Oficina de Compensación a Trabajadores
Bureau of Workers' Compensation
220 French Landing Drive, I-B
Nashville, TN 37243-1002
http://www.tn.gov/workforce/section/injuries-at-work

SOLICITUD PARA MEDIACIÓN
REQUEST FOR MEDIATION

(Solamente para lesiones antes del 1 de julio de 2014)
(For injuries prior to 7/1/2014 only)
Este formulario reemplaza la Petición para Asistencia (C40A), la Petición para Conferencia de Revisión de Beneficios(C40B) y el Certificado de Preparación (C40R)
This form replaces the Request for Assistance (C40A), the Request for Benefit Review Conference (C40B) and the Certificate of Readiness (C40R).

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

☐ Una Conferencia de Revisión de Beneficios (A Benefit Review Conference:)
☐ Para prevenir que el estatuo llegue a límite o
(To keep the statute of limitations from running or,)

☐ Para mediación – Estoy listo para proceder a mediación en una Conferencia de Revisión de Beneficios (For mediation--I am ready to proceed to mediation in a Benefit Review Conference.)

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

Si corresponde, el Abogado del Fondo de Seguna Lesión es _____ y él/ella ha sido notificado (If applicable, the Subsequent 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 más 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.

_____	_____	_____	_____	_____
9:00am o	9:00am o	9:00am o	Firma de la Parte Solicitante Signature of Requesting Party	Firma de la Parte Opuesta Signature of Opposing Party
1:00 pm	1:00 pm	1:00 pm		

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

_____

_____

Fecha de Lesión (Date of Injury) _____

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

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 del 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) _____

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 culaquier 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 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

Gray
Tennessee Bureau of Workers' Compensation
5788 Bobby Hicks Hwy.
Gray, TN 37615
Fax: 423-239-7844

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

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

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

Jackson
Tennessee Bureau of Workers' Compensation
225 Dr. Martin L. King Jr. Dr.
1st Floor, Suite 120, Box 16
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

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