

Petición del Trabajador para Reconsideración

La División de Compensación para Trabajadores (WCD) puede realizar el proceso de reconsideración de una clausura de reclamación solamente una vez. Todos los interesados pueden presentar los asuntos en cuestión y proveer evidencia dentro del límite de tiempo establecido por la ley. Cuando una disputa acerca de incapacidad permanente es presentada, la WCD revisará automáticamente los estándares temporales de evaluación para la lesión compensable. Si necesita ayuda para llenar este formulario, comuníquese con la Unidad de Revisión de Apelaciones al 503-947-7816, o con la Oficina del Ombuds para Trabajadores de Oregon al 503-378-3351 o al número gratuito 1-800-927-1271.

Complete y envíe una copia firmada de este formulario, junto con cualquier información que usted desee que sea revisada, a la siguiente dirección: Appellate Review Unit, Workers' Compensation Division, 350 Winter St. NE, P.O. Box 14480, Salem, Oregon 97309-0405 o por fax al: 503-947-7794 (límite 20 páginas por fax). Si usted está representado por un abogado, incluya un acuerdo firmado de anticipo de honorarios. Un beneficiario puede usar esta forma para solicitar una reconsideración. Por favor incluya el nombre y la información de contacto con la solicitud (incluyendo la información del abogado, si lo tiene). Adjunte páginas adicionales si es necesario.

Worker Request for Reconsideration

There can be only one reconsideration proceeding by the Workers' Compensation Division (WCD) for any claim closure. All parties can raise issues and provide evidence within the statutory time limits. When permanent disability is raised, WCD will automatically review the compensable injury for temporary rating standards. For help filling out this form, contact the Appellate Review Unit, 503-947-7816, or the Ombuds Office for Oregon Workers, 503-378-3351 or 800-927-1271 (toll-free). Complete and send a signed copy of this form, along with any information you want reviewed, to: Appellate Review Unit, Workers' Compensation Division, 350 Winter St. NE, P.O. Box 14480, Salem, Oregon 97309-0405, or fax to 503-947-7794 (fax limit of 20 pages). If you have an attorney, include a current signed retainer agreement. A beneficiary may use this form to request reconsideration. Please include name and contact information (including attorney, if any) with request. Attach additional sheets if needed.

Identificación de la reclamación (Claim identification)

Nombre del trabajador (Worker's name):	Número de la WCD (WCD no.):	Fecha de la lesión (Date of injury):
Dirección (Address):	Fecha de nacimiento del trabajador (Worker's date of birth):	
	Número de reclamación de la aseguradora (Insurer claim no.):	
Número de teléfono (Phone no.):	Nombre de la aseguradora (Insurer name):	
Correo electrónico (Email):	Correo electrónico (Email):	
Abogado del trabajador (si lo hay) (Worker's attorney, if any):	Abogado de la aseguradora (si lo sabe) (Insurer's attorney, if known):	
Dirección (Address):	Dirección (Address):	
Número de teléfono (Phone no.):	Número de teléfono (Phone no.):	
Correo electrónico (Email):	Correo electrónico (Email):	

Reconsideración de la clausura (Marque todos los casilleros que correspondan. Vea las definiciones al reverso de esta forma). (Reconsideration of closure — [Check all boxes that apply. See back of this form for definitions])

Yo solicito reconsideración del Aviso(s) de Clausura (NOC, por sus siglas en inglés) con fecha:

(I request reconsideration of the Notice(s) of Closure (NOC) dated):

- ☐ Necesito ayuda con el idioma. Por favor díganos que idioma necesita.
(I have special language needs. Please identify your language need.)
- ☐ Yo solicité el pago por mi incapacidad permanente en una "suma total" y renuncié a mi derecho de solicitar reconsideración de la notificación de clausura. Por favor explique por qué está solicitando reconsideración.
(I asked for a lump-sum (full) payment of my permanent disability award and waived my right to request reconsideration of the Notice of Closure. Please explain why you are requesting reconsideration:)
- ☐ Yo solicitaré una declaración jurada por el trabajador. (I will be scheduling a worker deposition.)
- ☐ Yo inicié esta solicitud por teléfono. (I initiated this request by phone.)

Continúa en la siguiente página
(Continued on next page)

Asuntos (Marque los casilleros de todos los asuntos que usted quiere que sean revisados. Si no marca un casillero, su derecho a disputar ese asunto se termina. (Issues — [Check *all* issues you want reviewed. If you do not check a box, your right to dispute that issue ends.]

