

ESTADO DE NUEVO MÉXICO
LA ADMINISTRACIÓN DE COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES
STATE OF NEW MEXICO
WORKERS' COMPENSATION ADMINISTRATION

_____, WCA No.: _____
Trabajador/a,
v. _____, y
Empleador/a sin seguro

EL FONDO DE EMPLEADORES NO ASEGURADOS DE NUEVO MÉXICO,
Tercera Parte Estatutaria.

QUEJA DE COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES
WORKERS' COMPENSATION COMPLAINT

1. Tipo de lesión: Lesión accidental de trabajo / Enfermedad de ocupación
2. Nombre completo del/de la Trabajador/a: _____
Dirección (calle): _____
Dirección (ciudad/estado/código postal): _____
Teléfono: _____
Correo electrónico: _____
Nivel más alto de escuela que el/la Trabajador/a completó: _____
Fecha de nacimiento del/de la Trabajador/a: _____ Edad: _____ Sexo: ___ M ___ F
Número de seguro social del/de la Trabajador/a: _____
3. Nombre completo del/de la Empleador/a: _____
Dirección (calle): _____
Dirección (ciudad/estado/código postal): _____
Teléfono: _____
Correo electrónico: _____
4. Compañía de seguro del/de la Empleador/a: el Fondo de Empleadores no Asegurados de Nuevo México
Dirección (calle): 2410 Centre Avenue SE
Dirección (ciudad/estado/código postal): Albuquerque, NM 87106
Teléfono: 505-841-6000
Correo electrónico: WCA-UEF@wca.nm.gov

5. Fecha del accidente: _____
 Ciudad y condado donde ocurrió el accidente: _____
 Cómo el accidente ocurrió: _____
 Tipo de lesión: _____
 Parte/s del cuerpo que fue/fueron lesionada/s: _____
 Primera fecha que el/la Trabajador/a no pudo trabajar: _____
6. El trabajo del Trabajador/a cuando se lesionó: _____
 El salario promedio semanal del/de la Trabajador/a: _____ Por determinar / en disputa
 Tasa de compensación semanal del/de la Trabajador/a: _____ Por determinar / en disputa
7. Nombre del/de la médico/a: _____
 Dirección (calle): _____
 Dirección (ciudad/estado/código postal): _____
 Teléfono: _____
8. Médico/a quien estableció la máxima recuperación medica: _____
 Fecha que el/la Trabajador/a logró la máxima recuperación medica: _____
 ___ Desconocida / Por determinar
 Clasificación de impedimento: _____ Fecha que se estableció: _____
 ___ Desconocida / Por determinar
 ¿El/La médico/a le ha indicado al/a la Trabajador/a que se puede regresar al trabajo? ___ Sí ___ No
 Si es que sí, provee la fecha que el/la médico/a le dio de alto: _____
 ¿Ha regresado el/la Trabajador/a a cualquier trabajo desde que se lesionó? ___ Sí ___ No
 Si es que sí, provee la fecha que el/la médico/a le permitió regresar a trabajar: _____
9. Nombre del/de la Empleador/a actual: _____
 Dirección (calle): _____
 Dirección (ciudad/estado/código postal): _____
10. Elegibilidad para Medicare:
 ¿Es el/la Trabajador/a un/a beneficiario/a actual de Medicare? ___ Sí ___ No
 ¿Ha aplicado el/la Trabajador/a para beneficios de incapacidad de la Administración de Seguro Social en los últimos 5 años? ___ Sí ___ No
 ¿Ha sido diagnosticado el/la Trabajador/a con enfermedad renal en etapa terminal? ___ Sí ___ No
 (Vea 42 U.S.C. § 426-1)

11. Beneficios o reparaciones que el/la Trabajador/a pide:

- Todos los beneficios a los que tengo derecho bajo la ley de compensación de trabajadores de Nuevo Mexico
- Incapacidad total temporal Beneficios por muerte
- Incapacidad total permanente Honorarios de abogado/a
- Incapacidad parcial permanente La desfiguración
- Aumento por equipo de seguridad (nombrar el equipo): _____
- Incapacidad mental: Primaria Secundaria
- Beneficios médicos (enumerar aquí, o adjuntar las facturas no pagadas): _____
- Una determinación de: Mala fe/Procesamiento injusto de reclamos
 Fraude Represalias
- Otro beneficio (elaborar): _____

12. Quejas del/de la Empleador/a:

- Una determinación de elegibilidad / beneficios
- Disminución por equipo de seguridad (nombrar el equipo): _____
- Derecho de reembolso
- Crédito para sobrepago
- Detención o disminución de beneficios (explicar sus motivos): _____

- Otro pedido (elaborar): _____

13. Explicar los datos y el razonamiento que respaldan su queja. (Sea específica en su explicación. Use páginas adicionales si sea necesario.):

14. ¿Hace falta un/a intérprete para las audiencias de esta queja? Sí No

Si es que sí, ¿cuál idioma? _____
(El/la Empleador/a pagará los honorarios del/de la intérprete)

15. ¿Tiene usted el equipo necesario para asistir a la mediación y las audiencias a través de un enlace de video en línea o por teléfono? Sí No

16. Si es que no, la Administración de Compensación de los Trabajadores (WCA, por sus siglas en inglés) puede proveer el equipo. ¿Cuál es la oficina de WCA más cerca de usted?

