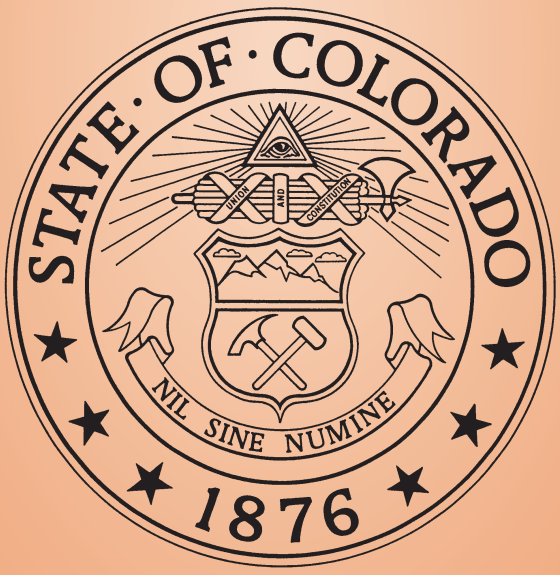
DEPARTAMENTO DE LABOR Y EMPLEO DE COLORADO
COLORADO DEPARTMENT OF LABOR & EMPLOYMENT

División de Compensación Para Trabajadores
Division of Workers' Compensation

GUÍA PARA TRABAJADORES



Febrero 2008

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.coworkforce.com/DWC/

GUÍA DE LA COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES

LISTA DE VOLÚMENES

I. INTRODUCCIÓN 1

II. INFORMACIÓN GENERAL 3

¿Qué es la compensación para trabajadores?
¿Cuales empleadores deben tener este seguro y cómo lo consiguen?
¿Quién esta cubierto por este seguro?
¿Quién no esta cubierto por este seguro?
¿Quiénes son los contratistas independientes y deben tener seguro?

III. CUANDO UNA LESIÓN OCURRE 6

¿Qué debo hacer cuándo me lastimo?
¿Oué debe hacer mi empleador cuando recibe notificácion que me lastimé?
¿Qué es el siguiente paso?
¿Qué pasa si mi reclamo es aceptado?
¿Qué pasa si es negado?
¿Qué pasa si mi empleador no hace un reportaje a la aseguradora acerca de mi lesión?
¿Qué puedo hacer si mi empleador no tiene seguro?

IV. BENEFICIOS 9

✓ Beneficios médicos 9

¿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?

✓ Compensacion-Beneficios de Invalidez Temporal 11

¿Me pagarán por tiempo faltado del trabajo?
¿Por cuánto tiempo recibiré los beneficios de invalidez temporal?
¿Cuánto me pagarán?
¿Pueden rebajar mis beneficios?
¿Qué pasa si vuelvo a trabajo parte de 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, segun la ley?
¿Tiene que darme un trabajo mi empleador si estoy listo para regresar al trabajo?
✓ Incapacidad Permanente y la Admisión Final de Obligación.... 16
¿Me pagan si tengo una incapacidad permanente o alguna perdida 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 Medicos Independientes 19
¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con el doctor?
¿Qué pasa si no puedo pagar el costo de un IME?
✓ Fatalidades 21
¿Qué pasa si alguien se muiere por causa del trabajo?
✓ Pagamientos de Suma Global. 22
¿Si me dan beneficios para la incapacidad permanente, puedo consiguir el dinero en un solo pago en vez de los pagos semanales?
✓ Liquidación Completo y Final. 22
¿Es posible finalizar me reclamo?
✓ Reabriendo un Reclamo..... 23
¿Puedo reabrir mi reclamo después de que está cerrado?
V. SERVICIOS DE LA MEDIACIÓN, CONFERENCIAS DE PREAUDENCIA CONFERENCIAS DE LIQUIDACIÓN, AUDENCIAS FORMALES..... 24
¿Si no estoy de acuerdo con una decisión de la aseguradora, o si se niega a pagar beneficios que creo que me debe, qué hago yo?
¿Qué servicios de la mediación están disponibles?
¿Qué son las conferencias de preaudiencia y de la liquidation completo y final?
¿Qué es una audiencia formal?
¿Qué pasa después de mi audencia?
¿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, DIRECCIÓNES Y NÚMEROS deTELÉFONO..... 29
VII. PUBLICACIÓNES 30

I. INTRODUCCIÓN

Cada estado tiene sus propias leyes con respecto a la compensación de trabjadores'. La información en este folleto es información general sobre el sistema de compensación para trabjadores 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 companías de seguros privados (Aseguadoras). 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 manejan reclamos correctamente

La División tiene una Oficina de Informacion y Asistencia (Customer Service) para ayudarle con información y ellos mantienen un archivo en su caso, si ha faltado tiempo de trabajo o su invalidez fue lo resultado de la lesion. Usted puede entrar cualquier día comercial, Lunes a Viernes, sin una cita, para repasar su archivo y hacer preguntas acerca de su caso. Vea Página 29 para información del 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 La Oficina de Informacion y Asistencia sobre los beneficios para su fecha de lesión.

