



**COLORADO**

**Department of  
Labor and Employment**

**DEPARTAMENTO DE LABOR Y EMPLEO DE COLORADO**

**DIVISION OF WORKERS' COMPENSATION**

**(DIVISIÓN DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES)**

# **GUÍA PARA TRABAJADORES**



**Agosto 2015**

**La información en este folleto es información general sobre el sistema de Compensación para Trabajadores de Colorado. No es un suplente para consejo legal.**

División de Compensación Para Trabajadores  
(Division of Workers' Compensation)  
633 17th Street, Suite 400  
Denver, Colorado 80202-3626  
<http://www.colorado.gov/cdle/dwc>

# APÉNDICE

I.	INTRODUCCIÓN .....	1
II.	INFORMACIÓN GENERAL .....	3
	¿Qué es la compensación para trabajadores?	
	¿Cuáles empleadores deben tener este seguro y cómo lo consiguen?	
	¿Quién está cubierto por este seguro?	
	¿Quién no está cubierto por este seguro?	
	¿Quiénes son los contratistas independientes y deben tener seguro?	
III.	CUANDO UNA LESIÓN OCURRE .....	7
	¿Qué debo hacer cuándo me lastimo?	
	¿Qué debe hacer mi empleador cuando recibe notificación que me lastimé?	
	¿Cuál es el siguiente paso?	
	¿Qué pasa si mi reclamo es aceptado?	
	¿Qué pasa si es negado?	
	¿Qué pasa si mi empleador no hace un reporte acerca de mi lesión a la aseguradora?	
	¿Qué puedo hacer si mi empleador no tiene seguro?	
IV.	BENEFICIOS.....	12
	✓ Beneficios médicos.....	12
	¿Se pagarán mis gastos médicos?	
	¿Quién escoge al doctor?	
	¿Puedo cambiar doctores?	
	¿Qué puedo hacer si creo que el tratamiento médico no es necesario o apropiado?	
	✓ Compensación-Beneficios de Discapacidad Temporal .....	16
	¿Me pagarán por tiempo faltado del trabajo?	
	¿Por cuánto tiempo recibiré los beneficios de discapacidad temporal?	
	¿Cuánto me pagarán?	
	¿Pueden rebajar mis beneficios?	
	¿Qué pasa si vuelvo al trabajo medio tiempo?	

- ¿Qué pasa si mis pagos llegan tarde o si detienen mis beneficios y no he vuelto a trabajar?
- ¿Qué pasa si la aseguradora no paga mis beneficios, cuando debe, según la ley?
- ¿Tiene que darme un trabajo mi empleador si estoy listo para regresar al trabajo?
- ✓ Discapacidad Permanente y la Admisión Final de Obligación .....21
  - ¿Me pagaran si tengo una discapacidad permanente o alguna pérdida de salarios?
  - ¿Qué es una admisión final de obligación?
  - ¿Qué pasa si nunca puedo trabajar en cualquier tipo de trabajo?
  - ¿Si soy incapaz de volver a mi trabajo, recibiré ayuda para encontrar otro trabajo?
- ✓ Exámenes Médicos Independientes.....26
  - ¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con el doctor?
  - ¿Qué pasa si no puedo pagar el costo de un IME?
- ✓ Fatalidades.....30
  - ¿Qué pasa si alguien se muere por causa del trabajo?
- ✓ Pagos de Suma Global.....31
  - ¿Si me dan beneficios para la discapacidad permanente, puedo conseguir el dinero en un solo pago en vez de los pagos semanales?
- ✓ Liquidación Completa y Final. ....32
  - ¿Es posible finalizar mi reclamo?
- ✓ Reabriendo un Reclamo.....32
  - ¿Puedo reabrir mi reclamo después de que está cerrado?

V. SERVICIOS DE LA MEDIACIÓN, CONFERENCIAS DE PREAUDENCIA CONFERENCIAS DE LIQUIDACIÓN, Y AUDIENCIAS FORMALES.....34

- ¿Si no estoy de acuerdo con una decisión de la aseguradora, o si se niega a pagar beneficios que creo que me debe, qué puedo hacer?
- ¿Qué son las conferencias de pre audiencia y de la liquidación completa y final?
- ¿Qué es una audiencia formal?
- ¿Qué pasa después de mi audiencia?
- ¿Si no estoy de acuerdo con la decisión del juez, qué puedo hacer?
- ¿Y luego qué pasa?
- ¿Necesito un abogado?
- ¿Si decido no contratar un abogado, que pasará?

VI. OFICINAS, DIRECCIONES Y NÚMEROS de TELÉFONO.....41

VII. PUBLICACIONES .....42

# I. INTRODUCCIÓN

Cada estado tiene sus propias leyes con respecto a la compensación de trabajadores. La información en este folleto es información general sobre el sistema de compensación para trabajadores de Colorado. No es un suplente para consejo legal.

En Colorado, la División de Compensación Para Trabajadores (La División) no paga beneficios en un reclamo. Los empleadores obtienen seguro de las compañías de seguros privadas (Aseguradoras). La aseguradora paga los beneficios. La División es una agencia estatal. Algunos de los servicios que la División proporciona son:

- ✓ Contestar preguntas y proporcionar información sobre compensación para trabajadores
- ✓ Asistir en resolver disputas que podrían suceder entre usted y la aseguradora o empleador
- ✓ Para asegurarse que se manejen reclamos correctamente

La División tiene una Unidad de Servicio al Cliente (Customer Service) para ayudarle con información y ellos mantienen un archivo en su caso, si ha faltado tiempo de trabajo o si sufrió una discapacidad por causa de una lesión que ocurrió en el trabajo. Usted puede ir cualquier día entre semana, Lunes a Viernes, sin una cita, para repasar su archivo y hacer preguntas acerca de su caso. Vea Página 41 para información de contacto.

Los beneficios de compensación son basados en la fecha de lesión. Las leyes cambian a través de los años, puede haber beneficios diferentes que dependen en cuando se lastimó. La información en este folleto aplica a las lesiones en el momento de la fecha de la revisión en el frente de este folleto. Puede llamar a La Unidad de Servicio al Cliente sobre los beneficios para su fecha de lesión.

Si usted se lastima en el trabajo, debe saber que formulario necesita para archivar su reclamo correctamente y la cantidad de días dentro los que puede hacerlo. Debe seguir todas las reglas y procedimientos o los beneficios que usted puede tener derecho a recibir podrían reducirse o eliminarse completamente.

La División de Compensación Para Trabajadores es una agencia estatal administrativa y no es una aseguradora. El seguro de compensación para trabajadores se provee por aseguradoras privadas cual incluye Pinnacol Assurance. Algunos empleadores grandes pueden mantener y proveer su propio seguro.

Puede conseguir una copia del Acto de Compensación Para Trabajadores de Colorado (*The Colorado Workers' Compensation Act*) accediendo la página de internet de la División o avisando a la Unidad de Servicio al Cliente. Las formas de la división están disponibles en Microsoft Word y Adobe Acrobat en nuestra página de internet:  
<http://www.colorado.gov/cdle/dwc>

## **II. INFORMACIÓN GENERAL**

### **¿QUÉ ES LA COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES?**

Compensación para trabajadores es un tipo de seguro que los empleadores deben mantener para sus empleados. Este seguro paga los gastos médicos y el reemplazo del salario parcial durante el tiempo de discapacidad temporal para los empleados que se lastiman en el trabajo o desarrollan enfermedades ocupacionales. También puede proporcionar beneficios para la discapacidad permanente para aquéllos que califican. No hay ningún pago por dolor y sufrimiento bajo la compensación para trabajadores.

