



THE COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS
ESTADO DE MASSACHUSETTS
Department of Industrial Accidents (Departamento de Accidentes Industriales)
1 Congress Street, Suite 100
Boston, Massachusetts 02114

CUANDO/COMO RELLENAR EMPLOYEE CLAIM FORM, FORM 110 (EL FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DEL EMPLEADO, FORMULARIO 110)

CUANDO RELLENAR ESTE FORMULARIO DE EMPLOYEE'S CLAIM FORM (RECLAMACIÓN DEL EMPLEADO)

Se debe completar este Employee Claim form (formulario de Reclamación del Empleado) cuando usted cree que no está recibiendo todos los beneficios de indemnización por riesgo laboral a los cuales usted cree que tiene derecho. La **ÚNICA** razón por la cual se completa este formulario es para solicitar un **proceso judicial** ante un Juez Administrativo para conseguir los beneficios de la indemnización por riesgo laboral.

Cuando entregue este formulario, se tiene que adjuntar la DOCUMENTACIÓN REQUERIDA, como exigen las Leyes de Massachusetts, 452 CMR 1.07. Una lista de requisitos, y otra información, está disponible en el sitio Internet de Department of Industrial Accidents (Departamento de Accidentes Industriales, DIA por sus siglas en inglés): www.mass.gov/dia. Se rechazarán Employee Claim forms (los formularios de Reclamación del Empleado) presentados sin la documentación requerida. Esencialmente, usted necesita adjuntar copias de cualquier información que relacione su lesión al trabajo, y información sobre lo que la lesión (o las lesiones) es (son). Hay cuatro (4) niveles en el proceso de resolver su disputa dentro del DIA.

NIVEL #1 – CONCILIATION SESSION (SESIÓN DE CONCILIACIÓN): Esta es una reunión informal entre usted y el asegurador de su compañía. Los resultados de la conciliación no serán vinculantes salvo que estén de acuerdo con ellos. Mismo cuando usted esté satisfecho/a que se le está pagando todo lo que exige la ley, PUEDE que usted reciba un aviso para asistir a una conciliación que usted NO HABÍA pedido. Esto significa que la compañía de seguros cree que está pagando DEMASIADO y quiere REDUCIR sus beneficios o PARAR sus beneficios. Se nombran a estas solicitudes de parte de la compañía de seguros "Complaints to Reduce or Discontinue Compensation" (Quejas para Reducir o Discontinuar Indemnización). Repetimos, las conciliaciones NO PUEDEN resultar en cambios a la tasa de pagos de indemnización salvo que ambas partes lleguen a un acuerdo.

NIVEL #2 – CONFERENCE (CONFERENCIA): Si el conciliador refiere su caso a un Juez Administrativo, se programa una CONFERENCIA. Esta conferencia también es informal, incluyendo una discusión entre las partes. Si NO se resuelve el asunto, el Juez emitirá un orden temporal indicando si el asegurador tiene que pagar la indemnización a usted o no. Si usted no está satisfecho/a con el orden del Juez, usted puede apelarlos

dentro de 14 días de la fecha de presentación de la decisión. La compañía de seguros también tiene el derecho de apelar.

NIVEL #3 – HEARING (AUDIENCIA): Si el asegurador O usted mismo/a apela su caso, pasará al nivel de AUDIENCIA, donde el Juez Administrativo ejerce una audiencia FORMAL de toda la evidencia. Las audiencias son como juicios normales; se citan a testigos y se les ponen bajo juramento y estenógrafos toman el testimonio.

NIVEL # 4 – REVIEW BOARD (JUNTA DE REVISIÓN): Cualquier parte que pierde en la audiencia puede APELAR la decisión del Juez Administrativo a la JUNTA DE REVISIÓN dentro de 30 días. Los tres (3) Jueces de Ley Administrativa examinarán las transcripciones de la audiencia. Puede que pidan argumentos orales. La Junta de Revisión puede revocar la decisión anterior SOLAMENTE si la decisión extendía más allá de la autoridad del Juez Administrativo, o era sin justificación.

COMO RELLENAR FORM 110 (EL FORMULARIO 110)

USTED DEBE RELLENAR TODAS LAS CASILLAS QUE PUEDA. NO OBSTANTE, LAS QUE ESTÁN EN LA LISTA ABAJO SON PARTICULARMENTE IMPORTANTES PARA CONSEGUIR QUE DIA PROCESA SU SOLICITUD EN CUANTO ANTES. SI USTED TIENE CUALQUIER PREGUNTA POR FAVOR LLAME A LA LÍNEA GRATUITA (Solamente en Massachusetts) DE LA OFICINA DE INFORMACIÓN AL 1-800-323-3249, extensión 7470, DE LUNES A VIERNES, 8:00 AM – 5:00 PM.

Casilla #1: Por favor escriba con letras de imprenta o escriba a máquina su apellido entero, su nombre entero y la primera sigla de su segundo nombre.

