14480, Salem, Oregon 97309-0405.
También puede escribirnos vía email a: pwp.oregon@oregon.gov

The preferred worker program helps Oregon's injured workers get back to work. To find out whether you qualify, contact the preferred worker program at one of the telephone numbers, fax numbers, mailing addresses, or e-mail address listed below.

For the Salem office call: 503-947-7588, 1-800-445-3948, or FAX 503-947-7581.

For the Medford office call: 541-776-6032, 1-800-696-7161, or FAX 541-776-6022.

Or write the preferred worker program at: 350 Winter Street NE, PO Box 14480, Salem, Oregon 97309-0405. Or write to the preferred worker program at: pwp.oregon@oregon.gov

---

OAR 436-120-0012(1)(e) (Appeal rights)

Si usted está en desacuerdo con esta decisión, usted debe ponerse en contacto con (insert the person's name and the insurer name) dentro de los cinco días siguientes de recibir esta carta, para discutir sus dudas. Si continúa en desacuerdo, usted debe ponerse en contacto con la División de Compensación para Trabajadores en los 60 días siguientes de recibir esta carta, o perderá su derecho de apelar esta decisión. Un representante de la división puede hablar con usted acerca del desacuerdo y, si es necesario, revisar su apelación. La dirección y el número de teléfono de la división son: Employment Services Team, Workers' Compensation Division, P.O. Box 14480, Salem, Oregon 97309-0405; 503-947-7816 o 1-800-452-0288 ext. 1719.

If you disagree with this decision, you should contact (insert the person's name and the insurer name) within five days of receiving this letter to discuss your concerns. If you are still dissatisfied, you must contact the Workers' Compensation Division within 60 days of receiving this letter or you will lose your right to appeal this decision. A consultant with the division can talk with you about the disagreement and, if necessary, will review your appeal. The address and telephone number of the division are: Employment Services Team, Workers' Compensation Division, P.O. Box 14480, Salem, Oregon 97309-0405; 503-947-7816 or 1-800-452-0288 ext. 1719.

436-120-0017(1)(b)(A) (Heading for eligibility notice)

AVISO DE ELEGIBILIDAD PARA ASISTENCIA VOCACIONAL y AVISO DE DERECHO A ENTRENAMIENTO

NOTICE OF ELIGIBILITY FOR VOCATIONAL ASSISTANCE and NOTICE OF ENTITLEMENT TO TRAINING

436-120-0017(1)(b)(B) (Heading for eligibility notice)

AVISO DE ELEGIBILIDAD PARA ASISTENCIA VOCACIONAL y AVISO DE DERECHO A SERVICIOS DE EMPLEO DIRECTO

NOTICE OF ELIGIBILITY FOR VOCATIONAL ASSISTANCE and NOTICE OF ENTITLEMENT TO DIRECT EMPLOYMENT SERVICES

436-120-0017(1)(d) (Eligibility notice)

Usted tiene el derecho de pedir una conferencia para hacer un plan para volver al trabajo si la aseguradora no aprueba un plan para volver al trabajo dentro de 90 días de determinar que usted es elegible para un plan de entrenamiento, o dentro de 45 días de determinar que usted es elegible para un plan de empleo directo. El propósito de la conferencia será para identificar y remover todos los obstáculos para completar y aprobar el plan para volver al trabajo. La aseguradora, el trabajador, la persona que desarrolla el plan, y cualquier otra persona involucrada en el proceso para volver al trabajo tiene que asistir a la conferencia. La aseguradora o el trabajador pueden pedir una

conferencia con la división si ocurren otras demoras en el proceso de la rehabilitación vocacional. Su petición para la conferencia debe de ser dirigida al Equipo de Servicios de Empleo de la División de Compensación para Trabajadores. La dirección y teléfono de la división son: Employment Services Team, Workers' Compensation Division, P.O. Box 14480, Salem, Oregon 97309-0405; 503-947-7816 o 1-800-452-0288 ext. 1719.

