



THE COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS

Department of Industrial Accidents

Lafayette City Center
2 Avenue de Lafayette
Boston, MA 02111-1750

Quando/Como preencher o formulário de reclamação do empregado (Formulário 110)

QUANDO PREENCHE ESTE FORMULÁRIO DE RECLAMAÇÃO DO EMPREGADO

Este formulário deve ser preenchido sempre quando você acha que não está a receber a adequada indenização por acidente de trabalho a que tem direito. A **única** razão para o preenchimento deste formulário é para solicitar um processo judicial perante um juiz administrativo para obter os benefícios da indenização por acidente de trabalho.

Ao submeter este formulário, toda a DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA deve ser anexada, conforme exigido pela Lei de Massachusetts, 452 CMR 1.07. Uma lista de requisitos e outras informações, estão disponíveis no site do DIA: www.mass.gov/dia. Formulários de reclamação dos empregados requisitados sem a documentação exigida serão rejeitados. Essencialmente, deverá anexar cópias de quaisquer informações relacionam a sua lesão ao seu trabalho, e qual foi a lesão (ou lesões). Há quatro (4) etapas no processo de liquidar a sua disputa no Departamento de Acidente de Trabalho (DIA).

ETAPA # 1 - SESSÃO DE CONCILIAÇÃO: Esta é uma reunião informal entre você e sua companhia de seguros. Resultados da conciliação não SERÃO vinculativos a menos que você concorda com eles. Mesmo quando estiver satisfeito que está sendo pago tudo exigido por lei, PODE receber um aviso para comparecer numa conciliação que NÃO solicitou. Isto significa que a companhia de seguros acha que está a pagar-lhe MUITO e gostaria de REDUZIR os seus benefícios ou INTERROMPER-los. Esta solicitação da companhia de seguro é chamada de "Reclamações de redução ou interrupção de compensação." Mais uma vez, conciliações NÃO PODEM resultar em alterações nas taxas de remuneração, a menos que ambas as partes concordam.

ETAPA # 2 – CONFERÊNCIA: Se o caso é encaminhado a um juiz administrativo pelo conciliador, a conferência será agendada. Esta conferência também será informal, com a discussão entre as partes. Se o assunto NÃO for resolvido, o juiz emitirá uma ordem provisória, indicando ou não a companhia de seguros deve pagar-lhe uma indenização. Se não estiver satisfeito com a ordem do Juiz, poderá recorrer no prazo de 14 dias a contar da data da decisão. A companhia de seguros também tem o direito de recorrer.

ETAPA # 3 – **AUDIÊNCIA**: Se o seu caso é apelado pela companhia de seguros ou por si mesmo, este irá para a fase de AUDIÊNCIA, onde o Juiz Administrativo realiza uma audiência FORMAL de todas as provas. Audiências são como julgamentos regulares; testemunhas serão chamadas e empossadas, e o testemunho será tomado por estenógrafos.

ETAPA # 4 – **CONSELHO DE REVISÃO**: Seja qual for a parte que perder na audiência, poderá recorrer da decisão do juiz administrativo para o Conselho de Revisão no prazo de 30 dias. Três (3) juízes de direito administrativo irão examinar as transcrições auditivas. Eles podem pedir argumentos orais. O Conselho de Revisão irá reverter a decisão anterior apenas se a decisão foi fora da autoridade do juiz administrativo, em conflito com a lei, ou foi, sem qualquer justificação.

COMO PREENCHER O FORMULÁRIO 110

DEVE PREENCHER QUANTOS MAIS QUADRADOS POSSÍVEIS NESTE FORMULÁRIO. NO ENTANTO, AS ENUMERADAS ABAIXO SÃO PARTICULARMENTE IMPORTANTES PARA TER O SEU PEDIDO PROCESSADO RAPIDAMENTE PELO DIA. SE TIVER ALGUMA DÚVIDA, POR FAVOR LIGUE PARA O CENTRO DE INFORMAÇÕES ATRAVEZ DO NÚMERO GRÁTIS (Apenas em Massachusetts) (800) 323-3249, SEGUNDA – SEXTA DAS 8h00 - 17:00.

Quadrado #1: -- Por favor, escreva ou digite o apelido, o nome, e o segundo nome do empregado, o o melhor que saiba.

