

Aviso al Trabajador

La ley de compensación para trabajadores de Oregon requiere que la aseguradora de su empleador le provea esta información. [Estatuto Revisado de Oregon (ORS) 656.262(6)]

El aviso de aceptación debe decirle cuales son las condiciones médicas aceptadas y si su reclamación es incapacitante o no incapacitante.

Reclamaciones no incapacitantes – revisión de reclasificación

Generalmente si su reclamación ha sido clasificada como "lesión no incapacitante" significa que la aseguradora concluyó que no habrá pagos por incapacidad y que sucedió lo siguiente:

- Usted pudo regresar a trabajar y recibir la totalidad de su sueldo en/o antes del cuarto día calendario después de haber dejado de trabajar o de no haber ganado sueldo como resultado de la lesión.
- Usted no perdió tiempo de trabajo o sueldo como resultado de la lesión el cuarto día calendario o después del cuarto día.
- Parece que usted no tendrá algún tipo de incapacidad permanente como resultado de la lesión.

Si piensa que la aseguradora cometió un error clasificando su reclamación como no incapacitante, usted tiene derecho a objetar esa decisión solicitando una reclasificación conforme a ORS 656.277. Usted necesita ponerse en contacto con la aseguradora y pedir una reclasificación antes de que pase un año a partir de la fecha en que la aseguradora aceptó su reclamación. La aseguradora tiene que hacer la revisión y enviarle la decisión dentro de 14 días de recibir su solicitud. Si la decisión de la aseguradora es que su reclamación está correctamente clasificada como no incapacitante y usted aún no está de acuerdo, antes de que pasen 60 días a partir de la fecha del aviso de la aseguradora usted tiene derecho a solicitar que la División de Compensación para Trabajadores revise su reclamación para determinar si la clasificación de no incapacitante es correcta. Si la aseguradora no responde a su solicitud para reclasificación dentro de 14 días de haber recibido su solicitud, usted puede pedir a la división que revise la clasificación de su reclamación.

Reclamaciones no incapacitantes – agravación (empeoramiento) de las condiciones causadas por una lesión

Si su reclamación no es incapacitante, usted puede tener derecho a recibir beneficios si las condiciones causadas por la lesión empeoran. Pídale a su proveedor médico el formulario 827, "Informe del Trabajador y el Proveedor Médico para Reclamaciones de Compensación para Trabajadores" ("Worker's and Health Care Provider's Report for Workers' Compensation Claims") y marque la opción "Agravación de la lesión original" ("Report of agravación of original injury"). Complete y firme la sección del formulario que a usted le corresponde y entrégueselo su proveedor médico. Su proveedor médico llenará el resto del formulario y lo enviará a la aseguradora. Si su lesión continúa siendo no incapacitante por lo menos por un año a partir de la fecha en que su reclamación fue aceptada, sus derechos de agravación vencerán cinco años después de la fecha de la lesión.

Después de que sus derechos de agravación expiran usted tiene derecho a beneficios limitados.

Derechos de reinstalación y responsabilidades conforme a ORS capítulo 659A

En la mayoría de los casos, ORS capítulo 659A.043 requiere que un empleador con más de 20 empleados reinstale a un trabajador permanente una vez que el doctor haya aprobado que el trabajador regrese a su trabajo regular o a otro trabajo apropiado. Para propósito de derechos de reinstalación su médico tratante es el proveedor médico que es primariamente responsable por el tratamiento de su lesión, como está descrito en ORS 656.005(12). Si su empleador al momento de su lesión (empleador al momento de la lesión) está requerido a reinstalar trabajadores lesionados, su empleador debe regresarlo al trabajo que estuvo haciendo al momento de la lesión cuando usted pida regresar, a menos que ese trabajo ya no exista, no esté disponible, o su lesión en el trabajo no le permita realizar su trabajo previo. El trabajo se considera "disponible" aunque otro trabajador lo reemplace durante su ausencia. Si su trabajo no está disponible su empleador debe retornarle a cualquier otra posición existente que esté vacante y sea apropiada. Un certificado por parte de su doctor indicando que usted puede hacer su trabajo regular u otro trabajo apropiado es prueba suficiente de que usted puede realizar el trabajo. No obstante, sus derechos de reinstalación pueden estar limitados por derechos de antigüedad y otras restricciones de empleo descritas en un acuerdo de negociación colectiva válido entre el empleador y un representante del empleado.

Dentro de los cinco días posteriores a que su doctor notifique a la aseguradora que usted ha sido dado de alta y que puede regresar a trabajar, la aseguradora debe informarle sobre la oportunidad de solicitar trabajo con el empleador donde se lastimó.

Usted perderá su derecho de reinstalación a su trabajo regular si algo de lo siguiente sucede:

- Su doctor, enfermera(o) practicante, o un árbitro médico determina que usted está médicamente estacionario pero que físicamente no puede regresar a su trabajo regular.
- Usted reúne los requisitos y participa en un programa de asistencia vocacional conforme a ORS 656.340.
- Usted acepta un trabajo apropiado con otro empleador después de estar médicamente estacionario.
- Usted rechaza un ofrecimiento de buena fe de parte de su empleador para trabajo liviano o modificado antes de estar médicamente estacionario.
- Usted falla en solicitar la reinstalación dentro de los siete días a partir de la fecha en que recibió la carta certificada de la aseguradora informándole de la aprobación de su doctor para que regrese a trabajar en su trabajo regular u otro trabajo apropiado.
- Han pasado tres años desde la fecha de la lesión.
- Lo despiden por razones válidas no relacionadas con la lesión y por las cuales otros son o serían despedidos.
- Es claro que usted abandonó el trabajo con el empleador.