- ☐ 1. La aseguradora clausuró mi reclamo muy rápido o inapropiadamente (Ejemplo, no estaba médicamente estacionario). (The insurer closed my claim too soon or closed it improperly [Example: not medically stationary])
- ☐ 2. No estoy de acuerdo con la fecha en que se me determinó médicamente estacionario o con la fecha de clausura reglamentaria del NOC. La fecha correcta es: _____
(I disagree with the medically stationary or statutory closure date on the NOC. Correct date:)
- ☐ 3. No estoy de acuerdo con las fechas de incapacidad temporal que aparecen en el NOC. Las fechas correctas son: _____
(I disagree with the temporary disability dates shown on the NOC. Correct dates:)
- ☐ 4. No estoy de acuerdo con los resultados de impedimento usados para la clausura de reclamación ni con la evaluación de incapacidad permanente (impedimento e incapacidad de trabajo). Quiero ser examinado por un médico árbitro. Quiero ser examinado por un panel de doctores. Sí ☐ No ☐
(I disagree with the impairment findings used for claim closure and the rating of permanent disability (impairment and work disability). I want to be examined by a medical arbiter.)
I want a panel exam: Yes ☐ No ☐
- ☐ 5. No estoy de acuerdo con la evaluación de incapacidad permanente (impedimento e incapacidad de trabajo) y entiendo que si marco esta casilla, **no tendré** una cita con un médico árbitro.
(I disagree with the rating of permanent disability (impairment and work disability) and understand that by marking this box I will **not** be scheduled for a medical arbiter exam.)
- ☐ 6. Tengo otro(s) asunto(s) con el NOC. (Ejemplo: No estoy de acuerdo con la evaluación de incapacidad permanente, limitada únicamente a elementos específicos de impedimento y/o incapacidad de trabajo como se especifica a continuación, yo creo que estoy permanentemente y totalmente incapacitado, etc.). Por favor explique: (I have other issue(s) with the NOC (Examples: I disagree with the rating of permanent disability, limited solely to specific elements of impairment and/or work disability as specified below, I believe I am permanently and totally disabled, etc.). Please explain:)

Aviso a todos los interesados: Una petición para reconsideración automáticamente incluye una revisión sobre la idoneidad de la clausura conforme a ORS 656.268 (por ejemplo, médicamente estacionario, suficiente información para la clausura, etc.).

Aviso al trabajador: La aseguradora también puede solicitar la reconsideración de su propia Notificación de Clausura y debe hacerlo antes de que pasen siete días de la fecha en que la Notificación de Clausura fue enviada. La reconsideración incluye la revisión de todo el archivo y puede resultar en que sus beneficios no varíen, aumenten, o disminuyan. Envíe su solicitud por correo, fax, entréguela personalmente o haga la solicitud por teléfono antes de que pasen 60 días a partir del Aviso de Clausura. Usted debe enviar a la aseguradora una copia de su solicitud y de cualquier información que quiere que sea revisada al mismo tiempo que las envíe a la División de Compensación para Trabajadores. Para los límites de tiempo que tiene el beneficiario para solicitar una reconsideración, vea OAR 436-030-0145(1).

Notice to all Parties: A request for reconsideration automatically includes review of the appropriateness of the closure under ORS 656.268 (e.g., medically stationary, sufficient information to close, etc.).

Notice to the Worker: The insurer also may request reconsideration of its Notice of Closure and must do so within seven days of the mailing date of the Notice of Closure. Reconsideration includes a review of the whole record and may result in no change, a decrease, or an increase in your benefits. Mail, fax, phone, or hand-deliver your request within 60 days of the Notice of Closure. You must send a copy of your request and any information you want reviewed to the insurer at the same time you send it to the Workers' Compensation Division. See OAR 436-030-0145(1) for the timeframes for a beneficiary to request reconsideration.

Firma del trabajador, beneficiario, solicitante, o persona designada
(Signature of worker, beneficiary, requester, or designee)

Fecha (Date)

CC:

