Solamente para uso por la BWC (For BWC Use Only)

Sello de Fecha Presentada Aquí (Filed Date Stamp Here)

PETICIÓN PARA DETERMINACIÓN DE BENEFICIOS

PETITION FOR BENEFIT DETERMINATION

Oficina de Compensación a Trabajadores
Tennessee Bureau of Workers' Compensation
Tribunal de Reclamaciones de Compensaicón a Trabajadores
Court of Workers' Compensation Claims
www.tn.gov/workforce/section/injuries-at-work
wc.ombudsman@tn.gov
1-800-332-2667

Docket No._____
State File No._____
RFA No._____
Date of Injury_____

Prior PBD Filed: ☐ Yes ☐ No
Assigned Judge_____

Esto corresponde a lesiones a partir del 1 de julio de 2014
Applies to injuries on or after July 1, 2014

Información General (General Information)

La Petición para Determinaciones de Beneficios (PBD) es el formulario que se presenta a la Oficina de Compensación a Trabajadores para comenzar a resolver disputas. El proceso legal para una reclamación de compensación al trabajador comienza con esta presentación. Este formulario servirá como la base para su reclamación. Es importante que el formulario sea llenado tan completa y exactamente como sea posible. Para asistencia al completar este formulario, por favor llame al: 1-800-332-2667

The Petition for Benefit Determination (PBD) is the form to file with the Bureau of Workers' Compensation to begin to resolve disputes. The legal process for a workers' compensation claim begins with this filing. This form will serve as the basis for your claim. It is important that the form be filled out as completely and accurately as possible. For assistance with completing this form, please call: 1-800-332-2667.

Completar este Formulario (Completing this Form)

Debido a que este formulario detalla su reclamación, cierta información es obligatoria. Por lo general, esto es el quién, qué, cuándo, dónde, por qué y de qué manera de su caso. Es posible que Ud. no pueda llenar cada espacio. Haga lo mejor que pueda. Sin embargo, tenga en cuenta que mientras más información proporcione mejor será.

Because this form outlines your claim, certain information is required. This is generally the who, what, when, where, why, and how of your case. You may not be able to fill in every blank. Do the best you can. However, remember that the more information provided the better.

Plazos fijados (Time-Sensitive)

En la mayoría de casos, se tiene que llenar este formulario dentro de un (1) año después del accidente que resultó en lesión; un (1) año desde el último tratamiento médico autorizado; o un (1) año desde el momento en que el empleador cesó de hacer pagos de compensación al empleado o en su nombre, según sea más reciente. Si no presenta este formulario a tiempo, es posible que se le denieguen beneficios.

In most cases, this form must be filed within one (1) year after the accident resulting in injury; one (1) year from the last authorized medical treatment; or one (1) year from the time the employer ceased to make payments of compensation to or on behalf of the employee, whichever is later. If you fail to timely file this form, you may be denied benefits.

Sección A: Identifique las personas y las compañías involucradas

Section A: Identify the people and the companies involved.

Nombre del Empleado (Employee Name) _____

Fecha de Lesión (Date of Injury)_____

(NSS) (SSN) _____ Fecha de Nacimiento(Date of Birth) _____

Nombre del Empleado(Employee Name) _____

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) _____

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 (Insurance Company)

_____

Administrador de Terceros (Third Party Administrator:)_____

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) _____

Número de Reclamación de Seguro (Ins. Claim#)_____

Nombre del Empleado (Employee Name) _____

El Fondo de Segunda Lesión (Subsequent Injury Fund, SIF) proporciona beneficios a los empleados que tienen una discapacidad física permanente anterior, y que se llegan a estar discapacitados permanente y totalmente por una lesión posterior en el lugar de trabajo. Para conservar una reclamación del SIF, el empleado tiene que enviar este formulario por fax al 615-741-4169 o por correo a: Legal Services Director, Legal Section, 220 French Landing Drive, 3B, Nashville, TN 37243.

The Subsequent Injury Fund (SIF) provides benefits to employees who have a prior permanent physical disability and who become permanently and totally disabled by a later work injury. To preserve a claim against the SIF, employee must fax this form to 615-741-4169 or mail it to: Legal Services Director, Legal Section, 220 French Landing Drive, 3B, Nashville, TN 37243.