Albuquerque Farmington Hobbs Las Cruces Las Vegas Roswell
 Santa Fe

Firma de la parte que se presenta Fecha

Nombre impreso

Firma del/de la abogado/a Fecha

Nombre del/de la abogado/a en letra impresa

Dirección (calle)

Dirección (ciudad/estado/código postal)

Teléfono

Correo electrónico para recibir documentos del caso

INSTRUCCIONES DE USO:

Hay que presentar una citación para cada parte demandada junto con la queja.

Si el/la Trabajador/a presenta la queja por su propia parte, el/la Trabajador/a está obligado/a a completar y adjuntar una “Autorización del Trabajador para el Uso y Divulgación de Registros de Salud.”

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: Como ayuda para el proceso litigio, la WCA proporciona la traducción de esta queja de español a Inglés. Ninguna traducción de la WCA será interpretada como traducción oficial.

Para las partes que tengan preguntas: favor de llamar a la línea directa del Ombudsman al 505-841-6894 o 1-

**STATE OF NEW MEXICO
WORKERS' COMPENSATION ADMINISTRATION**

_____, WCA No.: _____
Worker,
v. _____, and
Uninsured Employer,
STATE OF NEW MEXICO UNINSURED EMPLOYERS' FUND,
Statutory Third Party.

WORKERS' COMPENSATION COMPLAINT

1. Type of injury: Accidental Work Injury/Occupational Disease
2. Worker's full name: _____
Mailing address: _____
City/State/Zip: _____
Telephone: _____
E-mail address: _____
Worker's highest level of school completed: _____
Worker's date of birth: _____ Age: ____ Sex: ___ M ___ F
Worker's Social Security Number: _____
3. Full name of Employer: _____
Employer's address: _____
City/State/Zip: _____
Telephone: _____
E-mail address: _____
4. Statutory Third Party: STATE OF NEW MEXICO UNINSURED EMPLOYERS' FUND _____
Address: 2410 Centre Avenue SE _____
City/State/Zip: Albuquerque, NM 87106 _____
Telephone: 505-841-6000 _____
E-mail address: WCA-UEF@wca.nm.gov
5. Date of accident: _____
City and county of accident: _____
How did the accident occur: _____
Nature of injury: _____

Part(s) of body injured: _____

First date Worker was unable to perform job duties: _____

6. Worker's job at time of accident: _____

Worker's average weekly wage: _____ To be determined/disputed

Worker's Weekly compensation rate: _____ To be determined/disputed

7. Doctor's name: _____

Mailing address: _____

City/State/Zip: _____

Telephone: _____

8. Doctor who set maximum medical improvement: _____

Date of maximum medical improvement: _____ Unknown/To be determined

Impairment rating: _____ Date assessed: _____ Unknown/To be determined

Has Worker been released back to work by a doctor? Yes No

If yes, please indicate date Worker was released to work: _____

Has Worker returned to any work since the accident? Yes No

If yes, please indicate date Worker returned to work: _____

9. Current Employer's name: _____

Mailing address: _____

City/State/Zip: _____

10. Medicare eligibility:

Is Worker a current Medicare beneficiary? Yes No

Has Worker applied for Social Security Disability benefits in the past 5 years? Yes No

Has Worker been diagnosed with end stage renal disease? Yes No (See 42 U.S.C. § 426-1)

11. Benefits or relief sought by Worker:

All benefits entitled to under the New Mexico Workers' Compensation Act

Temporary total disability Death benefits

Permanent total disability Attorney fees

Permanent partial disability Disfigurement

Safety device increase (name device): _____

Mental impairment: Primary Secondary

Medical benefits (list here or attach unpaid bills): _____

Determination of: Bad Faith/Unfair Claims Processing Fraud or Retaliation

Other (specify): _____

INSTRUCTIONS FOR USE: A Summons for each responding party shall be filed with the Complaint.

If the Worker is filing this Complaint, the Worker shall also complete and attach the Worker's Authorization for Use and Disclosure of Health Records.

DISCLAIMER: The WCA provides a Spanish to English translation of this Complaint as an aid to the litigation process. No WCA translation shall be construed as an official translation.

Parties with questions may call the Ombudsman Hotline at 505-841-6894 or 1-866-967-5667.