



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 estatuto 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 Segunda 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 Firma de la Parte Opuesta
Signature of Requesting Party Signature of Opposing Party
1:00 pm 1:00 pm 1:00 pm

Por favor, dé una descripción breve de la lesión (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 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 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 or @ email: WC.Ombudsman@tn.gov)

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

Gray

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

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

Knoxville

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

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