Si usted se lastima en el trabajo, debe saber que formolario necesita para archivar su reclamo correctamente y dentro de un horario especifco. Debe seguir todas las reglas y procedimientos o no podra conseguir todos los beneficios que pueda tener derecho legal para recibir.

Hay más de 495 seguros privados que ofrecen seguro a los empleadores. La División es una agencia estatal administrativa y no es una aseguradora.

Puede conseguir una copia del Acto de Compensación Para Trabajadores de Colorado (The Colorado Workers' Compensation Act) accediendo el website de la División o avisando al Oficina de Informacion y Asistencia. Las formas de la división están disponibles en Microsoft Word y Adobe Acrobat en nuestro website: **http://coworkforce.com/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 invalidez temporal para los empleados que son lastimados en el trabajo o desarrollan enfermedades ocupacionales. También puede proporcionar beneficios para la incapacidad permanente para aquéllos que califican. No hay ningún pago para 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 invalidez 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, con uno o más empleados son requeridos por ley para proporcionar a los empleados seguro de compensación. Puede comprarse de cualquiera aseguradora que sea autorizada. Si un empleador no mantiene o se niega obtener seguro de la compensación como requerido por ley, el Director de la División tiene autorización para imponer multas, o emitir una orden de la cesación el y desistir contra el negocio 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 mismo-asegurado y pagar sus propios beneficios.

Un contratista tiene la responsibilidad de conseguir seguro para todos los empleados del subcontratante a menos que el subcontratante ha obtenido seguro de compensación

para sus empleados.

¿QUIÉN ESTA CUBIERTO POR ESTE SEGURO?

La mayoría de empleados, incluyendo los empleados que trabajan jornadas completas y incompletas, 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 del fondo obligatorio bajo del Acto de la Compensación Para Trabajadores.

- ✓ Cierto mantenimiento casual o trabajo de reparación realizaron para un negocio bajo $2,000 por el año de calendario
- ✓ Cierto trabajo doméstico, mantenimiento o trabajo de reparación para un dueño de casa privado que no se hace de jornada completa
- ✓ Los agentes del bienes raíces autorizado y corredores que trabajan por comisión
- ✓ Contratistas independientes que realizan específicamiente para-contratan trabajos de transporte
- ✓ Chóferes bajo un acuerdo del arriendo con un común o portador del contrato
- ✓ Cualquier persona que ofrece tiempo o servicios para un operador de área de esquí
- ✓ Personas que proporcionan servicios de anfitrion de casa como parte de servicios residenciales y apoyos
- ✓ Empleados federales (cubridos bajo las leyes federales)
- ✓ Empleados de Ferrocarril (cubridos 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 acorta para completar un proyecto específico para otro negocio por un precio fijo. El contratista independiente debe ser:

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

Aunque un negocio y un contratista independiente pueden ayudar 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 trabjadores.

Es posible que los empleados que califican como contratistas independientes no puedan reclamar beneficios de compensación a menos que ellos han comprado seguro de la compensación para si mismos. Si un contratista independiente ha decidido no obtener este seguro y se daña en un trabajo de contrato, la cantidad del máximo de recuperación en corte civil contra el contratista general es $15,000 en daño y perjuicios. Si usted tiene preguntas sobre contratistas independientes, llame a la Oficina de Informacion y Asistencia .

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 inmediatamente para prevenir su muerte o daño serio. En todos los otros casos, notifica a su empleador o supervisor, verbalmente y por escrito, que usted se ha dañado antes de obtener cualquier cuidado médico. Debe informarse 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 a la compensación de un día para el retraso de cada día, si su empleador ha puesto un anuncio escrito que explica que esto es requirido. 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 requirido 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 compañía de su seguros dentro de diez días de su lesión. Esto empieza su reclamo para la compensación.

¿QUÉ 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 incapacidad permanente, o muerte, la aseguradora tiene 20 días después del recibo del reporte del empleador (o si no fue recibido, cuando hubiera ser recibido) por la división, para notificarle si va a tomar responsibiliad por su reclamo y pagarle los 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 del teléfono en el aviso que usted recibe. Si no ha faltado tres días de trabajo por causa de su lesión, la aseguradora no es obligada a mandarle una decisión escrita. Usted debe avisarle al 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 pagando por 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 esta incapaz de ganar. 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 una reclamo si el ajustador tiene razón para creer que la lesión no es relacionado al trabajo o si cree que ellos no tienen información completa y una investigación extensa es necesaria. Si esto pasa, debe avisar el ajustador de la aseguradora para discutir la decisión. Tal vez, usted podra tener 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 por fondos 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 Preaudiencia y Liquidación, y Audencias Formales en la Sección V.)