¿El Empleado está pidiendo reembolso del Fondo de Segunda Lesión? Is the Employee seeking recovery from the Subsequent Injury Fund? ☐ SÍ (YES) ☐NO(NO) ☐Desconoce(Unknown)

Nombre del Abogado del SIF (Si se conoce) (SIF Attorney Name (If known): _____
☐Desconoce (Unknown)

Sección B: Identifique el problema que tiene con la reclamación de compensación al trabajador.
Section B: Identify the problem you are having with the workers' compensation claim.

Yo (I), _____, tengo el siguiente problema (have the following problem:) Ajunte hojas adicionales si sean necesarias (Attach additional sheets if necessary.)

_____

_____

_____

_____

Sección C: Proporcione detalles sobre la lesión en el trabajo.
Section C: Provide details about the work injury.

LA FECHA DE LA LESIÓN ES
(THE DATE OF INJURY IS) _____.

Describa la lesión; incluya cómo y dónde ocurrió la lesión, la(s) parte(s) corporal(es) lesionada(s), y el trabajo que estaba realizando. Incluya los nombres de todas las personas involucradas o quienes fueron testigos al accidente. Sea tan específico como sea posible. También, por favor adjunte cualquier documento que tenga, tal como informes de accidentes, expedientes médicos, que respalden su reclamación. La presunta lesión ocurrió de la siguiente manera: (Adjunte hojas adicionales si son necesarias)

Tell us about the injury; include how and where the injury occurred, the body part(s) injured, and the work that was being done. Include the names of all persons involved or who witnessed the accident. Be as specific as possible. Also, please attach any documents you have, such as accident reports or medical records, which support your claim. The alleged injury occurred in the following manner: (Attach additional sheets if necessary.)

_____

_____

_____

_____

Nombre del Empleado (Employee Name:) _____

El Empleado informó de la lesión a
(Employee reported the injury to)_____ el _____.
Introduzca la fecha (Insert Date) Introduzca el nombre (Insert Name)

Sección D: Identifique los asuntos de compensación al trabajador que corresponden a la reclamación (Seleccione todo lo que corresponda)
Section D: Identify the workers' compensation issues that apply to the claim. (Select all that apply.)

Beneficios Médicos (Medical Benefits)

- ☐ El Empleado recibió una lista de médicos el (Employee received a list of physicians on) _____ y escogió (and selected) _____. Fecha (Date)
  Introduzca el Nombre del Médico o la Clínica (Insert Doctor or Clinic Name)
- ☐ El Empleador no ha proporcionado una lista de médicos (Employer has not provided a list of physicians.)
- ☐ El Empleador no ha proporcionado cuidados médicos (Employer has not provided medical care.)
- ☐ El Empleador no ha proporcionado cuidados médicos según es requerido por orden de la corte (Proporcione el orden de la corte) Employer has not provided medical care as required by a court order. (Provide court order.)
- ☐ El Empleador dejó de proporcionar cuidados médicos (Proporcione expedientes médicos relevantes) Employer stopped providing medical care. (Provide relevant medical records.)
- ☐ El Empleador no ha proporcionado cuidados médicos ordenados por el médico (Proporcione expediente médicos relevantes) (Employer has not provided medical care ordered by the doctor. (Provide relevant medical records.)
- ☐ El Empleado buscó cuidados médicos por sí mismo (Proporcione expedientes y facturas médicas relevantes) Employee sought medical care on his/her own. (Provide relevant medical records and bills.)

Beneficios de Discapacidad Temporal (Temporary Disability Benefits)
(Proporcione declaración de sueldo o talones de cheque si los tiene)
(Provide wage statement or check stubs if you have them.)

- ☐ Doctor (Doctor) _____ ordenó que el empleado no trabajara y/o asignó restricciones de (took employee off work and/or assigned restrictions of:)
  _____
- ☐ Empleado ha faltado los siguientes días al trabajo debido a la lesión (Employee has missed the following days from work due to the injury:) _____
  _____
- ☐ Al empleado no se le ha pagado por los días de falta y/o cree que se le debe más de lo que recibió.
  (Employee has not been paid for missing work and/or believes he/she is owed more than received.)
- ☐ Al empleado se le ha pagado mientras faltó al trabajo a la tasa de $ a la semana.
  (Employee has been paid while missing work at the rate of $_____ per week.)