El costo del seguro de compensación para trabajadores es pagado completamente por el empleador y no puede deducirse de los salarios de un empleado. Este seguro es el único seguro de discapacidad que los empleadores de Colorado tienen que proporcionar para sus empleados bajo la ley estatal.

### **¿CUALES EMPLEADORES DEBEN TENER ESTE SEGURO Y CÓMO LO CONSIGUEN?**

Empleadores, solo con algunas exclusiones específicas, son requeridos por ley de proporcionar a los empleados seguro de compensación para trabajadores. Puede comprarse de cualquiera aseguradora que sea autorizada. Si un empleador no mantiene o se niega a obtener seguro de la compensación como requerido por ley, el Director de la División tiene autorización para imponer multas, o emitir una orden de cesación y el desistir contra el negocio y detener funcionamientos, hasta que el seguro se obtenga.



Empleadores que puedan cumplir con calificaciones específicas, como un mínimo de 300 empleados, pueden obtener permiso de la División de Compensación Para Trabajadores para ponerse como mismo-asegurado y pagar sus propios beneficios.

Un contratista que contrate cualquier trabajo a un subcontratista tiene la responsabilidad de conseguir seguro para todos los empleados del subcontratista a menos que el subcontratista haiga obtenido seguro de compensación.

## **¿QUIÉN ESTA CUBIERTO POR ESTE SEGURO?**

La mayoría de empleados, incluyendo los empleados que trabajan tiempo completo o medio tiempo, son cubiertos bajo este seguro desde su primer día de trabajo.

## **¿QUIÉN NO ESTA CUBIERTO POR ESTE SEGURO?**

Lo siguiente es sólo una lista parcial de ocupaciones y/o individuos excluidos de proveer la cobertura obligatoria bajo el Acto de la Compensación Para Trabajadores.

- ✓ Cierta mantenimiento casual o trabajo de reparación realizado para un negocio bajo \$2,000 por el año calendario
- ✓ Cierta trabajo doméstico, mantenimiento o trabajo de reparación para un dueño de casa privado que no se hace de tiempo completo
- ✓ Los agentes de bienes raíces autorizado y corredores que trabajan por comisión
- ✓ Contratistas independientes que realizan trabajos con contrato específicos para transporte
- ✓ Chóferes bajo un acuerdo del arriendo con un común o portador del contrato

- ✓ Cualquier persona que ofrece tiempo o servicios voluntariamente para un operador de área de esquiar
- ✓ Personas que proporcionan servicios de anfitrión de casa como parte de servicios residenciales y apoyos
- ✓ Empleados federales (cubiertos bajo las leyes federales)
- ✓ Empleados de Ferrocarril (cubiertos bajo las leyes federales)
- ✓ Contratistas independientes que generalmente son definidos en el próximo párrafo

## **¿QUIÉNES SON LOS CONTRATISTAS INDEPENDIENTES Y DEBEN TENER SEGURO?**

Generalmente, un contratista independiente es una persona que es contratada para completar un proyecto específico para otro negocio por un precio fijo. El contratista independiente debe ser:

- ✓ Libre del mando y dirección sobre los medios y método de realizar el trabajo
- ✓ Habitualmente comprometido en un comercio independiente, ocupación, profesión o negocio relacionado al trabajo rendido

Aunque un negocio y un contratista independiente pueden establecer independencia en un documento escrito, los hechos reales determinarán si un empleado particular califica para ser un contratista independiente.

**Si el contratista independiente tiene empleados, debe obtener compensación para sus trabajadores.**

Es posible que los trabajadores que califican como contratistas independientes no puedan reclamar beneficios de compensación a menos que ellos hayan comprado seguro de compensación para sí mismos. Si un contratista independiente ha decidido no obtener este seguro y se lastima en un trabajo de contrato, la cantidad máxima de recuperación en corte civil contra el contratista general es \$15,000 en daños. Si usted tiene preguntas sobre contratistas independientes, llame a la Unidad de Servicio al Cliente.

### III. CUANDO UNA LESIÓN OCURRE

#### ¿QUÉ DEBO HACER CUÁNDO ME LASTIMO?

Si sufre una lesión en el trabajo que arriesga su vida o su cuerpo, busque atención médica inmediatamente en el cuarto de emergencia más cercano y entonces notifique a su supervisor por escrito. Una lesión que arriesga la vida o el cuerpo es una lesión que usted cree que requiere el cuidado médico inmediato para prevenir su muerte o daño serio. En todos los otros casos, notifique a su empleador o supervisor, verbalmente y por escrito, que usted se ha lastimado antes de obtener cualquier cuidado médico. Debe informarle a su empleador de todas las lesiones, no importa que pequeñas sean.

**Por ley, debe notificar a su empleador por escrito dentro de cuatro días de una lesión,** aun cuando usted le haiga dicho verbalmente. Guarde una copia de su aviso escrito. Si usted no le informa a su empleador de su lesión por escrito dentro de cuatro días, puede ser penalizado y puede perder compensación de un día por cada día de retraso, si su empleador ha puesto un anuncio escrito que explica que esto es requerido. **Usted todavía puede archivar un reclamo para beneficios aunque le haiga informado a su empleador tarde.**

Si su empleador ha designado un proveedor médico antes o al tiempo que se lastimó, será requerido ver ese proveedor para el cuidado médico. Si usted escoge su propio cuidado médico puede ser responsable por sus costos médicos. Si su empleador no lo dirige a un proveedor médico, usted puede buscar tratamiento del proveedor de su opción. Vea Beneficios Médicos, Sección IV, para más información en proveedores médicos.

## **¿QUÉ DEBE HACER MI EMPLEADOR CUANDO RECIBE NOTIFICACIÓN QUE ME LASTIMÉ?**

Su empleador debe archivar un informe de la lesión con la aseguradora dentro de diez días de su lesión. Esto empieza su reclamo para la compensación. Si su empleador no reporta la lesión a la aseguradora, usted puede archivar un reclamo directamente con la División de Compensación Para Trabajadores.

### **¿CUAL ES EL SIGUIENTE PASO?**

Si sufre una lesión o una enfermedad ocupacional que le causa faltar más de tres días o tres turnos de trabajo o resulta en discapacidad permanente, o muerte, la aseguradora tiene 20 días a partir de la fecha que notifica a la División para notificar a usted (o sus dependientes) si se pagaran beneficios.

Esta decisión será una Admisión de Obligación (*Admission of Liability*) o un Aviso de Rechazo (*Notice of Contest*). La aseguradora pondrá un número de reclamo y el nombre del ajustador y número de teléfono en el aviso que usted recibirá. Si no ha faltado tres días o más de trabajo por causa de su lesión, la aseguradora no está obligada a mandarle una decisión por escrito. Usted debe comunicarse con el ajustador con preguntas sobre sus pagos o el pago de deudas médicas, y el manejo de su reclamo.

## ¿QUÉ PASA SI MI RECLAMO ES ACEPTADO?

Si la aseguradora determina que usted es elegible para beneficios, empezará a pagar sus gastos médicos autorizados y compensación durante el tiempo faltado de trabajo, si es aplicable. Los beneficios de la compensación son beneficios pagados directamente a usted para reemplazar parcialmente los salarios que usted está incapaz de ganar debido a su lesión. Estos beneficios se pagan cada dos semanas.

## ¿QUÉ PASA SI MI RECLAMO ES NEGADO?

La aseguradora puede negar su reclamo por varias razones. La aseguradora puede negar un reclamo si el ajustador tiene razón para creer que la lesión no es relacionada al trabajo o si cree que no tienen información completa y una investigación extensa es necesaria. Si esto pasa, debe comunicarse con el ajustador de la aseguradora para discutir la decisión. Tal vez, usted podrá proveer información importante que ayude el proceso.