Si su reclamo es negado y usted quiere pedir una Audiencia Expediente (Expedited Hearing), debe archivar una Aplicación por 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, Oficina de Informacion y Asistencia (Customer Service), para obtener una forma que se llama Reclamo Para Trabajadores (Workers' Claim), o llame al Oficina de Informacion y Asistencia para solicitar que la forma sea mandada por correo a usted. También está disponible en el website de la División a: **http://coworkforce.com/DWC/** Guarde una copia y envíe una a The Division of Workers' Compensation, 633 17th Street, Suite 400, Denver, CO 80202-3626. Despues de que la División reciba su reclamo, se enviará una copia a la aseguradora con una carta que pregunta si admitirá responsibilidad y si va a pagarle beneficios. Recibirá una copia de la carta que indicará al número de su reclamo de compensación (WC #). Debe usar este número de reclamo cualquier tiempo que avisa 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, no podra conseguir beneficios.

¿QUÉ PUEDO HACER SI MI EMPLEADOR NO TIENE SEGURO?

Si su empleador no tiene seguro, usted puede archivar un Reclamo Para Trabjadores (Workers' Claim) como explicado en la sección precediendo. Si determinen que usted es eligible 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, Oficina de Informacion y Asistencia para informarse, aunque no ha 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. No tiene que pagar la diferencia entre lo que ha cobrado 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 una cuenta por servicios médicos autorizados, debe remitirselo a la aseguradora con el número de reclamo. La aseguradora es requirida 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 Oficina de Informacion y Asistencia si necesita ayuda.

Si usted recibe cuidado de 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 tambien, 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, llama su ajustador primero para ver si necesita más información. Si la aseguradora todavía niega pago, vea la Mediación, Preaudiencia, Conferencias de Liquidacion 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 seleción a sus empleados. Si su empleador tiene una lista de médicos aprobados (designated provider list), usted puede designar un médico proveedor entre ellos.

Si su empleador no escoge un proveedor médico antes o en el momento de la lesión, usted puede escoger su propio médico. Durante el curso del reclamo, la aseguradora puede pedir que usted sea examinado por otro doctor de su opción, a su gasto. 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 hace, y no cree que tienen razón, puede pedir una mediación o una conferencia de Preaudiencia para ayudar resolviéndose la disputa sin una audiencia formal, o puede pedir una audiencia formal. Vea la Mediación, Preaudiencia, Conferencias de Liquidacion Completo y Final y Audiencias Formales en la Sección V, para más información.

¿PUEDO CAMBIAR DOCTORES?

Puede pedir permiso para cambiar doctores y su pedida 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 una forma debe ser completada, firmada y proporcionada a los médicos corrientes/actuales y futuros y al representante designado en la lista. Puede ponerse en contacto con la División o a 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 esta en acuerdo con la decisión de la aseguradora, vea la Mediación, Preaudiencia, Conferencias de Liquidacion 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 resolverse la situación con la aseguradora.

Si esos esfuerzos fallan, los servicios siguentes son disponibles, sin costo:

- ✓ Información de La Oficina de Información y Asistencia de la División de Compensación para Trabajadores
- ✓ Una Mediación en la División de Compensación Para Trabajadores.
- ✓ Una Conferencia de Preaudiencia antes un juez administrativo de la División de Compensación Para Trabajadores
- ✓ Una Audiencia Formal antes un juez de la ley administrativa en la Office of Administrative Courts
- ✓ Una Revisión de Utilización del cuidado médico que usted ha recibido. Se cobran para los costos de un tablero de médicos para repasar su caso

Se describen mediación, conferencias del preaudiencia, y audiencias formales en Sección V. Para información con respecto al Proceso de Revisión de Utilización, avise al Oficina de Informacion y Asistencia.

COMPENSACIÓN

BENEFICIOS DE INVALIDEZ TEMPORAL

¿ME PAGARÁN POR TIEMPO FALTADO DE TRABAJO?

Si usted falta más de tres cambios, 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 del cuatro (4) cambio, 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 invalidez temporal y se pagan por la aseguradora.

¿POR CUANTO TIEMPO RECIBIRÉ LOS BENEFICIOS DE LA INVALIDEZ TEMPORAL?