Instrucciones para completar, definiciones, y otra información (*Significa que la información es requerida) (Completion instructions, definitions, and other information [*Notes required information])	
Identificación de la reclamación *Nombre del trabajador, dirección y número de teléfono Esta información es importante para asegurar que todos los interesados reciban o puedan proveer información apropiada y oportuna. Los interesados deben proveer información actualizada si es que ésta cambia. Número de la WCD La División de Compensación para Trabajadores asigna este número cuando el formulario 801 es llenado y presentado a la división. (Este número es diferente al número de reclamación de la aseguradora.) Este número puede aparecer en el frente de la Notificación de Clausura (Notice of Closure). *Número de reclamación de la aseguradora Este es el número que la compañía de seguros asigna a la reclamación. Este número es diferente al número de la WCD que la división asigna a la reclamación. Abogado de la aseguradora (si lo sabe), dirección y número de teléfono Usted puede obtener esta información de la compañía de seguros o en el frente de la Notificación de Clausura. Correo electrónico Proporcione una dirección de correo electrónico que usted lea regularmente y pueda responder prontamente. Reconsideración de clausura *Fecha de Aviso de Clausura (NOC) Esta fecha es la “fecha de envío por correo (mailing date)” en la esquina derecha superior del NOC. La aseguradora puede enviar una Notificación Corregida de Clausura, una Cancelación y Nueva Emisión del NOC, o las dos notificaciones. Ponga la “fecha de envío por correo” de todos los NOC que usted quiera apelar en la misma línea Ayuda con el idioma Describa la clase de ayuda que necesita con el idioma, incluyendo lenguaje de señas. Pago en una suma total La Notificación de Clausura no puede ser revisada en la reconsideración si es que: ■ La Notificación de Clausura fue emitida en o después del 1 de enero de 2026, ■ Su recompensa por PPD es más de \$6,000, ■ Usted solicitó a la aseguradora el pago de la suma total de su recompensa ■ Usted renunció su derecho de solicitar reconsideración de la Notificación de Clausura, y ■ El pago de la suma total de su recompensa es requerido según ORS 656.230. Declaración jurada Es un testimonio bajo juramento, (no se lleva a cabo en el tribunal) y consiste generalmente de preguntas y respuestas. Todos los interesados pueden hacer preguntas. Un estenógrafo escribirá la declaración jurada. Usted debe hacer la cita para la declaración y notificar a la aseguradora. La aseguradora pagará los costos. Vea ORS 656.268(6)(a)(A) y OAR 436-030-0115(6). Asuntos Clausura prematura o inapropiada Usted cree que la clausura de su reclamación ocurrió muy rápido, usted no está médicamente estacionario, o su reclamación no se cerró conforme a la ley. Por ejemplo, no había suficiente información para determinar su incapacidad.	Fecha de medicamento estacionario Es la fecha en que su médico dice que su condición no mejorará ni con tratamiento médico, ni con el paso del tiempo. Esto no quiere decir que usted ha regresado a un estado normal, pero dice que ningún tratamiento adicional le favorecerá. Fecha reglamentaria de clausura Esta es la fecha en que, conforme a la ley de Oregon, la reclamación puede ser clausurada, ya sea porque la condición del trabajador se ha vuelto médicamente estacionaria o porque ocurre algo de lo siguiente: ■ La lesión compensable ya no es la causa principal de su necesidad de tratamiento y hay suficiente información para determinar el grado de su incapacidad. ■ Por razones bajo su control y sin aprobación de su médico, usted no obtiene tratamiento médico por 30 días. ■ Por razones bajo su control usted no se presenta a un examen de clausura obligatorio. Fechas de incapacidad temporal Estos son los períodos de tiempo que su médico primario le dijo a la aseguradora que usted no puede trabajar (incapacidad total temporal), o que sólo puede hacer trabajo modificado (incapacidad parcial temporal). Examen por un médico arbitro Este examen es realizado por un doctor que usted no ha visto antes para esta reclamación. La división escoge al médico para ayudar a resolver disputas sobre incapacidad permanente. Causas del impedimento y clasificación Estos son asuntos relacionados específicamente a la incapacidad parcial permanente (PPD). Examen por un panel de doctores Marque este casillero si usted desea que un panel de doctores realice el examen de médico árbitro. Otros asuntos Use este espacio si es que usted está presentando otros asuntos relacionados con la reclamación, tales como elementos específicos del estado de incapacidad de trabajo o incapacidad total permanente (PTD). Estándar temporal de evaluación Es el estándar específico de un reclamo que la Unidad de Revisión de Apelaciones utiliza. Es incluido en la orden de reconsideración para evaluar la incapacidad permanente cuando los Estándares de Evaluación de Incapacidad listados en OAR 436-035 no pueden ser aplicados. Copias (cc) Liste las personas a quien usted está enviando copias de la forma y de otra información. Por ejemplo, la aseguradora, su abogado, etc. Otra información importante ¿Qué debo hacer si no estoy de acuerdo con la información o las pruebas médicas usadas durante la clausura de reclamación? Puede hacer una o más de las siguientes cosas: ■ Explique por qué piensa que la información es incorrecta ■ Envíe información aclaratoria del médico que lo atiende ■ Envíe pruebas médicas que se deberían haber incluido en el momento de la clausura. Esta es su última oportunidad para agregar información para la revisión del archivo o de una apelación en el futuro. ¿Qué debo hacer si no estoy de acuerdo con algo que no fue presentado en la solicitud de reconsideración? Usted no puede presentar ningún asunto acerca del NOC en apelaciones futuras si usted no lo presentó al tiempo de la reconsideración.