Si la aseguradora niega su reclamo, usted puede ser responsable por el pago de las deudas médicas asociadas con la enfermedad o lesión. (Puede ser entonces elegible para cobertura a través de su póliza de seguro de salud privada.) Si cree que su reclamo fue negado incorrectamente, hay varias opciones disponibles. (Vea Servicios de la Mediación, Conferencias de Pre audiencia y Liquidación, y Audiencias Formales en la Sección V.)

Si su reclamo es negado y usted quiere pedir una Audiencia Expedita (*Expedited Hearing*), debe archivar una Aplicación para Audiencia Formal (*Application for Hearing*) dentro de 45 días de la fecha de envío del Aviso de Rechazo (*Notice of Contest*).

## ¿QUÉ PASA SI MI EMPLEADOR NO HACE UN REPORTE A LA ASEGURADORA ACERCA DE MI LESIÓN?

Si su empleador no informa a la aseguradora de su lesión, o usted no recibe una Admisión de Obligación (*Admission of Liability*), puede archivar un reclamo para proteger sus derechos futuros. Para hacer esto, puede venir a la División de Compensación Para Trabajadores, Unidad de Servicio al Cliente (Customer Service), para obtener un formulario que se llama Reclamo de Trabajadores Para Compensación (*Workers' Claim for Compensation*), o llame al Unidad de Servicio al Cliente para solicitar que la forma sea mandada por correo. También está disponible en el sitio de internet de la División: <http://www.colorado.gov/cdle/dwc>. Guarde una copia y envíe una a la Division of Workers' Compensation, 633 17th Street, Suite 400, Denver, CO 80202-3660. Después de que la División reciba su reclamo, se enviará una copia a la aseguradora con una carta que pregunta si admitirá responsabilidad y si va a pagarle beneficios. Recibirá una copia de la carta que indicará el número de su reclamo de compensación (WC #). Debe usar este número de reclamo cada vez que se comunique con la División sobre su caso.

Usted tiene dos años de la fecha de su lesión (o tres años con excusa razonable) para archivar un reclamo con la División. Si usted no archiva un reclamo dentro de este tiempo, talvez no podrá conseguir beneficios.

## **¿QUÉ PUEDO HACER SI MI EMPLEADOR NO TIENE SEGURO DE COMPENSACION PARA TRABAJADORES?**

Si su empleador no tiene seguro, usted puede elegir entre demandar a su empleador en una corte estatal o someter un reclamo para trabajadores como explicado en la sección anterior. Esta es una decisión importante y es posible que desee consultar con un abogado antes de tomarla.

Si se determina que usted es elegible para recibir compensación y su empleador no tenía seguro, puede ser que el empleador tenga que pagar compensación adicional.

Si tiene razón para creer que su empleador no tiene seguro, usted puede llamar a la División de Compensación Para Trabajadores, Unidad de Servicio al Cliente para reportarlo, aunque no haiga tenido una lesión.



## IV. BENEFICIOS

### **BENEFICIOS MÉDICOS**

#### **¿SE PAGARÁN MIS GASTOS MÉDICOS?**

Cuando la aseguradora archive una Admisión de Obligación (*Admission of Liability*), o una orden final (*Final Order*) para pagar beneficios médicos en su caso, los proveedores autorizados deben buscar reembolso de la aseguradora. A usted no le deben mandar recibos médicos ni recibos pidiendo que pague la diferencia entre lo que ha cobrado el proveedor y lo que la aseguradora pagó. El proveedor médico debe enviar todas las deudas directamente a la aseguradora con el número de reclamo puesto encima. Si recibe un recibo por servicios médicos autorizados, debe remitírselo a la aseguradora con el número de reclamo. La aseguradora es requerida de hacer los pagos o dar notificación de la razón de una falta de pago dentro de 30 días. Usted puede ponerse en contacto con la Unidad de Servicio al Cliente si necesita ayuda.

Si usted recibe cuidado de un doctor designado o uno que es autorizado para proporcionar cuidado, el seguro paga todos los gastos médicos razonables y necesarios. (Vea "Quién Escoge al Doctor".) Si el doctor designado lo refiere a otro doctor para el tratamiento de su lesión, y ese tratamiento es razonable y necesario, este tratamiento médico también se cubrirá. Además, se reembolsará todos los suministros razonables y necesarios, y también, las millas para la ida y vuelta a sus citas médicas. Si va a un doctor que no es autorizado, usted puede ser responsable por esas deudas médicas.

Si la aseguradora niega pago de ciertas deudas médicas, llame a su ajustador primero para ver si necesita más información. Si la aseguradora todavía niega pago, vea la Mediación, Pre audiencia, Conferencias de Liquidación Completo y Final y Audiencias Formales en la Sección V, para información en cómo proceder.

## **¿QUIÉN ESCOGE AL DOCTOR?**

Su empleador tiene el derecho de seleccionar el proveedor médico que los trabajadores deben usar. La mayoría de los empleadores deben dar una selección de doctores a sus empleados. Si su empleador tiene una lista de médicos aprobados (designated provider list), usted puede escoger un médico proveedor entre ellos.

Si su empleador no designa a un proveedor médico debidamente, usted puede escoger su propio médico. Durante el curso del reclamo, la aseguradora puede pedir que usted sea examinado por otro doctor seleccionado por parte de la aseguradora, al gasto de la aseguradora. Si usted no va a este examen, la aseguradora puede pedirle permiso a la División para detener sus beneficios.

También, si no va a una cita con uno de sus doctores autorizados, la aseguradora puede enviarle un aviso de una cita reprogramada. Si usted no va a la cita reprogramada, la aseguradora puede detener sus beneficios sin una audiencia formal. Si lo hacen, y usted no está de acuerdo, puede pedir una mediación o una conferencia de pre audiencia para ayudar a resolver la disputa sin una audiencia formal, o puede pedir una audiencia formal. Vea la Mediación, Pre audiencia, Conferencias de Liquidación Completo y Final y Audiencias Formales en la Sección V, para más información.

## ¿PUEDO CAMBIAR DOCTORES?

Puede pedir permiso para cambiar doctores y su solicitud puede ser aprobada o negada. Además, si usted escogió a un médico de una lista proporcionada por su empleador, usted tiene el derecho a cambiar a otro médico en la lista, solamente una vez. Para hacer eso, tiene que dar noticia a todos los partidos requeridos dentro de los 90 días después de su accidente y antes de alcanzar la máxima recuperación médica. También un formulario debe ser llenado, firmado y proporcionado a los médicos corrientes/actuales y futuros y al representante designado en la lista. Puede ponerse en contacto con la División o con su representante legal para conseguir información específica acerca de este procedimiento. También puede pedir permiso para cambiar doctores escribiendo una carta a su ajustador de la aseguradora. Su ajustador debe darle por escrito, una decisión dentro de los 20 días de la fecha que la carta fue marcada por la oficina postal o entregada por mano a la aseguradora. Si ninguna decisión se ha dado dentro de los 20 días, usted puede ver al doctor de su opción.

**Si usted cambia doctores sin pedir permiso por escrito, la aseguradora puede negarse a pagar estas deudas.** Si no está de acuerdo con la decisión de la aseguradora, vea la Mediación, Pre audiencia, Conferencias de Liquidación Completo y Final, y Audiencias Formales en la Sección V, para más información.

## **¿QUÉ PUEDO HACER SI CREO QUE EL TRATAMIENTO MÉDICO NO ES NECESARIO O APROPIADO?**

Si cree que el tratamiento médico que está recibiendo no es necesario o apropiado, primero trate de resolver la situación con la aseguradora.