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

- ✓ Usted regresa al trabajo regular o modificado
- ✓ Su doctor autorizado le da alta en escrito para volver al trabajo regular
- ✓ Su doctor autorizado le da un descargo 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 se ha mejorado al nivel médica máximo (MMI). MMI quiere decir que la lesión o enfermedad que causa su invalidez se ha vuelto estable y ningún tratamiento . médico mejorará la condición

Si trabaja para una agencia temporal que contrata a las personas trabajar para otros empleadores, usted es eligible 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 incluso 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 invalidez temporal cada 2 semanas durante el tiempo que usted es incapaz de trabajar. Se explican beneficios de invalidez parcial en la Sección, *"¿Que Pasa si Vuelvo al Trabajo Parte de Tiempo?"*

¿CUANTO ME PAGARÁN?

Sus beneficios serán dos-terceros de su salario semanal promedio (AWW) hasta el máximo permitidopor ley en la fecha de su lesión. Usted puede llamar a la Oficina de Informacion y Asistencia con cualquier pregunta sobre el salario seminal promedio. El salario semanal promedio incluye: ingresos brutos, comisiones, horas extraordinarias, las propinas y el reembolso para gastos informados al IRS, tabla razonable, valor de renta, el albergue y alojando, y el costo del empleado para continuar el plan de salud del seguro de grupo del empleador.

Con tal de que el empleador continúe pagando cualquiera de los beneficios, el valor de esos beneficios no son incluyidos en la cómputación de salario por su salario seminal promedio. Si usted pierde salario de otro trabajo que mantuvó al mismo tiempo y fue el resultado de su lesión, el salario del segundo trabajo también puede ser incluido en su salario seminal promedio.

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. 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 esta presente en su caso:

- ✓ Usted, intencionalmente no utilizó un aparato de seguridad
- ✓ Usted, intencionalmente no obedeció una regla de seguridad razonable
- ✓ Usted, intencionalmente desenganó a su empleador sobre su habilidad física de hacer el trabajo
- ✓ Su lesión fue el resulto del uso de drogas o alcohol
- ✓ Usted debe apoyo de algun niño (child support)
- ✓ Usted vuelve a trabajo regular o modificado
- ✓ Usted o sus dependientes reciben beneficios de invalidez de seguro social
- ✓ Usted recibe una pensión de su empleador o los beneficios de invalidez fueron pagados todos o en parte, por su empleador
- ✓ Usted recibe compensación para la misma lesión por otro estado
- ✓ Usted recibe los beneficios de seguros de desempleo

La reducción de beneficios es basada en las circunstancias individuales. Su empleador o la aseguradora tiene el derecho de pedir que usted solicite beneficios de invalidez de seguro social.

Usted debe de avisar en escrito a la aseguradora de:

- ✓ Un retorno a cualquier empleo
- ✓ Cualquier pago del seguro social, pensión o invalidez
- ✓ Cualquier otra fuente de ingreso que podría reducir beneficios de la compensación

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

¿QUÉ PASA SI VUELVO A TRABAJO PARTE DE 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 recibir los beneficios de invalidez parcial temporal (TPD). Estos beneficios se calculan a dos-terceros de la diferencia entre su salario semanal en el momento de su lesión y sus ingresos de trabajo modificado, que no excede un máximo permitido por ley. Los beneficios parciales temporales continúan hasta el tiempo que:

- ✓ Usted regresa al trabajo, ganando a sus salarios antes de su lesión.
- ✓ Su doctor autorizado le da un descargo escrito para volver al trabajo modificado, su empleador le hace una oferta escrita de tal trabajo, y usted empieza o se niega a regresar al trabajo.
- ✓ Su doctor autorizado determina que usted alcanzó máximo mejora médica (MMI). MMI quiere decir que la lesión o enfermedad que causa su invalidez se ha vuelto estable y ningún tratamiento médico extensomejorará la condición

Si trabaja por una agencia temporal que contrata a las personas para trabajar con otros empleadores, usted es eligible 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 incluso 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.

¿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 el ajustador. Si no empieza pagándolo de nuevo, y cree que le debe más beneficios, avise la Oficina de Informacion y Asistencia en la División de Compensación para Trabajadores.

Si el doctor le da permiso medico 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 descargo del retorno a trabajo a la Sección de Desempleo (Unemployment Insurance Section). Para archivar un reclamo, pongase 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 archivarse su demanda dentro de un año de haber sabido que la aseguaradora no siguió la ley, y que pudiera producir una multa. Usted puede dirigir su queja a The Division of Workers' Compensation, Carrier Practices Unit, 633 17th St., Suite 400 Denver, Colorado 80202-3626. Se repasará su queja y usted conseguirá 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 abierto o crea uno nuevo para usted. Sin embargo, el empleador puede tener obligaciones a usted bajo las leyes federales o de otros estados.

