



**AVISO DE CERTIFICACIÓN DE DISPUTA
DISPUTE CERTIFICATION NOTICE**

Oficina de Compensación a Trabajadores
Tribunal de Reclamaciones de Compensación a
Trabajadores
Bureau of Workers' Compensation
Court of Workers' Compensation Claims
www.tn.gov/workforce/section/injuries-at-
work
wc.courtclerk@tn.gov
800-332-2667

Docket No. _____

State File No./YR _____

RFA No(s). _____

Date of Injury: _____

Filed Date Stamp Here

**Este AVISO DE CERTIFICACIÓN DE DISPUTA se emite debido a que lo siguiente no está resuelto:
(This DISPUTE CERTIFICATION NOTICE is being issued due to an unresolved:)**

- Mediación acerca de discapacidad temporal y/o beneficios médicos
(Mediation regarding temporary disability and/or medical benefits)
- Mediación acerca de discapacidad permanente y/o beneficios médicos
(Mediation regarding permanent disability and/or medical benefits)

Nombre del Empleado (Employee Name): _____

Nombre(s) del (de los) Empleador(es)(Employer(s) Name(s)): _____

Nombre(s) de la(s) Compañía(s) de Seguro(Carrier(s) Name(s)): _____

Abogado del Fondo de Segunda Lesión (Second Injury Fund Attorney): _____

Parte(s) del Cuerpo Lesionada(s)Body Part(s) Injured: _____

INFORMACIÓN DE SUELDOS
(WAGE INFORMATION)

- Las partes están de acuerdo de que el sueldo promedio semanal del Empleado es de \$ _____ y la tasa de compensación es de \$ _____ a la semana.
(The parties agreed that the Employee's average weekly wage is \$ _____ and the compensation rate is \$ _____ per week.)
- Las partes no están de acuerdo en cuanto al sueldo promedio semanal del Empleado o la tasa de compensación a la semana para el empleado.
(The parties do not agree as to the Employee's average weekly wage or worker's compensation rate per week.)

REGISTROS MÉDICOS
MEDICAL RECORDS

Las partes

- (The parties):
- Han intercambiado registros médicos
Have exchanged medical records
 - No han intercambiado registros médicos
Have not exchanged medical records
 - Han intercambiado registros médicos y estuvieron de acuerdo con su admisibilidad en audiencias futuras.
(Have exchanged medical records and agreed to their admissibility in future hearings)
 - No hay ningún registro médico para intercambiar
(There are no medical records to exchange)

CUESTIONES EN DISPUTA
(DISPUTED ISSUES)

Cuestiones en disputa (marque todo lo que corresponde)
(Issues in dispute (check all that apply):)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Jurisdicción
(Jurisdiction) | <input type="checkbox"/> Beneficios de Discapacidad Temporal
(Temporary Disability Benefits) |
| <input type="checkbox"/> Compensabilidad
(Compensability) | <input type="checkbox"/> Beneficios de Discapacidad
Permanente (Permanent Disability
Benefits) |
| <input type="checkbox"/> Beneficios Médicos
(Medical Benefits) | <input type="checkbox"/> Otro (por favor use hojas adicionales)
¿Número de hojas? _____
(Other (please use additional sheets))
Number of sheets? |

DEFENSAS
DEFENSES

Enumere todas las defensas alegadas por el Empleador (por favor especifique y use hojas adicionales si se necesitan)
(List all defenses asserted by Employer (please specify and use additional sheets if necessary))

- Se adjuntan hojas adicionales detallando defensas. ¿Número de hojas? _____
(Additional sheets detailing defenses are attached.) (Number of sheets?) _____