Si esos esfuerzos fallan, los servicios siguientes están disponibles, sin costo:

- ✓ Comuníquese con la Unidad de Servicio al Cliente en la División de Compensación
- ✓ Pida una Mediación gratis en la División de Compensación Para Trabajadores.
- ✓ Pida una Conferencia de pre audiencia gratis antes un juez administrativo de la División de Compensación Para Trabajadores
- ✓ Pida una Audiencia Formal antes un juez de la ley administrativa en la Oficina De Cortes Administrativas (Office of Administrative Courts)
- ✓ Pida una Revisión de Utilización del cuidado médico que usted ha recibido. Se cobraran los costos de un panel de médicos para repasar su caso

Se describen mediación, conferencias de pre audiencia, y audiencias formales en Sección V. Para información con respecto al Proceso de Revisión de Utilización, comuníquese con la Unidad de Servicio al Cliente.

# ***BENEFICIOS DE COMPENSACIÓN***

## **DISCAPACIDAD TEMPORAL**

### **¿ME PAGARÁN POR TIEMPO FALTADO DE TRABAJO?**

Si usted falta más de tres turnos, o tres días de trabajo por causa de una lesión o enfermedad relacionada a su trabajo, es elegible para recibir beneficios de la compensación. El reemplazo del salario se calcula desde el cuarto (4) turno, o el día, que usted es incapaz de trabajar por causa de la lesión. Recibirá el pago por los primeros tres días faltados si usted falta más de dos semanas de trabajo. Este reemplazo de salario se llama beneficios de la discapacidad temporal y se pagan por la aseguradora.

### **¿POR CUANTO TIEMPO RECIBIRÉ LOS BENEFICIOS DE LA DISCAPACIDAD TEMPORAL?**

Hay dos tipos de beneficios de discapacidad temporales: la discapacidad total temporal (TTD) y la discapacidad parcial temporal (TPD). El pago de TTD beneficios termina cuando:

- ✓ Usted regresa al trabajo regular o modificado
  - ✓ Su doctor autorizado le da de alta por escrito para volver al trabajo regular
  - ✓ Su doctor autorizado le da un descargo por escrito para volver al trabajo modificado, su empleador le hace una oferta escrita de tal trabajo, y usted empieza o se niega a empezar el trabajo

- ✓ Su doctor autorizado determina que usted ha alcanzado máxima recuperación médica (MMI). MMI quiere decir que la lesión o enfermedad que causa su discapacidad se ha vuelto estable y ningún tratamiento médico mejorará la condición

Si trabaja para una agencia temporal que contrata a las personas para trabajar para otros empleadores, usted es elegible para recibir solo una oferta escrita de trabajo modificado. Cualquier oferta futura no tiene que ser por escrito. La oferta de trabajo debe ser aprobada por su doctor. Le permiten, por lo menos, veinticuatro horas, no incluyendo Sábado, Domingo, o una fiesta legal, para responder a la oferta de trabajo. Si usted no acepta la oferta de trabajo, pueden detener sus beneficios.

La aseguradora debe pagarle los beneficios de la discapacidad temporal cada 2 semanas durante el tiempo que usted está discapacitado e incapaz de trabajar. Se explican beneficios de discapacidad parcial en la Sección, “¿Que Pasa si Vuelvo al Trabajo Medio Tiempo?”

## **¿CUANTO ME PAGARÁN?**

Sus beneficios serán dos-tercios del promedio de su salario semanal (AWW) hasta el máximo permitido por ley en la fecha de su lesión. Usted puede llamar a la Unidad de Servicio al Cliente con cualquier pregunta sobre el promedio del salario semanal. El promedio del saldo semanal incluye: ingresos antes de impuestos, comisiones, horas extra, propinas y pagos por día cuales se reportan al IRS, tabla razonable, valor de renta, el albergue y alojamiento, y el costo del empleado para continuar el plan de seguro de salud del grupo del empleador.

Con tal de que el empleador continúe pagando cualquiera de los beneficios, el valor de esos beneficios no será incluido en la computación del promedio del salario semanal. Si usted pierde salario de otro trabajo que mantuvo al mismo tiempo y fue el resultado de su lesión, el salario del segundo trabajo también puede ser incluido en su promedio del salario semanal.

Los beneficios de la compensación para trabajadores no están sujetos a impuestos. Algunos empleadores pueden continuar pagándole su salario completo por un periodo de tiempo en lugar de pagos recibidos por la aseguradora de la compensación para trabajadores. Usted debe verificar con su empleador si este plan de beneficio está disponible.

## **¿PUEDEN REBAJAR MIS BENEFICIOS?**

Pueden rebajar sus beneficios si cualquiera de las condiciones siguientes está presente en su caso:

- ✓ Usted, intencionalmente no utilizó un aparato de seguridad
- ✓ Usted, intencionalmente no obedeció una regla de seguridad razonable
- ✓ Usted, intencionalmente engañó a su empleador sobre su habilidad física para hacer el trabajo
- ✓ Su lesión fue el resultado del uso de drogas o alcohol
- ✓ Usted debe apoyo de algún niño (child support)
- ✓ Usted vuelve a trabajo regular o modificado
- ✓ Usted o sus dependientes reciben beneficios de discapacidad de seguro social
- ✓ Usted recibe una pensión de su empleador o los beneficios de discapacidad fueron pagados todos o en parte, por su empleador

- ✓ Usted recibe compensación para la misma lesión por otro estado
- ✓ Usted recibe los beneficios de desempleo

Usted debe de avisar por escrito a la aseguradora de:

- ✓ El regreso a cualquier empleo
- ✓ Cualquier otra fuente de ingresos que podrían reducir los beneficios de compensación (por ejemplo, beneficios de discapacidad del Seguro Social).

Este aviso debe enviarse a la aseguradora o empleador mismo asegurado dentro de 20 días después de saber del pago. Si no informa a la aseguradora, puede resultar en la suspensión de sus beneficios.

## **¿QUÉ PASA SI VUELVO AL TRABAJO MEDIO TIEMPO?**

Si usted no puede volver al trabajo regular por causa de su lesión y usted vuelve a trabajo modificado con salarios reducidos, es elegible para recibir los beneficios de discapacidad parcial temporal (TPD). Estos beneficios se calculan a dos-tercios de la diferencia entre el promedio de su salario semanal en el momento de su lesión y sus ingresos de trabajo modificado, que no excede el máximo permitido por ley. Los beneficios parciales temporales continúan hasta el tiempo que:

- ✓ Usted regresa al trabajo, ganando sus salarios anteriores a la lesión.
- ✓ Su doctor autorizado le da un descargo por escrito para volver al trabajo modificado, su empleador le hace una ferta escrita de tal trabajo, y usted empieza o se niega a regresar al trabajo.



- ✓ Su doctor autorizado determina que usted ha alcanzado máxima recuperación médica (MMI). MMI quiere decir que la lesión o enfermedad que causa su discapacidad se ha vuelto estable y ningún tratamiento médico mejorará la condición

Si trabaja para una agencia temporal que contrata a las personas para trabajar con otros empleadores, usted es elegible para recibir solo una oferta escrita de trabajo modificado. Cualquier oferta futura no tiene que ser por escrito. La oferta de trabajo debe ser aprobada por su doctor. Le permiten, por lo menos, veinticuatro horas, no incluyendo Sábado, Domingo, o días festivos, para responder a la oferta de trabajo. Si usted no acepta la oferta de trabajo, pueden detener sus beneficios.

## **¿QUÉ PASA SI MIS PAGOS LLEGAN TARDE O SI DETIENEN MIS BENEFICIOS Y NO HE VUELTO A TRABAJAR?**

Si sus cheques llegan tarde o dejan de venir y usted piensa que deben continuar, avise al ajustador. Si no empiezan a pagarle de nuevo, y cree que le deben más beneficios, avise a la Unidad de Servicio al Cliente en la División de Compensación para Trabajadores.