INCAPACIDAD PERMANENTE Y LA ADMISIÓN FINAL DE OBLIGACIÓN

¿ME PAGAN SI TENGO UNA INCAPACIDAD PERMANENTE O ALGUNA PÉRDIDA DE SUELDOS?

Si es incapaz de recuperar totalmente de su lesión, su doctor autorizado hará una evaluación para determinar si hay cualquier incapacidad permanente o lo referirá a un doctor que hará esta determinación. El doctor determinará primero si cualquier incapacidad funcional es el resulto de su lesión. Si hay incapacidad, el doctor asignará un porcentaje de incapacidad basada en "Las Guías de la Evaluación de Incapacidad Permanente", de la Asociación Médica Americana, tercera edición revisó (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 para la invalidez. 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 incapacidad permanente (permanent impairment)

La lista de incapacidad (scheduled impairment): Incluyendo la pérdida de la 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 incapacidad de la persona entera (whole person impairment): Incluyendo la pérdida de partes de cuerpo que afecta la función no listó en el horario arriba, tal como la espina dorsal, los pulmones y la incapacidad mental

La incapacidad permanente y total (permanent total disability): la incapacidad para ganar cualquiera emprende

El pago por la incapacidad permanente, salvo invalidez permanente y total (permanent total disability), no incluye cualquier perdida del salario que puede haber ocurrido como el resultado de la herida o la enfermedad. Cualquier pago por la incapacidad permanente es basado en incapacidad 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 para la desfiguración hasta $2,000, si el accidente ocurrió antes del 1 de Julio, 2007, y hasta $4,000 para los accidents que se occurran el 1 de Julio, 2007, o después. El máximo que puede recibir para la desfiguración extensa es $8,000 para heridas sostenidas en o después del 1 de Julio, 2007. Si usted tiene preguntas sobre los procedimientos por la desfiguración o la incapacidad permanente, puede llamar a la Oficina de Informacion y Asistencia.

¿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 ha pagado o ha debido 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 esta 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) atada a la Admisión Final. Si no recibe una forma de la objeción, avise a la Oficina de Informacion y Asistencia para obtener una forma. Rellene la forma o escriba una carta, dentro de 30 días, a la División, a 633 17th St., Suite 400, Denver, Colorado 80202-3626, y envie una copia a la aseguradora o el empleador del 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 cualquieras asuntos disputados, complete una Aplicación para una Audencia Formal (Application for Hearing) y mandela por correo o entregela, dentro de 30 días, a la Office of Administrative Courts, 633 17th St., Suite 1300, Denver, CO 80202-3626; SIN EMBARGO

2. Si no esta en acuerdo con la fecha de Máximo Mejora Médica (MMI) o la determinacion de incapacidad de persona entera, complete un Aviso y Propuesta para Seleccionar un Examinador 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 un Examen Independiente

(IME), si uno ya no fue dirigido por la División. Tiene que pedir un Examen Independiente de la División antes de tener derecho a una audencia formal.

*Nota: Si usted no esta de acuerdo con la determinación de incapacidad que esta en la lista (scheduled impairment), puede avanzar directamente a una audencia formal sin una evaluación independiente (IME), pero tiene que enviar o entregar una Aplicación para una Audencia Formal a la División de Audencias Administrativas dentro de 30 días calendarios de la fecha de la Admisión Final.

Si no sigue los requisitos y horarios listados, su caso se cerrará automáticamente acerca de los asuntos que eran admitidos en la admisión final.

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

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

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

No es exigido que el empleador o la aseguradora le ayuden encontrar un trabajo, pero puede ofrecer beneficios de la rehabilitación profesional voluntariamente. Pueden exigirle que participe en una evaluación de rehabilitación profesional. Si usted rechaza a una oferta de rehabilitación profesional o una oferta de empleo conveniente por su empleador, no tendra derechos a los beneficios de invalidez permanente y total.

EXÁMENES MÉDICOS INDEPENDIENTES

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

Si usted discrepa con la opinión del doctor acerca del porcentaje de la invalidez permanente o la fecha del máximo mejoramiento médico, puede pedir un Examen 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 invalidez permanente bajo la ley. El costo del examen es $675.00 y es pagado por el partido que pide al IME.

Lo siguiente es un resumen breve del proceso de IME.

1. El partido que pide el IME (solicitor) debe completar el Aviso y Propuesta del Examinador Independiente (Notice and Proposal for Independent Medical Examiner.) El solicitor 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 aplicable.

