

**ESTADO DE COLORADO**  
**OFICINA DE TRIBUNALES ADMINISTRATIVOS**

1525 Sherman Street, Denver, CO 80203

Demandante,  
  
vs.  
  
Empleador, y  
  
Demandado.

**SÓLO PARA USO**  
▲ **DEL TRIBUNAL** ▲

**NÚMERO DE WC:**  
\_\_\_\_\_

**FECHA DE LA LESIÓN:**  
\_\_\_\_\_

**RESPUESTA A**

**SOLICITUD DE AUDIENCIA**

\_\_\_\_\_  
Fecha de Solicitud de Audiencia

**A. Respuesta a la Solicitud de Audiencia:** Archivado por o para \_\_\_\_\_ (Nombre en letra de imprentas de la Parte)

Además de las cuestiones marcadas en la Solicitud de Audiencia, en la audiencia se considerarán las siguientes cuestiones:

Compensabilidad	Beneficios Totales Temporales de
Beneficios médicos	_____ a _____ En continuidad
Proveedor autorizado	
Razonablemente necesario	Beneficios parciales temporales de
Salario semanal promedio	_____ a _____ En continuidad
Petición para reabrir el reclamo	Beneficios por discapacidad parcial permanente
Desfiguración	Beneficios por discapacidad total permanente
	Beneficios por muerte

Sanciones: Describa específicamente los motivos por los cuales se impone una sanción, incluido el mandato, norma o sección del estatuto presuntamente violado y las fechas en las que reclama que dicha violación comenzó y terminó.

Otros temas que se escucharán en esta audiencia son (por ejemplo: la mejora médica máxima, terminación de los beneficios, etc.):

Testigos a llamar en audiencia o por deposición: Lista de nombres y direcciones:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

(Adjunte páginas adicionales si es necesario)

**B. Firma:**

Firma \_\_\_\_\_ Número de Registro de Abogado \_\_\_\_\_

Primer nombre \_\_\_\_\_ IM \_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Sufijo \_\_\_\_\_

Empresa \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Cód. Post. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

**C. Certificado de correo**

Por la presente certifico que envié por correo o entregué copias verdaderas y correctas de la SOLICITUD DE AUDIENCIA a todas las partes en las direcciones que se muestran a continuación: (El demandante debe proporcionar una copia al empleador y al asegurador, o su abogado).

Parte 1	Primer nombre _____ IM ____ Apellido _____ Sufijo _____
	Empresa _____
	Dirección _____
	Ciudad _____ Estado ____ Cód. Post. _____ Teléfono _____
	E-mail _____ El destinatario es: _____

Parte 2	Primer nombre _____ IM ____ Apellido _____ Sufijo _____
	Empresa _____
	Dirección _____
	Ciudad _____ Estado ____ Cód. Post. _____ Teléfono _____
	E-mail _____ El destinatario es: _____

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que entrega el documento.

\_\_\_\_\_  
Fecha de entrega

Rev 3/17