Si el doctor le da permiso médico para volver a trabajar, pero no tiene trabajo, debe archivar un reclamo de desempleo dentro de cuatro semanas. Si no archiva dentro de cuatro semanas podría perder algunos o todos de sus beneficios de desempleo. Usted necesitará proporcionar una copia de su permiso médico para volver al trabajo a la Sección de Desempleo (Unemployment Insurance Section). Para archivar un reclamo, póngase en contacto con la Oficina de Asistencia del Desempleo, a las 303.318.9000, o fuera del Denver, a las 1.800.388.5515.

## **¿QUÉ PASA SI LA ASEGURADORA NO PAGA MIS BENEFICIOS CUANDO DEBE, SEGUN LA LEY?**

Usted puede pedir que la División de la Compensación imponga una multa a la aseguradora, si usted cree que no siguió la ley en pagar ciertos beneficios. Debe archivar su demanda dentro de un año de haber sabido que la aseguradora no siguió la ley, y que pudiera producir una multa. Se revisara su queja y obtendrá una copia de la decisión.

## **¿TIENE QUE DARME UN TRABAJO MI EMPLEADOR SI ESTOY LISTO PARAR REGRESAR AL TRABAJO?**

La ley no requiere que el empleador mantenga su trabajo disponible o crear uno nuevo para usted. Sin embargo, el empleador puede tener obligaciones bajo otras leyes federales o de otros estados.

## ***DISCAPACIDAD PERMANENTE Y LA ADMISIÓN FINAL DE OBLIGACIÓN***

### **¿ME PAGARAN SI TENGO UNA DISCAPACIDAD PERMANENTE O ALGUNA PÉRDIDA DE SUELDOS?**

Si usted es incapaz de recuperarse totalmente de su lesión, su doctor autorizado hará una evaluación para determinar si hay cualquier discapacidad permanente o lo referirá a un doctor que hará esta determinación. El doctor determinará primero si cualquier discapacidad funcional es el resultado de su lesión. Si hay discapacidad, el doctor asignará un porcentaje de discapacidad basada en "Las Guías de la Evaluación de Discapacidad Permanente", de la Asociación Médica Americana, tercera edición revisado (*Guides to the Evaluation of Permanent Impairment, Third Edition, Revised.*) Si la aseguradora

está de acuerdo con la valuación, ellos archivarán una Admisión Final de Obligación (*Final Admission of Liability*) y recibirá beneficios semanales por cierto tiempo como compensación por la discapacidad. La cantidad depende de su fecha de lesión y el tiempo depende de la cantidad total de dinero debida a usted según la ley.

Hay 3 clases de discapacidad permanente (permanent impairment)

*La Lista de Discapacidad* (scheduled impairment): Incluye la pérdida de función que afecta los dedos del pie, los pies, las piernas, los dedos, las manos, los brazos, los ojos, la visión o la sordera

*La Discapacidad de la Persona Entera* (whole person impairment): Incluye la pérdida de partes de cuerpo que afecta la función no mencionados previamente, tal como la espina dorsal, los pulmones y la discapacidad mental

*La Discapacidad Permanente y Total* (permanent total disability): la incapacidad de ganar cualquier salario

Excepto la discapacidad total permanente, pagos por discapacidad permanente no incluyen ninguna pérdida de salario que pueda haberse producido como consecuencia de la lesión o de la enfermedad.

Cualquier pago por la discapacidad permanente es basado en discapacidad funcional como definió el médico autorizado y normalmente se limita a la parte del cuerpo que es afectado.

Si usted tiene una cicatriz o desfiguración causada por la lesión, expuesto a la vista del público, puede tener derecho a un pago adicional por la desfiguración. El máximo que puede recibir por la desfiguración es

determinado por la fecha de la lesión y el grado de la desfiguración. Si usted tiene preguntas sobre los procedimientos por la desfiguración o la discapacidad permanente, puede llamar a la Unidad de Servicio al Cliente.

## **¿QUE ES UNA ADMISIÓN FINAL DE OBLIGACIÓN (FINAL ADMISSION OF LIABILITY)?**

La Admisión Final de Obligación es una declaración final de la aseguradora sobre lo que creen que se ha pagado o se le debe a usted. Esta admisión mostrará las cantidades pagadas por todos los beneficios que ha recibido, y cualquier otro beneficio que ellos planean pagarle en el futuro.

Si recibe una Admisión Final de Obligación (*Final Admission of Liability*) de la aseguradora, y no está de acuerdo con la Admisión Final, debe objetar por escrito a esta admisión **DENTRO DE 30 DÍAS**. Usted debe recibir una Objeción a la Admisión Final (*Objection to Final Admission of Liability*) adjunta a la Admisión Final. Si no recibe un formulario para la objeción, avise a la Unidad de Servicio al Cliente para obtener una forma. Llene el formulario o escriba una carta, dentro de 30 días, a la División, a 633 17th St., Suite 400, Denver, Colorado 80202-3660, y envíe una copia a la aseguradora o el empleador si es mismo asegurado y declare que usted objeta a esta Admisión Final de Obligación.

También tiene que hacer lo siguiente, si esto aplica a su reclamo:

1. Si tiene cualquier asunto/s que desea disputar, llene una Aplicación para una Audiencia Formal (*Application for Hearing*) y mándela por correo o entrégala, dentro de 30 días, a la Oficina de Cortes Administrativas; SIN EMBARGO
2. Si no está en acuerdo con la fecha de Máxima Recuperación Medica (MMI) o la determinación de discapacidad de persona entera\*, llene un Aviso y Propuesta para Seleccionar un Examinador Medico Independiente (*Notice and Proposal to Select An Independent Medical Examiner*), dentro de 30 días, y envíelo a la aseguradora. Tiene que proponer el nombre de uno o más doctores para dirigir el Examen Médico Independiente (IME), si uno ya no fue asignado por la División. Tiene que pedir un Examen Médico Independiente de la División antes de tener derecho a una audiencia formal.

\*Nota: Si usted no está de acuerdo con la determinación de discapacidad que está en la lista (scheduled impairment), puede avanzar directamente a una audiencia formal sin una evaluación independiente (IME), pero tiene que enviar o entregar una Aplicación para una Audiencia Formal a la Oficina de Cortes Administrativas dentro de 30 días calendarios de la fecha de la Admisión Final.

**Si usted no cumple con los requisitos y plazos mencionados, su caso se cerrará automáticamente acerca de los asuntos que fueron admitidos en la admisión final.**

## **¿QUE PASA SI NUNCA PUEDO TRABAJAR EN CUALQUIER TIPO DE TRABAJO?**

Si usted está permanentemente y totalmente incapacitado (permanent total disability) puede tener derecho a los beneficios de compensación para trabajadores de por vida. La cantidad semanal de esos beneficios es igual que la cantidad que recibiría de discapacidad total temporal. Esta cantidad semanal no cambia a lo largo de su vida. Sin embargo, el seguro social o una pensión de discapacidad pueden reducir los beneficios de la compensación.

## **¿SI SOY INCAPAZ DE VOLVER A MI TRABAJO, RECIBIRÉ AYUDA PARA ENCONTRAR OTRO TRABAJO?**

No es obligatorio que el empleador o la aseguradora le ayuden encontrar un trabajo, pero le pueden ofrecer beneficios de la rehabilitación profesional voluntariamente. Pueden exigirle que participe en una evaluación de rehabilitación profesional. Si usted rechaza una oferta de rehabilitación profesional o una oferta de empleo adecuado por parte del empleador, no tendrá derechos a los beneficios de discapacidad permanente y total.

