



**Oficina de Compensación a Trabajadores
Bureau of Workers' Compensation
220 French Landing Drive, I-B
Nashville, TN 37243-1002
800-332-2667**

<http://www.tn.gov/workforce/section/injuries-at-work>

**PETICIÓN PARA DETERMINACIÓN DE BENEFICIOS
PETITION FOR BENEFIT DETERMINATION
(Solamente para lesiones después del 1 de julio de 2014)
(For injuries on or after 7/1/2014 only)**

**Esta petición es para:
This request is for:**

- Beneficios de Sueldos Perdidos (Lost Wage Benefits) Beneficios Médicos (Medical Benefits)
- Descubrimiento (Discovery) Aprobación de Asentamiento (Settlement Approval)
- Multa por sueldos no pagados o pagados tarde (Penalty For Late or Non-Payment of wages)
- Cobertura Médica Vitalicia (Lifetime Medical Coverage) Beneficios de Muerte (Death Benefits)

O/Or

- Para mediación – Las partes están listas para mediación en persona para determinar beneficios de discapacidad permanente
(For mediation - The parties are ready for in-person mediation to determine permanent disability benefits.)

Fecha de MMUI (Date of MMI) _____ Calificación de Discapacidad Asignada (Impairment Rating Assigned) _____

Si corresponde, el Abogado del Fondo de Segunda Lesión es _____ y él/ella ha sido notificado (If applicable, the Second Injury Fund Attorney is _____ & he/she has been notified.)

Las partes han discutido fechas posibles para conducir la mediación y todas las partes o sus representantes están de acuerdo con las tres fechas y horas que aparecen en lista de abajo. Por favor marque el tiempo deseado. The parties have discussed possible dates for conducting the mediation and all parties or their representatives have agreed upon the three dates and times listed below. Please circle desired time slot.

Firma de la parte solicitante
(Signature of requesting party)

Firma de la parte opuesta
(Signature of opposing party)

9:00am o 1:00 pm

9:00am o 1:00 pm

9:00am o 1:00 pm

Fecha de Lesión (Date of Injury) _____

Condado de TN donde ocurrió la lesión, (indica el estado si la lesión no fue en TN) TN County of Injury (Name state if injury not in TN) _____

Por favor, dé una descripción breve de la lesión (Please give a brief description of the injury:)

Por favor, dé una descripción breve de los asuntos disputados

(Please give a brief description of the disputed issues:)

¿Se le proporcionó una lista de médicos al empleado?

(Was employee provided a panel of physicians?) Sí (Yes) _____ No(No) _____

De ser "sí", nombre del médico escogido(If yes, physician selected) _____

Nombre del Empleado (Employee Name) _____ **NSS(SSN)** _____ **Fecha**
de Nacimiento (Date of Birth) _____

Dirección de Correo (Mailing Address)

Ciudad (City) _____ **Estado(State)** _____ **Código Postal (ZIP)** _____

Condado (County) _____

Teléfono (Phone) _____ **Correo Electrónico (Email)** _____

Abogado del Empleado (Employee Attorney) _____ **Núm. de BPR(BPR #)** _____

Teléfono (Phone) _____ **Fax(Fax)** _____ **Correo electrónico (Email)** _____

Persona de Contacto de la Oficina (Office Contact Person) _____

Correo Electrónico (Email) _____

Empleador(Employer) _____ **Teléfono(Phone)** _____

Dirección de Correo (Mailing Address)

Ciudad (City) _____ **Estado(State)** _____ **Código Postal (ZIP)** _____

Condado (County) _____

Persona de Contacto del Empleador (Employer Contact Person) _____

Correo Electrónico (Email) _____

Abogado del Empleador(Employer Attorney) _____ **Núm. de BPR(BPR #)** _____

Teléfono (Phone) _____ **Fax(Fax)** _____

Correo Electrónico (Email) _____

Persona de Contacto de la Oficina (Office Contact Person) _____

Correo Electrónico (Email) _____

Compañía de Seguro o TPA (Insurance Company or TPA:) _____

Nombre de Ajustador de Seguro (Ins. Adjuster Name) _____

Correo Electrónico (Email) _____

Dirección de Correo (Mailing Address) _____ Ciudad (City)

_____ Estado (State) _____ Código Postal (ZIP) _____

Teléfono (Phone) _____ Fax(Fax) _____

Correo Electrónico (Email) _____

Para ayudar a mejorar nuestra capacidad de asistirle, por favor proporcione lo siguiente, si lo tiene disponible
(To help speed up our ability to assist you, please provide the following, if available:)

- Todos registros médicos pertinentes (All relevant medical records)
- Copias de notas de su médico aconsejándole que no debe trabajar o dándole restricciones de trabajo (Copies of any notes from your physician taking you off work or giving you work restrictions)
- Copias de facturas médicas no pagadas para la cual Ud. busca reembolso (Copies of any unpaid medical bills for which you seek reimbursement)
- Si se pide reembolso de kilometraje, proporcione las fechas y número total de millas, de ida y vuelta (If mileage reimbursement is being requested, provide the dates and the total number of miles, roundtrip)

PARTE SOLICITANTE

REQUESTING PARTY

Por el presente pido a la Oficina de Compensación a Trabajadores que asista en cualquier asunto que se cuestione de compensación a trabajadores con relación a la lesión detallada arriba. También autorizo a la Oficina para que contacte a cualquier persona que tenga información acerca de esa lesión.

I hereby request the Tennessee Bureau of Workers' Compensation to assist in any disputed workers' compensation issues related to the above-detailed injury. I also authorize the Bureau to contact any person who has information regarding that injury.

Nombre en letra de molde
Printed name

Firma
Signature

Fecha
Date

Por favor devuelva el formulario completado a la oficina de abajo que esté más cerca de la dirección residencial del Empleado.
(Please return the completed form to the office below that is closest to the Employee's home address.)

Chattanooga

Tennessee Bureau of Workers' Compensation
1301 Riverfront Pkwy., Ste. 202
Chattanooga, Tennessee 37402
Fax: 423-634-3115

Cookeville

Tennessee Bureau of Workers' Compensation
444 - A Neal Street
Cookeville, Tennessee 38501-027
Fax: 931-520-4316

Knoxville

Tennessee Bureau of Workers' Compensation
520 Summit Hill, Ste. 103
Knoxville, TN 37902
Fax: 865-594-5172

Kingsport

Tennessee Bureau of Workers' Compensation
1908 Bowater Drive
Kingsport, TN 37660-4136
Fax: 423-224-2056

Jackson

Tennessee Bureau of Workers' Compensation
225 Dr. Martin L. King Jr. Dr.
1st Floor, Suite 120, Box 26
Jackson, TN 38301-6920
Fax: 731-265-7022

Memphis

Tennessee Bureau of Workers' Compensation
One Commerce Square
40 South Main St., Ste. 500
Memphis, TN 38103-1820
Fax: 901-543-6039

Murfreesboro

Tennessee Bureau of Workers' Compensation
845 Esther Lane
Murfreesboro, TN 37129-5537
Fax: 615-217-9378

Nashville

Tennessee Bureau of Workers' Compensation
220 French Landing Drive, 1-B
Nashville, Tennessee 37243-1002
Fax: 615-253-1223