Nombre del Empleado (Employee Name) _____

Beneficios por Muerte (Death Benefits)

- ☐ Empleador ha aceptado la reclamación (Employer has accepted the claim.)
- ☐ Empleador ha denegado la reclamación (Employer has denied the claim)
- ☐ Hay un cónyuge dependiente (There is a dependent spouse.)
- ☐ Hay otros dependientes (There are other dependents).
- ☐
- ☐ Hay _____ menores dependientes (There are _____ dependent children.)
  Se necesita asignar un Tutor Ad Litem. (A Guardian Ad Litem needs to be appointed.)

Descubrimiento (Si una PBD ya está en el expediente, no es necesario presentar otra PBD para descubrimiento)
Discovery (If a PBD is already on file, it is not necessary to file another PBD for discovery.)

- ☐ Se necesita una citación (Incluya citación completada)
  (A subpoena is needed. (Include completed subpoena.)
- ☐ Interrogatorios no han sido devueltos (Incluya los interrogatorios)
  Interrogatories have not been returned. (Include interrogatories.)

Beneficios de Discapacidad Permanente Permanent Disability Benefits **(Proporcione Informe Médico Final (C 30A) o Informe del Médico si está disponible)**
(Provide Final Medical Report (C 30A) or Physician's Report if available.)

- ☐ Las partes no están de acuerdo con la magnitud de la discapacidad.
  (Parties do not agree upon extent of disability.)
- ☐ El beneficio fue aumentado debido a que el Empleado no regresó al trabajo
  (Increased benefit because Employee did not return to work.)
- ☐ Empleado alcanzó máximo mejoramiento medico el_____
  (Employee reached maximum medical improvement on _____.)
- ☐ El Dr. _____ asignó una tasa de discapacidad de _____% del cuerpo entero.
  (Doctor _____assigned an impairment rating of _____% to the body as a whole.)
- ☐ El Dr. _____ asignó una tasa de discapacidad de _____% del cuerpo entero.
  (Doctor _____assigned an impairment rating of _____% to the body as a whole.)
- ☐ El Dr. _____ asignó restricciones permanentes de_____

  Dr._____assigned permanent restrictions of:

_____
_____

Sección E: Indique sus Preferencias de Mediación

Section E: Indicate Your Mediation Preferences:

Nombre del Empleado (Employee Name) _____

Antes de que una disputa pueda presentarse ante un juez, el asunto tiene que pasar por mediación. Mediación es un proceso en el que un mediador que trabaja para el estado, sin ningún interés en el resultado, trabaja con las partes para solucionar la disputa bajo rol voluntario, también conocido como resolver la disputa. La mayoría de disputas son resueltas antes de pasar ante un juez.
(Before a dispute can be brought before a judge, the matter must go through mediation. Mediation is a process in which a mediator working for the state, without a stake in the outcome, works with the parties to resolve the dispute on a voluntary basis, otherwise known as settling the dispute. Most disputes are settled without going before a judge.)

☐ Quiero mediar por teléfono (I want to mediate over the phone.) (Continúe a la Sección F) (Skip to Section F.)
☐ Quiero mediar en persona (I want to mediate in person.)
¿Esto fue ordenado por la Corte? (Was this Court-ordered?) ☐ Sí (Yes) ☐ No (No)

Mediaciones en persona tienen que programarse con acuerdo entre el empleado y el representante del empleador. Por favor contacte a todas las partes e indique las tres (3) fechas y horas satisfactorias líneas abajo. Por favor encierre en un círculo la hora deseada.
(In-Person mediations must be scheduled with agreement between the employee and the employer's representative. Please contact all parties and indicate the three (3) agreed upon dates and times below. Please circle desired time slot.)

