

# ATENCIÓN

## Breve descripción de sus derechos y prestaciones si sufre una lesión en el trabajo o si padece una enfermedad ocupacional

**Aviso de lesión o enfermedad ocupacional (Formulario C-1 para denuncia del incidente):** Si sufre una lesión o enfermedad ocupacional (OD, en inglés) como resultado, y durante el transcurso del empleo, usted debe avisar por escrito a su empleador lo antes posible, dentro de un plazo de no más de 7 días a partir del accidente u OD. Su empleador mantendrá una cantidad suficiente de los formularios necesarios.

**Reclamo de Indemnización (Formulario C-4):** Si necesitara tratamiento médico, el formulario C-4 estará disponible en el lugar de tratamiento inicial. Deberá completar un [formulario de] "Reclamo de Indemnización" (Formulario C-4) dentro de los 90 días después de ocurrido el accidente u OD. El médico o quiropráctico tratante deberá completar y enviar por correo el Reclamo de Indemnización al empleador, asegurador del empleador y la entidad administradora independiente, dentro del plazo de 3 días hábiles después del tratamiento.

**Tratamiento médico:** Si necesita tratamiento médico para su lesión u OD ocurrida en el trabajo, es posible que necesite elegir a un médico o quiropráctico de la lista proporcionada por su asegurador de prestaciones por indemnización laboral, si tiene un contrato con una Organización de Administración del Cuidado de la Salud (MCO, en inglés), una Organización de Proveedores Preferidos (PPO, en inglés) o proveedores del cuidado de la salud. Si su empleador no ha formalizado un contrato con una organización MCO o PPO, usted podrá elegir un médico o quiropráctico del Panel de médicos y quiroprácticos. Su asegurador pagará por cualquier costo médico asociado con su lesión industrial u OD.

**Discapacidad total temporal (TTD, en inglés):** Si su médico ha certificado que usted no puede trabajar por un período de por lo menos 5 días consecutivos o 5 días acumulativos en un período de 20 días, o le impone restricciones a las que su empleador no se ajusta, es posible que tenga derecho a recibir una por TTD.

**Discapacidad parcial provisoria (TPD, en inglés):** Si la paga que usted recibe al ser recontratado es menor a la indemnización por TTD a la que tiene derecho, es posible que el asegurador deba pagarle la indemnización por TPD para subsanar la diferencia. TPD solo puede pagarse durante un máximo de 24 meses.

**Discapacidad parcial permanente (PPD, en inglés):** Cuando su condición médica es estable y se determina una discapacidad PPD como resultado de su lesión u OD, dentro de 30 días, su asegurador debe hacer los trámites correspondientes para llevar a cabo una evaluación con un médico o quiropráctico autorizado que determine el grado de su PPD. El monto de su indemnización por PPD dependerá de la fecha de la lesión, los resultados de la evaluación PPD, su edad y remuneración.

**Discapacidad total permanente (PTD, en inglés):** Si está certificado por el médico tratante o quiropráctico como discapacitado total y permanente, y su asegurador le ha asignado la categoría de PTD, usted tiene derecho a recibir prestaciones mensuales que no superen el 66 2/3% de su paga mensual promedio. El monto de la indemnización por PTD está sujeto a reducciones si usted recibió anteriormente un laudo por PPD.

**Servicios de capacitación vocacional:** Es posible que reúna los requisitos para recibir los servicios de capacitación vocacional si no puede regresar al trabajo debido a un impedimento físico permanente o a restricciones permanentes como resultado de su lesión o enfermedad ocupacional.

**Transporte y reembolso de viáticos:** Es posible que reúna los requisitos para recibir un reembolso por gastos de viaje y viáticos asociados con el tratamiento médico.

**Reapertura de la causal de reclamo:** Usted podría reabrir su reclamo si su afección empeora después de la resolución del mismo.

