

Instrucciones

Sección I Información del trabajador lesionado

Complete la información demográfica.

Sección II Solicitud específica para ser considerada

Debe indicar de manera específica la acción solicitada como se indica a continuación.

- Para condiciones adicionales, indique el diagnóstico de las condiciones médicas que desea que la Agencia de Compensación al Trabajador (Bureau of Workers' Compensation, BWC) o la Comisión Industrial de Ohio (Industrial Commission of Ohio, IC) consideren. Si la solicitud es por una condición psiquiátrica o psicológica, incluya la declaración a continuación. Esta declaración debe ser firmada y fechada por el trabajador lesionado.

Soy consciente de que estoy presentando esta moción para solicitar que BWC reconozca una condición psiquiátrica o psicológica como resultado de la lesión por la cual se permite este reclamo.

Firma del trabajador lesionado _____ Fecha _____

- Para una compensación total temporal (TT), indique el período para el que solicita la TT.
- Para un ajuste de salario, indique el monto del salario actual y el monto que desea ajustar.
- Para una disputa por un reclamo bajo un empleador autoasegurado, indique el problema que disputa, por ejemplo el pago de la compensación de facturas médicas, autorización de tratamiento, prestación por condición médica, etc.
- Para cualquier otro asunto, indique en detalle la acción específica que desea que BWC o la IC consideren.
- **Nota: No use este formulario para presentar una apelación a una orden de audiencia de BWC o IC. Use el Aviso de Apelación (IC-12).**

Sección III Evidencia de respaldo

Debe enviar o hacer referencia a la evidencia para respaldar la acción solicitada como se indica a continuación.

- Para condiciones adicionales, indique la documentación en el archivo que respalda su solicitud o adjunte la documentación médica, como informes médicos, que incluyan la declaración de un médico que aborde la relación causal entre el diagnóstico solicitado y la lesión relacionada con el trabajo, resultados de las pruebas de diagnóstico, resultados de exámenes de radiología, informes quirúrgicos, etc.
 - Si solicita la adición de una condición preexistente que ha empeorado debido a la lesión relacionada con el trabajo, debe identificarla claramente como una agravación o una agravación sustancial (dependiendo de la fecha de la lesión) de la condición preexistente específica.
 - Si la fecha de la lesión es el 25 de agosto del 2006 o después de esta fecha (agravación sustancial), debe proporcionar hallazgos diagnósticos objetivos, hallazgos clínicos objetivos o resultados de pruebas objetivas que muestren que la condición preexistente específica ha empeorado de manera sustancial debido a la lesión relacionada con el trabajo.
 - Si la fecha de la lesión es antes del 25 de agosto del 2006, debe proporcionar evidencia objetiva o subjetiva o ambas que muestra la agravación, es decir, algún efecto adverso real en la condición preexistente específica.
- Para la TT, incluya uno de los siguientes formularios completos y firmado [Solicitud para Compensación Total Temporal \(Temporal Request for Temporary Total Compensation\) \(C-84\) Informe Médico sobre la Capacidad de Trabajo. \(Physician's Report of Work Ability\) \(MEDCO-14\)](#) o un formulario equivalente y cualquier evidencia adicional para respaldar su solicitud.
- Para un ajuste de salario, indique la documentación en el archivo que respalda su solicitud o adjunte declaración de ingresos, talones de pago, formulario de declaración de salario, informe de nómina, formulario W-2 o cualquier otro formulario de declaración de impuestos, etc.
- Para una disputa por un reclamo de autoaseguro, indique la documentación en el archivo que respalda su solicitud o adjunte las copias de solicitudes de autorización, facturas médicas u otra evidencia.
- Para cualquier otra solicitud, indique la documentación en el archivo que respalda su solicitud o adjunte evidencia específica que respalde la acción que desea tomar.

Instrucciones

- Las partes del reclamo que soliciten una decisión de BWC o de la Comisión Industrial de Ohio (IC) deben usar este formulario si cualquier otro formulario o solicitud no aplica. Para una lista completa de los formularios visite www.bwc.ohio.gov, o llame a BWC al **1-800-644-6292**.
- Atención proveedores de atención médica: no usen este formulario.** Los proveedores de atención médica deben usar [Physician's Request for Medical Service or Recommendation for Additional Conditions for Industrial Injury or Occupational Disease\(C-9\) \(Solicitud del Médico para Servicios o Recomendaciones Médicas para condiciones adicionales por una lesión industrial o una enfermedad ocupacional\)](#).

Sección I Información del trabajador lesionado

Nombre del trabajador lesionado		Número de Reclamo	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Sección II Solicitud específica para ser considerada

Esta *moción* es una solicitud para considerar lo siguiente: (debe indicar de manera específica la acción solicitada como se describe en la página de instrucciones).

Sección III Evidencia de respaldo

En respaldo de esta *moción*, se incluye la siguiente evidencia: (debe enviar o hacer referencia a la evidencia con este formulario para respaldar la acción solicitada como se indica en la página de instrucciones).

Firma

Certificación de servicio: Al firmar abajo, certifico que he proporcionado una copia de esta *moción* a todas las partes y representantes del reclamo. Las partes del reclamo incluyen al trabajador lesionado, el empleador o sus representantes autorizados y a BWC.

Firma del solicitante	Fecha
-----------------------	-------

Indique la parte que presenta el formulario marcando la casilla correspondiente.

- Trabajador lesionado Empleador Representante autorizado
 Administrador de la Agencia de Compensación al Trabajador de Ohio