

Solicitud del Trabajador para Revisión de Clasificación de Reclamación

Ver ORS 656.277 y OAR 436-060-0018 para más información. Complete esta forma y entréguela personalmente o envíela a Workers' Compensation Division, Appellate Review Unit, 350 Winter St. NE, P.O. Box 14480, Salem, OR 97309-0405, o e por fax al 503-947-7794. Para obtener ayuda para llenar este formulario, comuníquese con la Sección de Revisión de Apelaciones al 503-947-7816, o llame a la Oficina del Ombuds para Trabajadores de Oregon al 503-378-3351 o sin cargo al 800-927-1271.

Worker Request for Claim Classification Review

See ORS 656.277 and OAR 436-060-0018 for more information. Complete this form and send or deliver to Workers' Compensation Division, Appellate Review Unit, 350 Winter St. NE, P.O. Box 14480, Salem, Oregon 97309-0405, or fax it to 503-947-7794. For help filling out this form, contact the Appellate Review Unit, 503-947-7816, or call the Ombuds Office for Oregon Workers, 503-378-3351 or 800-927-1271 (toll-free).

Identificación de la reclamación (Claim identification)

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

Revisión de Clasificación de Reclamación (Marque todos los casilleros que correspondan.)

(Review of Claim Classification [Check boxes for all that apply.])

- ☐ La aseguradora ha reusado clasificar mi reclamación de no incapacitante a incapacitante (adjunte una copia del Aviso Modificado de Aceptación, si le ha sido provisto). (The insurer has refused to reclassify my claim from nondisabling to disabling [attach a copy of the Notice of Refusal to Reclassify, if provided]).
- ☐ La aseguradora reclasificó mi reclamación de incapacitante a no incapacitante (adjunte una copia del Aviso Modificado de Aceptación). (The insurer reclassified my claim from disabling to nondisabling [attach a copy of the Modified Notice of Acceptance]).
- ☐ Necesito ayuda con el idioma. (Por favor explique lo que necesita):
(I have special language needs. [Please explain what you need]): _____

Asuntos (Issues)

Solicito una revisión por parte del director de la decisión tomada por la aseguradora en cuanto a la clasificación de mi reclamación debido a que: (Marque todas las casilleros que apliquen a su caso.) (I request a director's review of the insurer's claim classification decision because: [Check boxes for all issues that apply.])

- ☐ Pienso que mi médico autorizó incapacidad temporal. En base a estas autorizaciones, considero que beneficios por tiempo perdido de trabajo son debidos y pagaderos. (Incluya las fechas que perdió de trabajar y especifique cuántas horas de trabajo perdió o el sueldo que perdió o fue reducido mientras estuvo en trabajo modificado o liviano.)
(I think my doctor authorized temporary disability. Based on these authorizations, I believe that time-loss benefits are due and payable. [Include dates of missed work and specify how many hours of work you missed or wages that were withheld or reduced while you were on modified or light duty.])
- | | | |
|--|--|----------|
| • Fecha(s) en que faltó al trabajo
(Dates you missed work): _____ | • (Cuántas horas faltó al trabajo):
(How many hours you missed work): _____ | \$ _____ |
| • Sueldo retenido o reducido
(Wages withheld or reduced): \$ _____ | • Sueldo perdido mientras estuvo en trabajo modificado
o liviano (Wages lost while on light/modified duty): _____ | \$ _____ |
| • Sueldo perdido mientras tuvo horas reducidas (Wages lost while on reduced hours): \$ _____ | | |

- ☐ Hay una expectativa razonable de discapacidad permanente bajo OAR 436-035.
(There is a reasonable expectation of permanent disability under OAR 436-035.)
- ☐ Tengo asuntos adicionales. Explique:
(I have additional issues. Explain): _____
- _____

Usted debe presentar su solicitud de revisión de la clasificación de reclamo a la División de Compensación para Trabajadores ya sea por correo, fax, teléfono o en persona antes de que pasen 60 días de la fecha del Aviso de Negación para Reclassificar de la aseguradora. Debe incluir una copia de su solicitud para revisión de clasificación que usted envió a la aseguradora, el Aviso Modificado de Aceptación de la aseguradora (si es que le fue provisto) y cualquier otra evidencia que usted quiere que sea considerada. Debe también enviar copias de la presente solicitud y toda otra documentación a la aseguradora.

You must submit your request for review of the insurer's claim-classification decision to the Workers' Compensation Division by mail, hand-delivery, fax, or phone within 60 days of the date of the insurer's Notice of Refusal to Reclassify. You must attach a copy of your request for claim classification review to the insurer, the insurer's Notice of Refusal to Reclassify (if provided to you), and any other evidence you want considered. You must also send a copy of this request and all other documentation to the insurer.