Casilla #2: Los 9 dígitos de su número de seguridad social. **Revelar su número de seguridad social es puramente voluntario, pero ayudará a DIA en no mezclar sus archivos con los de otras personas con el mismo nombre que usted.**

Casilla #3: Escriba con letras de imprenta o escriba a máquina su número de teléfono de casa.

Casilla #4: Por favor escriba con letras de imprenta o escriba a máquina su fecha de nacimiento.

Casilla #5: Por favor escriba con letras de imprenta o escriba a máquina el número de dependientes que tenga.

Casilla #6: Por favor escriba con letras de imprenta o escriba a máquina su dirección ENTERA. Esto es importante porque TODOS los avisos, ordenes, y decisiones acerca de su caso serán enviados a esta dirección.

Casilla #7: Si usted desea, puede proveernos con su dirección de correo electrónico, pero seguirán enviándole todos sus avisos por el servicio normal de correo.

Casilla #7a: Si inglés no es su lengua nativa, por favor escriba con letras de imprenta su lengua nativa usando NATIVE LANGUAGE CODES (los CÓDIGOS DE LENGUA NATIVA) que se encuentran en el dorso del formulario.

Casilla #10: Por favor escriba con letras de imprenta o escriba a máquina el nombre y la dirección del negocio de su empleador. Si su compañía tiene más que una dirección, use la dirección de su oficina administrativa.

Casilla 10a: Por favor trate de determinar la clase de negocio que tiene su empleador de INDUSTRY CODES (los CÓDIGOS INDUSTRIALES) en el dorso del formulario. Si usted NO PUEDE DETERMINAR el código correcto, simplemente escriba con letras de imprenta o escriba a máquina el número 99.

Casilla #11: Por favor escriba con letras de imprenta o escriba a máquina el nombre de la compañía aseguradora de indemnización por riesgo laboral de su empleador. (Esto NO es el nombre del agente de seguros, sino el nombre de la compañía de seguros que estará pagándole a usted sus beneficios.) No podemos programar una conciliación sin esta información. Si su empleador no le dice el nombre del asegurador, llame a nuestra oficina de Seguro de DIA (617-626-5480 o 617-626-5481)

Casilla #12: Por favor escriba con letras de imprenta o escriba a máquina la fecha en que usted cree que usted originalmente se había lesionado en el trabajo o que se enfermó debido a una enfermedad relacionada al trabajo. Use la fecha en que usted inicialmente recibió tratamiento médico, o el último día que usted trabajó si no está seguro/a de la fecha exacta.

Casilla #12a: Por favor escriba con letras de imprenta o escriba a máquina el número de caso/el número de la reclamación que la compañía de seguro de indemnización por riesgo laboral de su empleador asignó a su reclamación.

Casilla #13: Por favor escriba con letras de imprenta o escriba a máquina el primer día que usted era incapaz de ganar su salario completo debido a su lesión o su enfermedad.

Casilla #14: Por favor escriba con letras de imprenta o escriba a máquina la fecha del quinto día en que usted era incapaz de ganar su salario completo debido a su lesión o su enfermedad.

Casilla #17a: Por favor escriba con letras de imprenta o escriba a máquina el índole de la lesión o de la enfermedad y la parte del cuerpo que ha sido afectada por su lesión o su enfermedad, usando los códigos escritos en el dorso del formulario. Usted quizás tiene más de una lesión o enfermedad en la lista (por ejemplo – a. 300, b. 310, c. 210), pero el tipo de lesión o enfermedad en la lista A TIENE QUE COMPAGINAR con la parte del cuerpo en la lista A, y etc.

Casilla #23: Por favor compruebe que los beneficios que usted está solicitando y que se le deben bajo la ley. Otras secciones de la ley incluyen Sección 30 – Facturas Médicas; Sección 28 – Mala Conducta Deliberada de parte del Empleador, y Sección 7 – Multas e Interés por pagos atrasados.

Casilla #26: Por favor firme este formulario.

Casilla #27: Por favor escriba la fecha en este formulario.

Casilla #28: Si usted tiene un abogado, puede firmar acá, por lo demás deje esta casilla en blanco.

LO QUE HAY QUE HACER CON ESTE FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

Usted debe hacer 2 copias de este formulario. Envíe el original a:

**Department of Industrial Accidents – Dept. 110
1 Congress St. – 10th Fl.
Boston, MA 02114**

Se debe enviar una (1) copia a la compañía de seguros, adjunto con copias de toda la documentación probatoria que usted envíe a DIA. Usted debe guardar una (1) copia para sus archivos. Usted puede enviar una copia a su empleador, pero no se le obliga a enviarle una copia, salvo que usted este solicitando doble compensación bajo Sección 28 (Mala Conducta Deliberada).

Usted también tiene que adjuntar la documentación exigida por 452 CMR 1.07.
Esta norma, y otra información, está disponible en el sitio Internet de DIA –
www.mass.gov/dia

Cuando DIA reciba su formulario, se le programará una conciliación dentro de unas semanas. Se ejercerá esta sesión dentro la oficina del departamento más conveniente para usted.

Se le desea lo mejor y que se recupere totalmente y en cuanto antes.

Revised: 7/2013