# **EXÁMENES MÉDICOS INDEPENDIENTES DE LA DIVISIÓN**

## **¿QUÉ PASA SI NO ESTOY DE ACUERDO CON EL DOCTOR?**

Si usted no está de acuerdo con la opinión del doctor acerca del porcentaje de la discapacidad permanente o la fecha de máxima recuperación médica, puede pedir un Examen Médico Independiente (IME). Si está objetando a una Admisión Final de Obligación (*Final Admission of Liability*), debe enviar su objeción y proponer el nombre o los nombres de un médico acreditado en el Nivel II (Level II Accredited Physician) dentro de 30 días de la fecha de la admisión final. Esos médicos acreditados han recibido entrenamiento especial a través de la División de Compensación para Trabajadores para evaluar el porcentaje de la discapacidad permanente bajo la ley. El costo del examen es \$675.00 y es pagado por parte del solicitante que pide el Examen Médico Independiente (IME).

Lo siguiente es un resumen breve del proceso de IME.

1. El partido que pide el IME (solicitante) debe llenar el Aviso y Propuesta del Examinador Independiente (*Notice and Proposal for Independent Medical Examiner.*) El solicitante debe enviar este Aviso al otro partido. Si usted es el reclamante, el otro partido es el portador del seguro o la aseguradora. Si usted es el portador del seguro, el otro partido es el reclamante o el representante del reclamante, si es aplicable.

2. Los partidos tienen 30 días calendarios para negociar la selección del Examinador Independiente (médico que dirigirá el IME).

**El solicitante necesita obtener una Aplicación para el Examen Independiente (IME), forma WC77 (*Application for Division Independent Medical Examination*), durante este tiempo.**

3. Si los partidos están de acuerdo en el Examinador Médico Independiente, el solicitante debe fijar el examen rápidamente con el médico. El solicitante también debe llenar la Aplicación para IME y someterla a la División y al otro partido.
4. Si los partidos no están de acuerdo en el Examinador Independiente, o no contestan al Aviso y Propuesta, el portador del seguro tiene que completar el Aviso de Negociación de IME Fallada, (*Notice of Failed IME Negotiation*), la forma WC 165. Una copia debe ser enviada a la División y al reclamante.
  - a. El solicitante tendrá 30 días de la fecha en que fallaron a responder o llegar a un acuerdo, para someter una Aplicación para el Examen Independiente (IME), la Forma WC77. Dentro de 10 días calendarios de recibir la Aplicación, la División designará una lista de tres médicos calificados. Los partidos serán notificados por escrito de los nombres de los tres médicos.
  - b. Al recibir la lista de tres médicos, cualquiera de los partidos puede solicitar un resumen de divulgación, información financiera, relaciones de empleo o consultivas que alguno de los doctores en la lista pueden tener con las compañías de seguros o



empleadores mismo asegurados, o con el reclamante. El partido debe enviar su solicitud, por escrito, a la unidad de IME de la División con copia a la otra parte. La unidad IME de la División obtendrá la información de los médicos y la enviara a los partidos. Esta información puede utilizarse para ayudar a los partidos a decidir qué médico no seleccionar. Entonces el partido (solicitante) tiene 5 días para descalificar un nombre de la lista de 3-doctores y notificar al otro partido. El otro partido entonces tiene 5 días para hacer su descalificación y notificar a la unidad de IME de la División y al otro partido del nombre restante.

- c. Si ninguno de los partidos solicita la información de resumen de divulgación de los médicos en la lista, el partido solicitante tiene 7 días hábiles desde la fecha en que la lista de 3-médicos fue emitida para descalificar a un nombre de la lista y notificar al otro partido. El partido contrario entonces tendrá 5 días hábiles para descalificar otro nombre, y notificar a la unidad IME de la División del nombre restante.
- d. Una vez seleccionado el médico, el partido solicitante debe programar el examen IME con el médico seleccionado del IME dentro de 5 días hábiles de ofrecer/o recibir el aviso del nombre del médico y debe notificar a la División y al partido contrario de la fecha y hora del examen.
- e. Si los partidos no terminan este proceso en 15 días hábiles (este tiempo puede variar dependiendo si se solicita información de divulgación de los doctores), la División escogerá un nombre y notificara a los partidos.

5. La aseguradora debe someter archivos médicos al doctor y al otro partido, por lo menos, 14 días calendarios antes del examen.
6. Si el reclamante necesita un intérprete, debe notificar a la aseguradora por lo menos 14 días calendarios antes del examen.
7. El solicitante debe pagarle al médico del IME, por lo menos 10 días calendarios antes del examen.
8. El médico del IME esta requerido mandar, por correo, el reporte a los partidos y la División dentro de 20 días del examen.
9. Si el solicitante desea cancelar el proceso del IME, debe avisar la Unidad del IME de la División inmediatamente.

Si usted tiene cualquier pregunta, o necesita un Aviso y Propuesta para el Examinador Independiente (*Notice and Proposal to Select An Independent Medical Examiner*) y Aplicación para el Examen Independiente (*Application for Independent Medical Examination (IME)*), o cualquier otras formas, avise la Unidad de Servicio al Cliente en División de Compensación para Trabajadores.

## **¿QUÉ PASA SI NO PUEDO PAGAR EL COSTO DE UN IME?**

Si no puede pagar los \$675.00, el costo de un IME, puede pedir que un juez de la Oficina de Cortes Administrativas, (Office of Administrative Courts) determine si usted tiene los requisitos financieros para indigencia. El propósito es asegurar que no se impida a nadie a proseguir un reclamo para beneficios, debido a inhabilidad de pagar los costos requeridos.

Si usted es incapaz de pagar, debe archivar una Aplicación para la Determinación Indigente (*Application for Indigent Determination, WC035 IME*) dentro de 20 días después de someter el Aviso y Propuesta para el Examinador Independiente (*Notice and Proposal for Independent Medical Examiner*). Para más información o formas, comuníquese con la Unidad de Servicio al Cliente.

## **FATALIDADES**

### **¿QUÉ PASA SI ALGUIEN SE MUERE POR CAUSA DEL TRABAJO?**

Si hay una fatalidad en el trabajo, compensación para trabajadores proporciona pagos semanales a los sobrevivientes dependientes y hasta \$7,000 para los gastos funerarios. La cantidad semanal de beneficios de muerte se calcula de la misma manera que discapacidad total temporal, y los dos están sujetos a una tasa máxima. Los beneficios de la muerte son diferentes en que también hay un pago mínimo. Se hacen pagos de por vida para un esposo/a dependiente, o hasta que se case de nuevo. Si un esposo o esposa sobreviviente vuelve a casarse y no hay hijos dependientes, se pagara una suma global equivalente a dos años de beneficios (menos cualquier pago de suma global que ha recibido o una cantidad en exceso de lo que debía de recibir). Si hay niños dependientes, los beneficios del esposo/a se redistribuyen a los dependientes restantes. Cualquier niño dependiente (incluyendo uno a quien el apoyo del niño fue pagado o se debió) puede ser elegible para los pagos hasta edad 18, o hasta edad 21 si el niño es un estudiante tiempo completo. Si no hay ningún esposo o niño dependiente, otros parientes como un padre, abuelo, hermana o hermano, pueden ser elegibles para recibir los beneficios parciales. Estos beneficios parciales se pagan por seis años. Y finalmente, si el difunto está

bajo la edad de 21 y no tiene dependientes, el pago de \$15,000 es pagable a los padres del difunto. Todos estos beneficios serán reducidos por cincuenta por ciento de los beneficios de muerte recibidos por los dependientes a través del seguro social.