_____ Firma del Consejero Mediator's Signature	_____ Fecha Date
--	------------------------

Nombre del Consejero en letra de molde
Print Mediator's Name

INCLUSIÓN DE CUESTIONES ADICIONALES
INCLUSION OF ADDITIONAL ISSUES

- Ninguna de las partes presentó una lista de cuestiones adicionales para inclusión en este aviso de certificación de disputa después de una copia del aviso fue proporcionado a las partes.
(None of the parties submitted a list of additional issues for inclusion in this dispute certification notice after a copy of the notice was provided to the parties.)
- Una parte presentó una lista de asuntos adicionales para inclusión en este aviso de certificación después que una copia del aviso fue proporcionada a las partes (si se marca este recuadro, se tiene que adjuntar una copia de la(s) lista(s) a este documento). También, la siguiente información tiene que ser proporcionada para cada parte que presentó una lista de asuntos adicionales.
A party submitted a list of additional issues for inclusion in this dispute certification notice after a copy of the notice was provided to the parties (if this box is checked a copy of the list(s) must be attached to this document. Also, the following information must be provided for each party that submitted a list of additional issues).

Nombre de la Parte
(Name of Party): _____

Fecha en que la Lista fue Recibida por el Consejero
(Date List Received by Mediator:) _____

Número de páginas presentadas
(Number of Pages Submitted:) _____

Nombre de la Parte
(Name of Party): _____

Fecha en que la Lista fue Recibida por el Consejero
(Date List Received by Mediator:) _____

Número de Páginas Presentadas
(Number of Pages Submitted:) _____

Nombre de la Parte
(Name of Party): _____

Fecha en que la Lista fue Recibida por el Consejero
(Date List Received by Mediator:) _____

Número de páginas presentadas
(Number of Pages Submitted:) _____

Nombre de la Parte
(Name of Party): _____

Fecha en que la Lista fue Recibida por el Consejero
(Date List Received by Mediator:) _____

Número de Páginas Presentadas
(Number of Pages Submitted:) _____

CERTIFICACIÓN POR EL CONSEJERO
CERTIFICATION BY MEDIATOR

Mediante la inclusión de mi firma abajo, yo, el consejero de este asunto, por la presente afirmo que los contenidos de este aviso de certificación de disputa son completos y precisos, que las partes están de acuerdo con la inclusión de los documentos anteriores, a mi mejor conocimiento, información y creencia, y que este aviso de certificación de disputa contiene ____ páginas que incluyen lo siguiente:

By the inclusion of my signature below, I, the mediator in this matter, hereby affirm that the contents of this dispute certification notice are complete and accurate, that the parties agree to the inclusion of the foregoing documents, to the best of my knowledge, information and belief, and that this dispute certification notice contains _____ pages which includes the following:

- Petición para Determinación de Beneficios
(Petition for Benefit Determination)
- Declaraciones de Posición
(Position Statements)
- Declaración de Sueldos
(Wage Statement)
- (Registros Médicos)
(Medical Records)
- Lista(s) de Asuntos Adicionales
(List(s) of Additional Issues)
- Listas de Defensas Levantadas

- (List(s) of Defenses Raised)
- Declaraciones Juradas (Affidavits)
- Depositiones (Depositions)
 - Formularios Estatales (State Forms)
 - Registros del Personal (Personnel Records)
 - Estipulaciones de las Partes
(Stipulations of the Parties)
 - Otro (Other) _____
- _____
- _____

Y Más aún certifico que una copia verdadera y correcta de este aviso de certificación de disputa con los adjuntos marcados fue presentada a la secretaria y que una copia verdadera y correcta fue enviada a las partes este ____ día del _____ de 20____.

(And further certify that a true and correct copy of this dispute certification notice with the above checked attachments was filed with the clerk and a true and correct copy was forwarded to the parties on this the ____ day of _____, 20____.)

Los documentos enumerados arriba y adjuntados al Aviso de Certificación de Disputa no serán considerados por el Tribunal a menos que sean introducidos debidamente a la evidencia durante una audiencia antes del Tribunal. Los Reglamentos de Procedimientos Civiles de Tennessee y los Reglamentos de Evidencia de Tennessee corresponden a todas las audiencias ante el Tribunal.

(The documents listed above and attached to the Dispute Certification Notice will not be considered by the Court unless properly introduced into evidence during a hearing before the Court. The Tennessee Rules of Civil Procedure and Tennessee Rules of Evidence apply to all hearings before the Court.)