2. Los partidos tienen 30 días calendarios para negociar la selección del Examinador Independiente (médico que dirigirá el IME). El solicitor 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 solicitor debe fijar el examen rápidamente con el médico. El solicitor también debe completar la Aplicación para IME y sometela a la División y el 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 Negociation), la forma WC 165. Una copia debe ser enviada a la División y el reclamante.

a. El solicitor tendrá 30 días de la fecha en que fallaron a responder o llegar a un acuerdo, para someterse una Aplicación para el Examen Independiente (IME), la Forma WC77. Dentro de 10 días calendarios de recibir la Aplicación, la División designará un entrepaño (lista) de tres médicos calificados. Los partidos serán notificados en la escritura de los nombres de los tres médicos.

b. El solicitor tiene 7 días hábiles para remover un nombre de la lista y notificar el otro partido. El partido opuesto entonces tiene 5 días hábiles para remover otro nombre, y avisar la Sección del IME de la División y el solicitor del nombre restante. El solicitor debe fijar una cita para el examen con el médico escogido de IME dentro de 5 días hábiles de proporcionar y/o de recibir el nombre del médico, y debe notificar la División y el partido opuesto de la fecha y el tiempo del examen.

c. Si los partidos no completan este proceso en 15 días hábiles, la División escogerá un nombre y notificará los partidos. Dentro de 5 días hábiles de la selección de médico, el solicitor debe telefonear al médico y fijar una cita para el examen y entonces notificar la División y el partido opuesto de la fecha y el tiempo del examen.

5. La aseguradora debe someter archivos médicos al doctor y al otro partido, por lo menos, a 4 días calendarios antes del examen.

6. Si necesita un intérprete, el reclamante debe notificar el portador del seguro por lo menos a 14 días calendarios antes del examen.

7. El solicitor debe tener el pago al médico del IME, por lo menos, a 10 días calendarios antes del examen.

8. El médico del IME esta requirido mandar, por correo, el reporte a los partidos y la División dentro de 20 dias del exámen.

9. Si el solicitor desea cancelar el proceso del IME, debe avisar la Sección 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 Oficina de Informacion y Asistencia en División de Compensación para Trabajadores.

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

Si es incapaz de pagar el $675.00 costo de un IME, puede pedir que un juez de la División Administrativa de Audencias Formales, (Division of Administrative Hearings) 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 incapacidad 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 mas información o formas, avise al Oficina de Informacion y Asistencia.

FATALIDADES

¿QUÉ PASA SI ALGUIEN SE MUIERE POR CAUSA DEL TRABAJO?

Si hay una fatalidad en el trabajo, compensación para trabajadores proporciona pagos semanales al los sobrevivientes dependientes y a un máximo de $7,000 para los gastos fúneales. La cantidad semanal de beneficios de muerte se calcula de la misma manera que invalidez total temporal, y los dos están sujeto a un pago máximo. Los beneficios de la muerte son diferentes en que también hay un pago mínimo Se hacen pagos para la vida de un esposo dependiente, o hasta que se case de nuevo. Si un esposo o esposa sobreviviente vuelve a casarse y no hay ningún niño dependiente, un pagamiento de suma global igual del dos años de beneficios (menos cualquier pagamiento de suma global que ha recibido o una cantidad en exceso de lo que debia de recibir). Si hay niños dependientes, los beneficios del esposo se redistribuyen entre las personas a cargo 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 jornada completa. Si no hay ningún esposo o niño dependiente, otros parientes como un padre, abuelo, hermana o hermano, pueden ser elegibles para recibr 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 están reducidos por cincuenta por ciento de los beneficios de muerte recibidos por las personas a cargo a través del seguro social.

PAGAMIENTOS DE SUMA GLOBAL

¿SI ME DAN BENEFICIOS PARA LA INCAPACIDAD PERMANENTE, PUEDO CONSEGUIR EL DINERO EN UN SOLO PAGO EN VEZ DE PAGOS SEMANALES?

Si usted recibe un premio de la incapacidad parcial y permanente usted puede solicitar un pago automático de arriba a $10.000 en una cantidad global sin renunciando su derecho de procesar el reclamo para beneficios adicionales de incapacidad permanente. O, usted puede solicitar un pagamiento de la cantidad global de arriba a $60.000 (en pagos combinados de la cantidad global) en su reclamo. Si usted hace esto, usted será requerido a aceptar la cantidad concedido de los beneficios de incapacidad parcial y permanente.

Siempre cuando un pago de la cantidad global está solicitado, la cantidad global estará reducida (descontado) por aproximadamente 4% al año. La Oficina que se llama Claims Management Unit de the Division of Workers' Compensation, está disponible proporcionar cálculos de la cantidad global. Si usted ha sido concedido a la classificación de incapacidad total y permanente o con benficios del dependiente, sus pagos semanales serán reducidos para justificar la cantidad global y un descuento. Si usted tiene cualquier pregunta, pongase en contacto con the Claims Management Unit de la Division of Workers' Compensation.