## ***PAGOS DE SUMA GLOBAL***

### **¿SI ME DAN BENEFICIOS PARA LA DISCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL, PUEDO RECIBIR EL DINERO EN UN SOLO PAGO EN VEZ DE PAGOS SEMANALES?**

Si usted recibe indemnización por la discapacidad parcial y permanente usted puede solicitar un pago automático de hasta \$10,000 suma global sin tener que renunciar a su derecho de procesar el reclamo para beneficios adicionales de discapacidad permanente. O, usted puede solicitar la cantidad máxima en suma global cual aplique a su reclamo. Si usted hace esto, usted será requerido aceptar la cantidad concedida de los beneficios de discapacidad parcial y permanente.

Siempre, cuando un pago de suma global se solicita, la cantidad global será reducida con un descuento de aproximadamente 4% al año. La Oficina de Gestión de Reclamos de la División de Compensación Para Trabajadores, está disponible para proporcionar cálculos de la cantidad global. Si usted ha sido concedido la clasificación de discapacidad total y permanente o con beneficios del dependiente, sus pagos semanales serán reducidos para justificar la cantidad global y el descuento. Si usted tiene cualquier pregunta, póngase en contacto con la unidad de Gestión de Reclamos de la División de Compensación Para Trabajadores.

## **LIQUIDACIÓN COMPLETA Y FINAL**

### **¿ES POSIBLE FINALIZAR MI RECLAMO?**

Puede liquidar todo o parte de su reclamo con su empleador o la aseguradora. Normalmente, el acuerdo implica rendir todos o algunos de sus derechos a los beneficios futuros de compensación incluyendo beneficios médicos, a cambio de un acuerdo sobre la cantidad de dinero. Si la cantidad es \$75,000 o más se enviará una notificación por escrito del acuerdo de liquidación a su empleador. Cualquier acuerdo debe ser sometido a la División de Compensación Para Trabajadores para su aprobación.

## **REABRIENDO UN RECLAMO**

### **¿PUEDO REABRIR MI RECLAMO DESPUÉS DE QUE ESTE CERRADO?**

Si cree que necesita más tratamiento médico o beneficios de la discapacidad temporal y su reclamo se ha cerrado, usted puede aplicar a la División para reabrir su reclamo. Puede someter una Petición Para Reabrir (*Petition to Reopen*) directamente con la aseguradora. Si la aseguradora se niega a reabrir el reclamo (o no responde) usted puede someter una aplicación para una audiencia con la Oficina de Cortes Administrativas. Esta petición se puede someter dentro de 6 años de la fecha de su lesión o 2 años de la fecha en que los últimos beneficios (temporal, permanente o dependiente) fueron debidos y pagables, cualquier tiempo sea más tarde. Si las fechas han pasado y sólo necesita el cuidado médico, no la discapacidad temporal, puede aplicar para reabrir su reclamo en cualquier momento dentro de 2 años de la fecha en que los últimos beneficios médicos fueron

debidos y pagables. Las únicas razones que puede utilizar para reabrir un reclamo son que se haiga producido un error, equivocación o un cambio en su condición.

Si su reclamo fue cerrado por un acuerdo escrito entre usted y la aseguradora, y dice que usted renunció o dejó su derecho para volver a abrir su reclamo, el acuerdo SÓLO puede volverse a abrir por motivo de fraude o error mutuo de hecho material. Si su reclamo se vuelve a abrir por más beneficios de discapacidad temporales, los pagos serán basados en sus salarios en el momento de la lesión original. Volviendo a abrir un reclamo no afectarán los pagos anteriores, a menos que la aseguradora vuelva a abrir el reclamo para recuperar pagos en exceso de los que usted debió haber recibido.

## **V. SERVICIOS DE LA MEDIACIÓN, CONFERENCIAS DE PREAUDIENCIA, CONFERENCIAS DE LIQUIDACIÓN, Y AUDIENCIAS FORMALES**

**¿SI NO ESTOY DE ACUERDO CON LA DECISIÓN DE LA ASEGURADORA, O SI SE NIEGA A PAGAR LO QUE CREO QUE ME DEBE, QUÉ PUEDO HACER?**

Si no puede resolver cualquier asunto o problema con el ajustador o su empleador, tiene el derecho de pedir una audiencia formal (formal hearing). Mientras espera por una audiencia formal, puede pedir una conferencia de pre audiencia (prehearing conference), o una conferencia de liquidación (settlement conference).

Utilizando esos servicios, puede alcanzar un acuerdo y evitar una audiencia formal. Si no puede resolver el asunto por acuerdo, todavía tiene el derecho de ir a una audiencia formal.

**¿QUE SON LAS CONFERENCIAS DE PREAUDIENCIA Y DE LA LIQUIDACIÓN COMPLETA Y FINAL?**

Una conferencia de pre audiencia es una audiencia informal realizada por un juez de ley administrativa. Puede programarse una conferencia pre audiencia por cualquiera de los partidos y todos los partidos están obligados a asistir. El propósito de una conferencia pre audiencia es generalmente para que un juez resuelva los problemas que deben ser decididos antes de que los partidos asistan a una audiencia formal. Por ejemplo, problemas que pueden resolverse en una conferencia de pre audiencia incluyen acceso a últimos registros médicos o las peticiones de la compañía de seguros/aseguradora

para que el trabajador lesionado viaje a otra ciudad para un examen, el aplazamiento de una audiencia o cambiar los temas para la audiencia. Un juez de conferencia pre audiencia no decidirá si un reclamo es compensable o cuánto el trabajador lesionado debe recibir en beneficios. Esos temas deben ser decididos en una audiencia ante La Oficina de Cortes Administrativas.

Una conferencia de acuerdo/liquidación puede ser solicitada por cualquiera de los partidos, pero no se hará a menos que todas las partes acuerden a participar. En una conferencia de acuerdo/liquidación, un juez de ley administrativa actuará como mediador imparcial ayudando a los partidos a resolver las cuestiones controvertidas en el caso. Durante una conferencia de acuerdo/liquidación el juez no tiene el poder para decidir cuestiones u ordenar a nadie a hacer nada. El caso se resolverá sólo si todos están de acuerdo.

Los partidos podrán también acordar para tener a un juez de ley administrativa de pre audiencia arbitrar (decidir) un caso. Los partidos presentarán sus pruebas ante el juez, quien decidirá el caso. No está permitida la apelación.

Tanto conferencias pre audiencia y conferencias de liquidación pueden realizarse por teléfono.

Cualquier persona que necesite más información sobre servicios de mediación, conferencias pre audiencias, conferencias de liquidación o arbitraje debe llamar a La Unidad de Servicio al Cliente de la División.



## ¿QUE ES UNA AUDIENCIA FORMAL?

La audiencia formal es un procedimiento formal y legal donde un juez de la ley administrativa decide si los beneficios deben ser pagados, conjunto con otros asuntos disputados en el sistema de la compensación para trabajadores. Los partidos pueden presentar evidencia, incluyendo los documentos y el testimonio jurado de testigos. Un reportero judicial hace un registro de la audiencia. No hay ningún jurado. No hay costo por la audiencia. Puede producir una decisión desfavorable, un retraso en una decisión, o el despido de su reclamo, por una falta de asistir.

Para pedir una audiencia, tiene que presentar una Aplicación para Audiencia (*Application for Hearing*) con la Oficina de Cortes Administrativas (Office of Administrative Courts) y debe enviar una copia a la aseguradora. Puede solicitar este formulario del Registro Tribunal (Adjudication Docket). Si usted califica para una audiencia expedita, su audiencia se fijará dentro de 45 días de la fecha de la aplicación. Todas las otras audiencias se fijan entre 80-120 días. La Oficina de Cortes Administrativas (Office of Administrative Courts) tiene dos oficinas del Registro Tribunal, uno en Denver y uno en Grand Junction. Puede pedir una audiencia en Denver, Boulder, Colorado Springs, Durango, Fort Collins, Glenwood Springs, Gran Junction, Greeley o Pueblo. Llame a la Oficina de Cortes Administrativas (Office of Administrative Courts) para información actual sobre los locales.