You have the right to request a return-to-work plan conference if the insurer does not approve a return-to-work plan within 90 days of determining you entitled to a training plan, or within 45 days of determining you entitled to a direct employment plan. The purpose of the conference will be to identify and remove all obstacles to return-to-work plan completion and approval. The insurer, the worker, the plan developer, and any other parties involved in the return-to-work process must attend the conference. The insurer or the worker may request a conference with the division if other delays in the vocational rehabilitation process occur. Your request for this conference should be directed to the Employment Services Team of the Workers' Compensation Division. The address and telephone number of the division are: Employment Services Team, Workers' Compensation Division, P.O. Box 14480, Salem, Oregon 97309-0405; 503-947-7816 or 1-800-452-0288 ext. 1719.

OAR 436-120-0017(1)(f) (Contact information for questions about vocational counselor selection process)

Si tiene preguntas acerca del proceso de selección del consejero vocacional, póngase en contacto con (use appropriate reference to the insurer). Si aún tiene preguntas, llame al 1-800-452-0288 ext. 1719 de la División de Compensación para Trabajadores.

If you have questions about the vocational counselor selection process, contact (use appropriate reference to the insurer). If you still have questions, call the Workers' Compensation Division at 1-800-452-0288 ext. 1719.

436-120-0017(2) (Heading for ineligibility notice)

AVISO DE INELEGIBILIDAD PARA ASISTENCIA VOCACIONAL

NOTICE OF INELIGIBILITY FOR VOCATIONAL ASSISTANCE

436-120-0017(3) (Heading for deferral of vocational assistance eligibility)

AVISO DE RETRASO DE DETERMINACION DE ELEGIBILIDAD PARA ASISTENCIA VOCACIONAL

NOTICE OF DEFERRAL OF VOCATIONAL ASSISTANCE ELIGIBILITY DETERMINATION

OAR 436-120-0017(3)(c) (Contact information for questions about deferral of vocational eligibility process)

Si tiene preguntas acerca del retraso del proceso para la elegibilidad vocacional, póngase en contacto con (use appropriate reference to the insurer). Si aún tiene preguntas, llame a la línea gratuita de la División de Compensación para Trabajadores 1-800-452-0288 ext. 1719.

If you have questions about the deferral of the vocational eligibility process, contact (use appropriate reference to the insurer). If you still have questions contact the Workers' Compensation Division's toll free number 1-800-452-0288 ext. 1719.

436-120-0017(4) (Heading for denial notice)

AVISO DE NEGACION DE BENEFICIOS DE ASISTENCIA VOCACIONAL

NOTICE OF DENIAL OF VOCATIONAL ASSISTANCE BENEFITS

436-120-0017(5) (Heading for end of training notice)

AVISO DE FINALIZACION DE ENTRENAMIENTO

NOTICE OF END OF TRAINING

436-120-0017(6) (Heading for end of eligibility notice)

AVISO DE FINALIZACION DE ELEGIBILIDAD PARA ASISTENCIA VOCACIONAL

NOTICE OF END OF ELIGIBILITY FOR VOCATIONAL ASSISTANCE

436-120-0017(7) (Heading for selection of vocational assistance provider notice)

AVISO DE SELECCION DE PROVEEDOR DE ASISTENCIA VOCACIONAL

NOTICE OF SELECTION OF VOCATIONAL ASSISTANCE PROVIDER

436-120-0017(8) (Heading for change of vocational assistance provider notice)

AVISO DE NOTIFICACION DE CAMBIO DE PROVEEDOR DE ASISTENCIA VOCACIONAL

NOTICE OF CHANGE OF VOCATIONAL ASSISTANCE PROVIDER

OAR 436-120-0018(5) (Contact information for questions about postponement of the vocational eligibility process)

Si usted tiene preguntas acerca del retraso del proceso para elegibilidad vocacional, póngase en contacto con (use appropriate reference to the insurer). Si aún tiene preguntas llame al número gratuito de la División de Compensación para Trabajadores 1-800-452-0288 ext. 1719

If you have questions about the postponement of the vocational eligibility process, contact (use appropriate reference to the insurer). If you still have questions contact the Workers' Compensation Division's toll free number 1-800-452-0288 ext. 1719.