Bureau of Workers' Compensation

Solicitud para la determinación o aumento del porcentaje de discapacidad parcial permanente (C-92)

Número de reclamo

Instrucciones
Complete este formulario y envíelo por fax al 1-866-336-8352, o envíelo a la oficina de reclamos de BWC de su localidad.

Información del empleado lesionado

Nombre			Fecha de la lesión
Dirección		Método de contacto preferido ☐ Teléfono particular ☐ Teléfono celular ☐ Número de contacto ☐ Correo electrónico ☐ Correo postal	
Ciudad		Estado	Código postal
Número de teléfono particular	Número de teléfono celular	Dirección de correo electrónico principal	

Designación de la solicitud

Solicito una de las opciones enumeradas a continuación.

☐ Porcentaje de discapacidad parcial permanente (%PPD) inicial: Comprendo que debo asistir a un examen de BWC, y que BWC evaluará todas las afecciones autorizadas en mi reclamo a menos que se indique a continuación.

Anote las exclusiones, si corresponde, aquí: _____

☐ %PPD para una afección autorizada recientemente en este reclamo: Comprendo que si se programa un examen, tengo la obligación de asistir.

Enumere las afecciones autorizadas recientemente aquí: _____

☐ Incremento del %PPD: Considero que mi afección médica se agravó, y mi %PPD por este reclamo ha aumentado. Comprendo que debo presentar junto con esta solicitud un informe de mi médico que muestre evidencia de un aumento. Comprendo que BWC solo contemplará un aumento en el caso de aquellas afecciones respaldadas por evidencia de circunstancias nuevas y modificadas. Comprendo que si se programa un examen, tengo la obligación de asistir.

Disponibilidad para el examen: Por la mañana (de 7 a. m. a 12 p. m.), por la tarde (de 12 p. m. a 5 p. m.)
Procuraremos respetar su disponibilidad para el examen solicitado. **ADVERTENCIA —** BWC puede desestimar la presente solicitud si el empleado lesionado no responde a un intento por programar un examen o no asiste al examen.

Marque todos los días de la semana y los momentos del día en los que puede asistir a un examen.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	☐ Sábado
☐ Mañana	☐ Mañana	☐ Mañana	☐ Mañana	☐ Mañana	Nota: La disponibilidad de las citas para este día es limitada.
☐ Tarde	☐ Tarde	☐ Tarde	☐ Tarde	☐ Tarde	
☐ En cualquier momento	☐ En cualquier momento	☐ En cualquier momento	☐ En cualquier momento	☐ En cualquier momento	

- Si hay fechas específicas en las cuales no puede asistir al examen en las próximas seis semanas, indíquelas a continuación.
- Si solo se encuentra disponible antes/después de una hora específica del día (por la mañana o la tarde), indique dicho horario (p. ej., únicamente después de las 3 p.m.).

☐ Marque aquí si necesita un intérprete para asistir al examen.

Firma del trabajador lesionado

- Certifico que la información de este formulario es verdadera y correcta. Comprendo que toda persona que a sabiendas haga una declaración falsa, tergiversación, ocultación de hechos o cualquier otro acto de fraude para obtener beneficios/indemnización, según lo proporciona BWC o empleadores autoasegurados, o quien a sabiendas acepta una indemnización a la que no tiene derecho está sujeto a enjuiciamiento penal y, de conformidad con las disposiciones penales pertinentes, puede ser punible con una multa, encarcelamiento o ambos.
- Certifico que toda la información indicada anteriormente es actual al momento de presentar esta solicitud.

Firma del empleado lesionado/representante del empleado lesionado	Fecha

Autorizado a recibir el cheque de indemnización de los trabajadores

Nombre del representante del empleado lesionado	Número de ID del representante

- Por el presente, autorizo y ordeno a BWC que envíe por correo directamente a mi abogado el pago de la indemnización según el reclamo numerado arriba y cualquier adjudicación monetaria acumulada que haya sido generada por esta solicitud.
- Esta autorización conlleva la limitación de que mi abogado no tiene la autoridad de cobrar o endosar este cheque en mi nombre.
- Esta autorización no continuará en vigencia después de que BWC haya pagado dichas adjudicaciones en la solicitud original mencionada anteriormente, a menos que haya una audiencia, apelación o reconsideración subsiguiente después de realizado el pago.
- Esta autorización no tendrá validez si se presenta después de transcurridos 18 meses a partir de la fecha de mi firma.

Firma del empleado lesionado	Fecha