Los derechos de reinstalación no son aplicables si algo de lo siguiente sucede:

- Lo contrataron de manera temporal para reemplazar a un trabajador lesionado.
- Usted es un trabajador temporal empleado para trabajar menos de seis meses en un año calendario.
- Su trabajo al momento de la lesión resultó de una recomendación de empleo a corto plazo por parte de una oficina de empleo de un sindicato operando bajo un acuerdo de negociación colectiva.
- Su empleador tiene 20 o menos trabajadores al momento de su lesión y al momento de su solicitud de reinstalación.)

Si tiene preguntas o quejas con respecto a sus derechos de reinstalación, comuníquese con la oficina local del Departamento de Labor e Industrias de Oregon (Oregon Bureau of Labor and Industries - BOLI). La información para ponerse en contacto se encuentra al final de esta notificación.

Asistencia de re-empleo conforme a ORS 656.622

La división tiene un programa de asistencia para reempleo: **El Programa del Empleador Donde se Lesionó provee ayuda a los trabajadores lesionados de Oregon que reúnen los requisitos para permanecer o regresar al trabajo. Debido a su lesión, es posible que su empleador sea elegible para recibir asistencia para que usted regrese a un trabajo transicional por medio de este programa mientras su reclamación se encuentra abierta. Su empleador puede comunicarse con [nombre de la aseguradora y número de teléfono].**

Reembolso por gastos relacionados con su lesión de acuerdo a OAR 436-009-0025

La aseguradora le reembolsará por pagos que sean relacionados con los gastos de reclamación que usted haya realizado tales como medicamentos, transporte, comidas y alojamiento que sean necesarios para atender a citas médicas, con algunas limitaciones hasta cierta cantidad. Usted debe solicitar su reembolso por escrito e incluir copias de los recibos u otro tipo de documentos de respaldo que la aseguradora requiera. La aseguradora debe recibir su pedido para reembolso antes de que pasen dos años ya sea a partir de la fecha en la que usted pagó por el gasto, o de la fecha en que se determinó que su reclamación es compensable, la fecha que suceda más tarde. El formulario 3921 “Solicitud para Reembolso de Gastos” en wcd.oregon.gov o la aseguradora también puede proveerle el formulario para solicitar reembolso.

Condiciones médicas omitidas o avisos de aceptación incorrectos

Si piensa que una condición médica no fue parte del aviso de aceptación, o si el aviso es incompleto o incorrecto, usted debe notificar por escrito a la aseguradora. Explique por qué cree que el aviso de aceptación es incorrecto. Puede notificar a la aseguradora usando el Formulario 827, encuentre la información a continuación “Nueva Condición Médica”.

Nueva condición médica

Si desarrolla una nueva condición médica después que su reclamación ha sido aceptada, usted debe notificar a la aseguradora por escrito identificando la condición como una "nueva condición médica (new medical condition)" y solicite una aceptación formal de la condición por escrito. Usted debe notificar a la aseguradora usando el Formulario 827 – mire la nota mencionada a continuación.

- Formulario 827 – Solicite condiciones médicas nuevas u omitidas usando el Formulario 827 “Reporte para Reclamación de Compensación para Trabajadores y Proveedores del Cuidado de la Salud.” Pida a su proveedor médico el Formulario 827, complete la parte que a usted le corresponde en el formulario, y marque el casillero “Solicitud para aceptación de una nueva u omitida condición médica en una reclamación existente” indique la condición que usted cree que debe ser aceptada, firme el formulario y devuélvaselo a su proveedor médico para que sea remitida a la aseguradora.

Servicio de audiencia acelerada, ORS 656.291

Si no está de acuerdo con las medidas tomadas en su reclamación, y su reclamación califica, usted puede tener derecho a recibir una audiencia acelerada ante la División de Apelación de Audiencias de la Junta Directiva de Compensación para Trabajadores antes de que pasen 30 días a partir de la fecha de su solicitud para una audiencia, si es que algo de lo siguiente sucede:

- La disputa no implica la compensabilidad o responsabilidad por su reclamación, y la cantidad total en disputa (sin incluir las multas y los honorarios de abogado) es menos de \$1,000 dólares.
- El único problema en la disputa es el derecho a multas o los honorarios del abogado.
- La disputa surgió porque su reclamación fue negada de acuerdo a ORS 656.262(15) ya que la aseguradora cree que usted no cooperó con la investigación de su reclamación.

Si tiene preguntas sobre su reclamación, comuníquese con su empleador o con la aseguradora. Si tiene preguntas adicionales, comuníquese con una o más de las siguientes oficinas:

Departamento de Servicios para Consumidores y Negocios de Oregon

División de Compensación para Trabajadores

350 Winter St.NE, P.O. Box 14480, Salem, OR 97309-0405
503-947-7585, o gratis en Oregon, 800-452-0288

Oficina del Ombuds para Trabajadores de Oregon

350 Winter St.NE, P.O. Box 14480, Salem, OR 97309-0405
503-378-3351, o gratis, 800-927-1271

Departamento de Labor e Industrias

Teléfono: 971-673-0761, correo electrónico: BOLI_help@boli.oregon.gov, sitio web: oregon.gov/boli