_____	_____	_____
9:00 am o 1:00 pm	9:00 am o 1:00 pm	9:00 am o 1:00 pm

☐ Marcando este recuadro, certifico que todas las partes están de acuerdo con las fechas y horas líneas arriba (By checking this box, I certify that the above dates and times have been agreed upon by all parties.)
☐ He hecho tres (3) intentos para programar una mediación; sin embargo la parte opuesta no ha cooperado.
(I have made three (3) attempts to schedule mediation; however, the opposing party has not cooperated.)

Sección F: Aviso
Section F: Notice

Se tiene que proporcionar una copia de este formulario a todas las personas identificadas en la Sección A. Indique la manera en la que Ud. les envió una copia de este formulario.
(A copy of this form must be provided to everyone identified in Section A. Indicate how you sent them a copy of this form.)

☐ **Empleado (Employee)**_____
Servicio por (Service by:)
☐ En persona (By Hand) ☐ Correo (Mail)
☐ Fax (Facsimile) ☐ Correo Electrónico (Email)
Servicio Enviado a (Service Sent to:)
_____

☐ **Abogado del Empleado (Employee's Atty)**
_____
Servicio por (Service by:)
☐ En persona (By Hand) ☐ Correo (Mail)
☐ Fax (Facsimile) ☐ Correo Electrónico (Email)
Servicio Enviado a (Service Sent to:)
_____

☐ **Portador(es) (Carrier(s))**
_____
Servicio por (Service by:)
☐ En persona (By Hand) ☐ Correo (Mail)
☐ Fax (Facsimile) ☐ Correo Electrónico (Email)
Servicio Enviado a (Service Sent to:)
_____

☐ **Abogado(s) del Empleador(es) (Employer(s)' Atty(s))**
_____
Servicio por (Service by:)
☐ En persona (By Hand) ☐ Correo (Mail)
☐ Fax (Facsimile) ☐ Correo Electrónico (Email)
Servicio Enviado a (Service Sent to:)
_____

Nombre del Empleado (Employee Name) _____

☐**Empleador(es) (Employer(s))**
_____
Servicio por (Service by:)
☐En persona (By Hand) ☐Correo (Mail)
☐Fax (Facsimile) ☐Correo Electrónico (Email)
Servicio Enviado a (Service Sent to:)
_____

☐**Abogado del SIF (SIF's Atty)**
_____
Servicio por (Service by:)
☐En persona (By Hand) ☐Correo (Mail)
☐Fax (Facsimile) ☐Correo Electrónico (Email)
Servicio Enviado a (Service Sent to:)
_____

Sección G: Certifique que la información contenida en la Determinación para Beneficios es correcta. (Section G: Certify the information contained in the Petition for Benefit Determination is correct.)

Yo (I), _____, declaro que la información proporcionada en esta Petición para Determinación de Beneficios es veraz y exacta según mi mejor conocimiento, información y convicción. Además, certifico que una copia de la Petición para Determinación de Beneficios ha sido enviada a las partes según descrito líneas arriba.

(state that the information provided in this Petition for Benefit Determination is true and accurate to the best of my knowledge, information, and belief. Further, I certify a copy of the Petition for Benefit Determination has been sent to the parties as described above.)

_____ _____ _____
Nombre en letra de molde (Print Name) Firma (Signature) Fecha (Date)

Por favor devuelva el formulario completado a la oficina regional que esté más cerca de la dirección residencial del Empleado.
(Please return the completed form to the office in the region of the Employee's home address)

Chattanooga
TN Bureau of Workers' Compensation
1301 Riverfront Pkwy., Ste. 202
Chattanooga, TN 37402
Fax: 423-634-3115
Email: wc.ombudsman@tn.gov

Cookeville
TN Bureau of Workers' Compensation
444 – A Neal Street
Cookeville, TN 38501-027
Fax: 931-520-4316
Email: wc.ombudsman@tn.gov

Gray
TN Bureau of Workers' Compensation
5788 Bobby Hicks Hwy. Gray, TN 37615
Fax: 423-239-7844
Email: wc.ombudsman@tn.gov

Jackson
TN Bureau of Workers' Compensation
225 Dr. Martin L. King Jr. Dr.
1st Floor, Suite 120, Box 26
Jackson, TN 38301-6985
Fax: 731-265-7022
Email: wc.ombudsman@tn.gov