**Proceso de apelación:** Si no está de acuerdo con la determinación por escrito expedida por el asegurador, o el asegurador no responde a su solicitud, usted puede apelar al Departamento de Administración, Funcionario que preside las Audiencias, siguiendo las instrucciones que aparecen en su carta de determinación. Debe apelar la determinación dentro de 70 días a partir de la fecha de la carta de determinación en el 1050 E. William Street, Suite 400, Carson City, Nevada 89701, o en el 2200 S. Rancho Drive, Suite 210, Las Vegas, Nevada 89102. Si no está de acuerdo con la decisión del Funcionario que preside las Audiencias, usted puede apelar al Departamento de Administración, Funcionario a cargo de las Apelaciones. Debe presentar su apelación dentro de 30 días a partir de la fecha de la carta de decisión del Funcionario a cargo de las Apelaciones en el 1050 E. William Street, Suite 450, Carson City, Nevada 89701, o en el 2200 S. Rancho Drive, Suite 220, Las Vegas, Nevada 89102. Si no está de acuerdo con la decisión del Funcionario a cargo de las Apelaciones, usted puede presentar una petición solicitando una revisión judicial ante el Tribunal del Distrito. Debe hacerlo dentro de 30 días a partir de la decisión del Funcionario a cargo de las Apelaciones. Usted puede contratar los servicios de un abogado para que lo represente en cuyo caso los honorarios correrán por su cuenta o puede comunicarse con NAIW para obtener una posible representación.

**Abogados de Nevada para Empleados Lesionados (NAIW, en inglés):** Si no está de acuerdo con la decisión del funcionario que preside las audiencias, puede solicitar que NAIW lo represente sin costo ante la Audiencia con el Funcionario a cargo de las Apelaciones. NAIW es una agencia estatal independiente y no está afiliado con cualquier asegurador. Para obtener más información sobre la denegación de prestaciones, puede comunicarse con NAIW en el 1000 E. William Street, Suite 208, Carson City, NV 89701, (775) 684-7555 o en el 2200 S. Rancho Drive, Suite 230, Las Vegas, NV 89102, (702) 486-2830.

**Para presentar un reclamo ante la Oficina de Relaciones Industriales:** Si desea presentar un reclamo ante el Administrador de la Oficina de Relaciones Industriales (DIR, en inglés), por favor comuníquese con la Sección de Prestaciones por Indemnización Laboral en el 400 West King, Street, Suite 400, Carson City, Nevada 89703, teléfono (775) 684-7270 o en el 1301 North Green Valley Parkway, Suite 200, Henderson, Nevada 89074, teléfono (702) 486-9080.

**Para recibir ayuda sobre asuntos pertinentes a las Prestaciones por Indemnización Laboral:** Puede comunicarse con la Oficina del Gobernador para Asistencia sobre la Salud del Consumidor, en el 555 E. Washington Avenue, Suite 4800, Las Vegas, Nevada 89101, llame gratis al 1-888-333-1597, sitio en Internet: <http://govcha.state.nv.us>, correo electrónico: [cha@govcha.state.nv.us](mailto:cha@govcha.state.nv.us)

La información en esta publicación se deriva de los Capítulos 616 A y 617 de los Estatutos Actualizados de Nevada y se proporciona únicamente para fines informativos. Si tiene alguna pregunta sobre su lesión o reclamo por Prestaciones por Indemnización Laboral, por favor llame al:

<b>SU ADMINISTRADOR DE RECLAMOS ES:</b>	Republic Indemnity P.O. Box 94736 Las Vegas, NV 89193-4736 (702) 798-0834 Toll Free (877) 219-3139
<u>Republic Indemnity</u>	<u>Liliana Arteaga, Representante de Reclamos</u>

MCO/Proveedor de los cuidados de la salud: \_\_\_\_\_ Persona de contacto: \_\_\_\_\_  
Direccion: \_\_\_\_\_ Numero de telefono: \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Codigo Postal