## ¿QUÉ PASA DESPUÉS DE MI AUDIENCIA?

Un juez de la ley administrativa tomará una decisión basada en los hechos de su caso, y como la ley aplica a los hechos. La decisión escrita, que se llama una orden, contendrá Determinaciones de los Hechos y Conclusiones de la Ley y se mandará por correo, a todos los partidos.

## ¿SI NO ESTOY DE ACUERDO CON LA DECISIÓN DEL JUEZ, QUÉ PUEDO HACER?

Si no cree que el juez hizo una decisión correcta basada en la ley y los hechos de su caso, y quiere apelar debe seguir el procedimiento que se llama una apelación. La orden mandada por correo a usted proporciona información de cómo apelar. Si usted no sigue los procedimientos exactamente como se explica, dentro los días definidos, su apelación puede despedirse, y la decisión del juez será final. Póngase en contacto con la Oficina de Cortes Administrativas (Office of Administrative Courts) para información con respecto a las apelaciones.

Para apelar, debe archivar una Petición para Repasar (*Petition to Review*) DENTRO DE 20 DÍAS a partir de la fecha de cual se le envió la orden por correo. Puede obtener una petición de muestra de la Oficina de Cortes Administrativas (Office of Administrative Courts). Archive la Petición para Repasar a la Oficina de Cortes Administrativas (Office of Administrative Courts) indicada en la orden, y mande por correo una copia al abogado de la aseguradora.

En la mayoría de los casos, usted necesitará confiar en las transcripciones (transcripts) de audiencias para la Petición para Revisar. Usted debe pedir una copia de la transcripción escrita de la audiencia. Para hacer esto, hay que escribir, o avisar, al reportero judicial y pedir

la transcripción en el momento que archiva su Petición para Revisar. Usted debe pagarle al reportero judicial por esto. Si usted no puede pagar para la preparación de una transcripción, puede pedir que la División pague por él. Le exigirán que llene una aplicación para consideración del Director.

## **¿Y LUEGO QUÉ PASA?**

Cuando la transcripción se hace, o si ninguna transcripción se pide, una carta se enviará a los partidos dando notificación acerca de los límites de tiempo para archivar informes. Si tiene abogado, una copia de esta carta no se le enviará a usted, se le enviará a su abogado. Un informe es una declaración detallada dando las razones por cuales se opone a la orden que dio el juez y que evidencia apoya su decisión. El juez que escribió la decisión recibirá el archivo después de que los partidos archiven sus informes. Este juez puede escribir otra decisión basada en su apelación, o puede enviar su archivo al Panel de Apelaciones de Reclamos Industriales (Industrial Claim Appeals Panel) para su revisión.

El Panel de Apelaciones de Reclamos Industriales (Industrial Claim Appeals Panel) revisará su caso y la orden del juez y tomará su decisión. Tiene 60 días de la fecha que recibe su archivo para hacer esto. Una copia escrita de la decisión se mandará por correo a todos los partidos.

Si usted no está en acuerdo con esta decisión, puede apelar a la Corte de Apelaciones de Colorado (Colorado Court of Appeals) dentro de 20 días. Póngase en contacto con la Oficina de Apelaciones de Reclamos Industriales (Industrial Claim Appeals Panel), para el proceso exacto,

a 633 17th St. Suite 600, Denver, Colorado 80202-3660, (303) 318.8131. Pueden apelarse casos de la Corte de Apelaciones de Colorado a la Corte Suprema (Supreme Court). La Corte Suprema tiene el derecho de negarse a escuchar su apelación.

## **¿NECESITO UN ABOGADO?**

Puede consultar o contratar a un abogado en cualquier momento durante su caso. Tiene el derecho de tomar esa decisión. La ley y los procedimientos de compensación pueden ser complicados. Un abogado puede ayudarle con consejo legal, investigación de su reclamo, la producción de testigos para una audiencia formal, la conducta de su audiencia, y comunicación con el abogado de la aseguradora. Si planea contratar un abogado, debe ver uno a tiempo para ayudarle a decidir si debe aplicar para una audiencia o conferencia y permitir para preparación apropiada.

La mayoría de abogados toman casos de compensación según un cargo de contingencia. Esto significa que el abogado tomará una parte del dinero adjudicado a usted. El cargo de un abogado de 20% de la cantidad en disputa, o menos, es considerado razonable en casos que no se apelan.

Usted puede solicitarle al Director que evalúe la razonabilidad de cualquier cargo que crea ser excesivo.

## **¿SI DECIDO NO CONTRATAR UN ABOGADO, QUÉ PASARÁ?**

Tendrá que representarse, o tener otro representante, a cualquier mediación, conferencia de pre audiencia, o audiencia formal y será responsable para archivar todos los papeles necesarios. La División le dará información sobre sus derechos generales y responsabilidades, el proceso de compensación, los beneficios que están disponibles, las formas para archivar y cómo llenarlas. Sin embargo, la División NO PUEDE dar consejo legal o contestar preguntas legales que tenga sobre su reclamo.

## **VI. OFICINAS DIRECCIONES NÚMEROS DE TELÉFONO**

### **DIVISIÓN DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES (DIVISION OF WORKERS' COMPENSACIÓN)**

633 17th Street, Suite 400  
Denver, CO 80202-3660

#### **Oficina de Servicio al Cliente (Customer Service Unit)**

Si tiene preguntas o necesita información, llame a  
303.318.8700

Sin peaje a 1.888.390.7936

#### **Special Funds Unit Major Medical, Subsequent Injury, and Medical Disaster Funds**

Sin peaje 1.800.453.9156

Página de internet: <http://www.colorado.gov/cdle/dwc>

### **OFICINA DE CORTES ADMINISTRATIVAS (OFFICE OF ADMINISTRATIVE COURTS)**

1525 Sherman St, 4th Floor  
Denver, CO 80203-1714

Registro Tribunal  
(Adjudication Docket)  
303.866.5881

### **OFICINA DE CORTES ADMINISTRATIVAS (OFFICE OF ADMINISTRATIVE COURTS)**

222 South 6th, #414  
Grand Junction, CO 81501  
Registro Tribunal y Información  
(Adjudication Docket and Information)  
970.248.7340

## VII. PUBLICACIONES

La División de Compensación Para Trabajadores le ofrece una variedad de materiales al público con respecto al sistema que administra. Las publicaciones están disponibles en la Página de Internet (Web Page) de la División o pueden ser pedidas llamando a la Oficina de Servicio al Cliente.

- ✓ Workers' Compensation Guide for Employees
- ✓ Workers' Compensation Guide for Employers
- ✓ Workers' Compensation Guide for Adjusters
- ✓ Essentials of the Workers' Compensation Premium Cost Containment Program and Employer Certification
- ✓ Workers' Compensation Loss Prevention and Loss Control Program Manual
- ✓ Self-Insurance Information and Application
- ✓ Workers' Compensation Act (En Inglés)
- ✓ Workers' Compensation Insurance Requirements for Employers El permiso se concede para reproducirse esta publicación en condición que ninguna parte de esta publicación sea altera o sea modifica.





# NOTAS





**COLORADO DEPARTMENT OF LABOR & EMPLOYMENT**  
**Division of Workers' Compensation**  
**633 17th Street, Suite 400**  
**Denver, CO 80202-3626**

**M300300046**