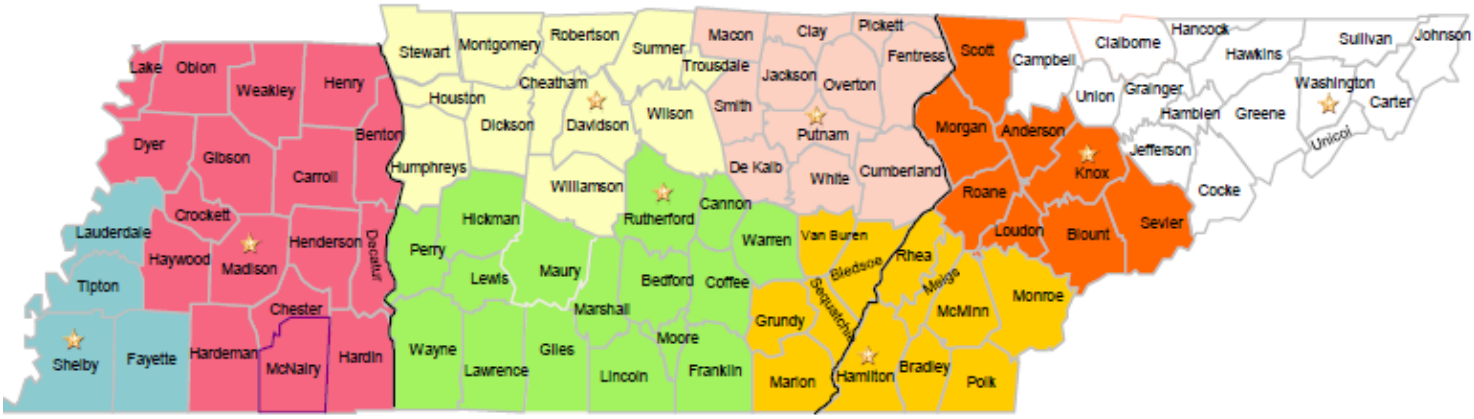
Knoxville
TN Bureau of Workers' Compensation
520 Summit Hill, Ste. 103
Knoxville, TN 37902
Fax: 865-594-5172
Email: wc.ombudsman@tn.gov

Memphis
TN Bureau of Workers' Compensation
One Commerce Square 40 South Main St., Ste. 500
Memphis, TN 38103-1820 Fax: 901-543-6039
Email: wc.ombudsman@tn.gov

Murfreesboro
TN Bureau of Workers Compensation
845 Esther Lane Murfreesboro, TN 37129-5537 Fax: 615-217-9378
Email: wc.ombudsman@tn.gov

Nashville
TN Bureau of Workers' Compensation
220 French Landing Drive, 1-B
Nashville, TN 37243-1002 Fax: 615-253-1223
Email: wc.ombudsman@tn.gov

Workers' Comp Court Clerk TN Bureau of Workers' Compensation
220 French Landing Drive, 1-B
Nashville, TN 37243-1002
Fax: 615-253-2480
Email: wc.ombudsman@tn.gov


Lake
Obion
Weakley
Henry
Dyer
Gibson
Carroll
Benton
Crockett
Lauderdale
Haywood
Madison
Henderson
Decatur
Tipton
Chester
Shelby
Fayette
Hardeman
McNairy
Hardin
Stewart
Montgomery
Robertson
Sumner
Macon
Clay
Pickett
Fentress
Scott
Campbell
Claiborne
Hancock
Hawkins
Sullivan
Johnson
Houston
Cheatham
Dickson
Davidson
Wilson
Trousdale
Jackson
Overton
Smith
Putnam
Morgan
Anderson
Union
Grainger
Hamblen
Greene
Washington
Carter
Unicoi
Jefferson
Knox
Cocke
Humphreys
Williamson
Rutherford
Cannon
De Kalb
White
Cumberland
Roane
Loudon
Blount
Sevier
Hickman
Perry
Lewis
Maury
Bedford
Coffee
Warren
Van Buren
Bledsoe
Rhea
Meigs
Sequatchie
Marshall
Grundy
McMinn
Monroe
Wayne
Lawrence
Giles
Lincoln
Moore
Franklin
Marion
Hamilton
Bradley
Polk