Quadrado #2: Os 9 dígitos do seu número de seguro social. **Divulgar o seu número é puramente voluntária, mas será útil para o DIA em manter seus registos separado dos outros com o mesmo nome.**

Quadrado #3: Escreva ou digite o seu número de telefone fixa.

Quadrado #4: -- Por favor, escreva a sua data de nascimento.

Quadrado #5: Por favor, escreva ou digite o número de dependents.

Quadrado #6: Por favor, escreva ou digite o seu endereço residencial. Isto é importante porque todas as notas, despachos e decisões a respeito do seu caso serão enviadas para este endereço.

Quadrado #7: Se desejar, pode fornecer-nos o seu endereço do correio eletrónico, mas seus avisos continuam a ser enviados pelo correio.

Quadrado #7a: Se o Inglês não é a sua língua nativa, por favor, escreva a sua língua nativa, utilizando os códigos localizados no verso do formulário.

Quadrado #10: Por favor, escreva ou digite o nome e endereço do seu empregador. Se o seu empregador tem mais de um endereço, use o endereço do seu escritório central.

Quadrado 10a: Por favor, tente determinar a partir dos códigos da indústria no verso do formulário, o tipo de negócio do seu empregador. Caso NÃO conseguir, escreva ou digite o número 99.

Quadrado #11: Por favor, escreva ou digite a companhia de seguros de indemnização por acidentes de trabalho do seu empregador. (NÃO o agente de seguros, mas o nome da companhia que irá pagar os seus benefícios). Não podemos agendar uma conciliação sem esta informação. Se o empregador não lhe dirá o nome da companhia de seguros, ligue para nosso escritório de Seguros do DIA (617) 626-5480 ou (617) 626-5481.

Quadrado #12: Por favor, escreva ou digite a data em que originalmente sofreu o acidente no trabalho ou adoeceu por causa de uma doença relacionada ao trabalho. Use a data que teve o seu primeiro tratamento médico, ou o último dia em que trabalhou, se não estiver certa da data.

Quadrado #12a: Por favor, escreva ou digite o número de reclamação/caso que a companhia de seguros da indemnização por acidentes de trabalho atribuiu ao seu caso.

Quadrado #13: Por favor, escreva ou digite a data em que ficou incapacitado de ganhar o salário completo por causa de sua lesão ou doença.

Quadrado #14: Por favor, digite o quinto dia em que ficou incapacitado de ganhar o salário completo devido sua lesão ou doença.

Quadrado #17a: Por favor, escreva ou digite a natureza da lesão ou doença e parte do corpo que foi afetada por sua lesão ou doença, a partir dos códigos no verso do formulário. Pode haver mais do que uma lesão ou doença enumerada (por exemplo, - um. 300, b. 310, c. 210), mas o tipo de lesão ou doença enumeradas, tem de corresponder com a parte do corpo enumerado, e assim por diante.

Quadrado #23: Confira os benefícios que está a receber estão nos termos da lei. Outras secções da lei incluem Sec. 30 - despesas médicas; Sec. 28 - conduta imprópria intencional por parte do empregador, e Sec. 7 - multas e juros para pagamentos atrasados.

Quadrado #26: Por favor, assine este formulário.

Quadrado #27: Por favor, assine este formulário.

Quadrado #28: Se tiver um advogado, eles podem assinar aqui, caso contrário, deixe este espaço em branco.

O QUE FAZER COM ESTE FORMULÁRIO DE RECLAMAÇÃO

deve fazer 2 cópias deste formulário. Envie o original para:

**Department of Industrial Accidents – Dept. 110
Lafayette City Center
2 Avenue de Lafayette
Boston, MA 02111-1750**

Uma (1) cópia deve ser enviada para a companhia de seguros, preencha com cópias de toda a documentação de apoio que envia para o DIA. Deve manter uma cópia (1) para os seus registos. Pode enviar uma cópia ao seu empregador, mas você não é obrigado a enviar-lhes uma cópia, a menos que você está a requerer uma indemnização dupla sob Sec. 28 (conduta imprópria intencional). Também deve anexar documentação conforme exigido pela lei 452 CMR 1.07. Esta regra, e outras informações, estão disponíveis no site do DIA – www.mass.gov/dia

Quando o DIA receber a sua solicitação, uma conciliação será agendada dentro de algumas semanas. Esta sessão será realizada na secretaria do departamento mais perto da sua residência.

Os melhores votos de uma recuperação rápida e completa.

Revised: 10/2019