LIQUIDACIÓN COMPLETO Y FINAL

¿ES POSIBLE FINALIZAR MI RECLAMO?

Puede liguidar todo o parte de su reclamo con su empleador o la aseguradora. Normalmente, el acuerdo involucra dejando todos o algunos de sus derechos de los beneficios futuros de compensación incluyendo beneficios médicos, en cambio por un cantidad de dinero. Si la cantidad es $75,000 o más, se enviará un aviso escrito de acuerdo a su empleador. Este pago debe someterse a la División de Compensación Para Trabajadores para aprobación.

REABRIENDO UN RECLAMO

¿PUEDO REABRIR MI RECLAMO DESPUÉS DE QUE ESTÁ CERRADO?

Si cree que necesita más tratamiento médico o beneficios de la invalidez temporal y su reclamo ha

cerrado, usted puede aplicar a la División para reabrir el reclamo. Debe poner una petición para reabrir el reclamo (Petition to Reopen) 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, cualquier tiempo sea más tarde. Si las fechas han pasadas y sólo necesita el cuidado médico, no la invalidez 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 razones deben de ser basadas en un error o un cambio en su condición.

Si su reclamo está cerrado por acuerdo escrito entre usted y la aseguradora, y dice que usted renuncia o deja 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 invalidez 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 vuelve a abrir el reclamo para recuperar pagos en exceso de los que usted debia de recibir.

V. SERVICIOS DE LA MEDIACIÓN CONFERENCIAS DE PREAUDIENCIA CONFERENCIAS DE LIQUIDACIÓN AUDENCIAS 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 HAGO YO?

Si no es capaz de resolver cualquier asunto o problema con el ajustador o su empleador, tiene el derecho de pedir una audiencia formal (administrative hearing). Mientras que está esperando por una audiencia, puede pedir una conferencia del preaudiencia (prehearing conference), o una conferencia de la 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.

¿QUÉ SERVICIOS DE LA MEDIACIÓN ESTÁN DISPONIBLES?

La mediación es un proceso informal donde un empleado en la División de Compensación Para Trabajadores intentará ayudar a los partidos alcanzar una resolución. No actúa como un juez, ni da consejo legal, ni dice lo que los partidos deben de hacer.

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

Una conferencia de preaudiencia es una audencia informal pidido por uno de los partidos y dirigido por un juez de la ley administrativa. El juez puede mandar la participación de los partidos. Una conferencia del preaudiencia es una oportunidad para encontrarse y discutir asuntos sobre el caso antes de un juez. El juez también puede mandar por orden, que los partidos comparten información, como archivos del empleo, que pueden ayudar resolver los asuntos.

También puede pedirse una conferencia de liquidación ante un juez de la ley administrativa. Todos los partidos deben estar en acuerdo acerca de su participación en la conferencia. El juez facilitará la discusión y resolución de algunos o todos de los asuntos. En una conferencia de liquidación, el juez debe mantener confidencialidad de todas las conversaciones o procedimientos.

La División de Compensación Para Trabajadores también es un recurso para información con respecto a las opciones para el arbitraje ante un juez de la ley administrativa. Estas conferencias pueden fijarse en Denver, Boulder, Colorado Springs, Durango, Fort Collins, Glenwood Springs, Grand Junction, Greeley o Pueblo.

Cualquiera que necesita información extensa sobre los servicios de mediación, las conferencias de preaudiencia, las conferencias de liquidación o el arbitraje debe llamar a la Oficina de Información y Asistencia.

¿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 compensacion para trabajadores. Los partidos pueden presentar evidencia, incluyendo los documentos y el testimonio jurado. Un reportero judicial hace un registro de la audiencia. No hay ningún jurado. No hay cargo para la audiencia. Puede producir una decisión desfavorable, un retraso en una decision, o el despido de su reclamo, para una falta de asistir.

Para pedir una audiencia, tiene que archivar una Aplicación por Audiencia (Application for Hearing) con la Office of Administrative Courts y debe enviar una copia a la aseguradora. Puede pedir esta forma del Registro Tribunal (Adjudication Docket) a (303) 866.5881, en Denver o a (970) 248.7340 en Grand Junction. Si usted califica por una audiencia apresuradoa, su audiencia se fijará dentro de 45 días de la fecha de la aplicación. Toda las otra audiencias se fijan entre 80-100 días. La 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 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 decision 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 adelante 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. Pongase en contacto con la 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 de la fecha que la orden se manda por correo a usted. Puede obtenerse una petición de muestra de la Office of Administrative Courts. Archive la Petición para Repasar a la oficina de la Office of Administrative Courts listada en la orden, y mande por correo una copia al abogado de la aseguradora.