Firma del trabajador, solicitante o designado (Signature of worker, requester, or designee)

Fecha (Date)

cc:

Instrucciones para llenar la forma, definiciones y otra información (Completion instructions, definitions, and other information)

Identificación de la reclamación Nombre, dirección, número de teléfono y correo electrónico del trabajador Esta información es importante para asegurar que todos los interesados reciban información. Los interesados son responsables de proporcionar información actualizada a la división y a los otros interesados. Número de reclamación de la aseguradora La compañía de seguros asigna este número a la reclamación. Este número de reclamación debe estar en la notificación de la aseguradora. Nombre, dirección y número de teléfono del abogado de la aseguradora (de tenerlo) Puede obtener esta información de la compañía aseguradora. Revisión de Clasificación de Reclamación Aviso de Negación para Reclasificar La aseguradora debió haberle enviado este documento si es que negó su solicitud para reclasificar su reclamación, de no incapacitante a incapacitante. Aviso Modificado de Aceptación La aseguradora envía este documento cuando cambia la clasificación de su reclamación. Ayuda con el idioma Describa el servicio que necesita (interpretación, traducción, etc.), e indique el idioma (incluyendo lenguaje de señas). Asuntos Incapacidad temporal (beneficios por tiempo perdido) Estos son los beneficios por los períodos de tiempo que su médico primario le dijo a su aseguradora que usted no puede trabajar (incapacidad total temporal) o que sólo puede realizar trabajo modificado (incapacidad parcial temporal) Expectativa razonable de discapacidad permanente Aunque no haya perdido tiempo o sueldo debido a su inhabilidad para trabajar, puede que igual tenga una reclamación incapacitante. La división revisará sus expedientes médicos para decidir si hay efectos permanentes por la lesión. Evidencia adicional Si usted tiene información adicional acerca de su tiempo perdido de trabajo o de su condición médica, marque la casilla apropiada y adjúntela a este formulario. Esta evidencia será considerada junto con los materiales presentados por la aseguradora, para determinar si su reclamación está correctamente reclasificada.	Otra información ¿Cómo fue determinada mi reclamación? La aseguradora revisa los reportes médicos y la información de la nómina de pago cuando hace una decisión de clasificación. La aseguradora debe decidir: ■ Si tiene que pagar tiempo perdido de trabajo ■ Si hay una expectativa razonable de discapacidad permanente Si uno de estos criterios se cumple, la reclamación debe ser reclasificada como incapacitante. ¿Qué significa el que mi reclamación no sea incapacitante? Algunos beneficios son iguales tanto para reclamaciones no incapacitantes como para las incapacitantes. En cualquiera de los casos, usted tiene derecho a tratamiento médico y al pago de beneficios médicos. ¿Qué significa el que mi reclamación sea incapacitante? ■ Usted puede recibir beneficios por tiempo perdido para reemplazar salario perdido si es que no puede realizar su trabajo normal ■ Usted puede recibir una recompensa por incapacidad permanente cuando su reclamación se cierre con una Notificación de Clausura. ¿Qué puedo hacer si no estoy de acuerdo con la información o la evidencia médica usada para decidir si la reclamación es incapacitante? ■ Explique por escrito por qué la información es incorrecta. ■ Envíe información médica adicional, si está disponible. ¿Qué pasa si no tengo una copia del Aviso de Negación para Reclasificar o del Aviso Modificado de Aceptación para presentar con mi solicitud de reclasificación? ■ Pídale a su aseguradora que le envíe una copia del Aviso. Si usted no recibe una respuesta, póngase en contacto con la División de Compensación para Trabajadores para asistencia ¿Qué hago si no tengo la evidencia adicional que debo presentar? ■ Pídale a su empleador copias de las nóminas de pago de los periodos de trabajo o salarios que perdió. ■ Pídale a su médico una copia del reporte médico que muestre los posibles efectos permanentes de su lesión. ¿Cuánto tiempo tengo para apelar la decisión de clasificación de la aseguradora? ■ Debe apelar antes de que pasen 60 días de la fecha en el Aviso de Negación de Reclasificación que le envió la aseguradora. Si no ha recibido la documentación o evidencia adicional que quiere presentar con su solicitud, y la fecha límite para apelar se está acercando, envíe una carta con su solicitud indicando que documentación planea presentar. Envíe la documentación adicional apenas la reciba.
--	---