En la mayoría de los casos, usted necesitará confiar en transcripciones (transcripts) de audencias para la Petición Repasar. Usted debe pedir una copia de la transcripcion escrito de la audiencia. Para hacer esto, hay que escribir, o avisar, el reportero judicial y pide la transcripción en el momento que archiva su Petición para Repasar. Usted debe pagar al reportero judicial por esto. Si usted es incapaz de pagar para la preparación de una transcripción, puede pedir que la División pague por él. Le exigirán que complete una aplicación para consideración de el Director.

¿Y LUEGO QUÉ PASA ?

Cuando la transcripción se hace, o si ninguna transcripción se pide, una carta se enviará a los partidos que da noticia acerca de los limites de tiempo por archivar informes. Si tiene abogado, una copia de esta carta no se enviará a usted, se enviará a su abogado. Un informe es una declaración detallada dando las razones por la objeta al orden y apoyos de la evidencia por su posición. El juez que escribió la decisión recibirá el archivo después de que los partidos archivan sus informes. Este juez puede escribir otra decisión basada en su apelación, o puede enviar su archivo al Tablero de Apelaciones de Reclamo Industrial (Industrial Claim Appeals Panel) para su revisión.

El Tablero de Apelaciones de Reclamo Industrial (Industrial Claim Appeals Panel) repasará 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 esta en acuerdo con esta decisión, puede apelar a la Corte de Apelaciones de Colorado (Colorado Court of Appeals) dentro de 20 días. Pongase en contacto con la Oficina de Apelaciones de Reclamo Industrial (Industrial Claim Appeals Panel), para el proceso exacto, a 633 17th St. Suite 600, Denver, Colorado 80202-3626, (303) 318.8131. Pueden atraerse casos de la Corte de Apelaciones de Colorado a la Corte Suprema (Supreme Court). La Corte Suprema tiene el derecho de negar el repasar su apelación.

¿NECESITO UN ABOGADO?

Puede ver 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 audencia formal, la conducta de su audencia, y comunicación con el abogado de la aseguradora. Si planea contratar un abogado, debe ver uno a tiempo para ayudarle a decidir si debe archivar para una audiencia o conferencia y permitir para preparación apropiada.

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

Usted puede pedirle al Director que evalúe la racionalidad de cualquier cargo usted cree es excesivo.

¿SI DECIDO NO CONTRATAR UN ABOGADO, QUÉ PASARÁ?

Tendrá que representarse, o tener otro representante, a cualquier mediación, conferencia de preaudiencia, 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 estan disponibles, las formas para archivar y cómo completarlos. Sin embargo, la División no puede dar consejo legal o contesta preguntas legals que tenga sobre su reclamo.

VI. OFICINAS DIRECCIÓNES NÚMEROS de TELÉFONO

DIVISIÓN DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES
(DIVISION OF WORKERS' COMPENSACIÓN)
633 17th Street, Suite 400
Denver, CO 80202-3660

Oficina de Información y Asistencia
(Customer Service Unit)
Si tiene preguntas o necesita información, llame a nuestro número sin peaje a 1.800.685.0891

Special Funds Unit
Major Medical, Subsequent Injury, and Medical Disaster Funds
Sin peaje 1.800.453.9156

Direcciones del internet: **http://coworkforce.com/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. PUBLICACIÓNES

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 Tejido (Web Page) de la División o pueden ser pedidas llamando a la Oficina de Información y Asistencia.

- ✓ Overview of the Division of Workers' Compensation
- ✓ 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 y Español)
- ✓ Brochures
  - Workers' Compensation Insurance Requirements for Employers
  - Communications Unit
  - Customer Service
  - Independent Medical Examination
  - Special Funds
  - Subsequent Injury Fund
  - Major Medical Insurance Fund
  - Electronic Data Interchange
  - Medical Policy and Research

El permiso se concede para reproducirse esta publicación en condición que ninguna parte de esta publicación se altera o se modifica.

C.R.S., 10-2-127 (7) dice: "Es ilegal a sabiendas sumistrar hechos falsos, incompletos, o engañosos o información a la compañía de seguros con el propósito de defraudar o intentar defraudarla. La penalidad puede incluir encarcelamiento, multas, rechazo del seguro, y perjuicios civiles. Cualquiera compañía de seguros o agente de una compañía de seguros quien a sabiendas sumistra hechos falsos, incompletos, o engañosos o información a un tenedor de una póliza de seguros o reclamante con el propósito de defraudar el tenedor de una póliza o reclamante con respecto a una liquidación o adjudicacion de beneficios pagable por el seguro se informará a la División de Seguro de Colorado dentro del Departamento de Agencias Reguladores."

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

M300300046