

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

_____, WCA No.: _____
Trabajador/a,

v. _____, y
Primer/a Empleador/a

_____,
Segundo/a Empleador/a

_____,
Primera Compañía de seguro

_____,
Segunda Compañía de seguro

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 **Primer/a Empleador/a**: _____
Dirección (calle): _____
Dirección (ciudad/estado/código postal): _____
Teléfono: _____
Correo electrónico: _____
4. Nombre completo del/de la **Segundo/a Empleador/a**: _____
Dirección (calle): _____
Dirección (ciudad/estado/código postal): _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

5. **Primera Compañía de seguro** del/de la Empleador/a: _____

Dirección (calle): _____

Dirección (ciudad/estado/código postal): _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

6. **Segunda Compañía de seguro** del/de la Empleador/a: _____

Dirección (calle): _____

Dirección (ciudad/estado/código postal): _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

7. Fecha del accidente: _____

Ciudad y condado donde ocurrió el accidente: _____

Cómo ocurrió el accidente: _____

Tipo de lesión: _____

Parte/s del cuerpo que fue/fueron lesionado/s: _____

Primera fecha que el/la Trabajador/a no pudo trabajar: _____

8. 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

9. Nombre del/de la médico/a: _____

Dirección (calle): _____

Dirección (ciudad/estado/código postal): _____

Teléfono: _____

10. 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 puede regresar a trabajar? Sí No

Si es que sí, provee la fecha que el/la médico/a le permitió regresar a trabajar: _____

¿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 trabajador/a regresó a trabajar: _____

11. Nombre del/de la Empleador/a actual: _____

Dirección (calle): _____

Dirección (ciudad/estado/código postal): _____

12. 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 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)

13. 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):

14. 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):

15. Explicar los datos y el razonamiento que respaldan su queja. (Sea específico/a en su explicación. Use páginas adicionales si sea necesario.):

16. ¿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)

17. ¿ 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

18. 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 1-866-967-5667.

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

_____ WCA No.: _____
Worker,
v. _____, and
First Employer,

Second Employer

First Insurer

Second Insurer

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 **First Employer**: _____
Employer's address: _____
City/State/Zip: _____
Telephone: _____
Email address: _____
4. Full name of **Second Employer**: _____
Employer's address: _____
City/State/Zip: _____
Telephone: _____
Email address: _____

5. **First Insurance Carrier:** _____
 Address: _____
 City/State/Zip: _____
 Telephone: _____
 E-mail address: _____
6. **Second Insurance Carrier:** _____
 Address: _____
 City/State/Zip: _____
 Telephone: _____
 E-mail address: _____
7. 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: _____
8. 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
9. Doctor's name: _____
 Mailing address: _____
 City/State/Zip: _____
 Telephone: _____
10. 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 the 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: _____
11. Current employer's name: _____
 Mailing address: _____
 City/State/Zip: _____

12. 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)

13. 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: _____)

14. Complaints by Employer:

Determination of compensability/benefits

Safety device decrease (name device): _____

Reimbursement right

Credit for overpayment

Suspension or reduction of benefits (state grounds): _____

Other (specify: _____)

15. State all reasons supporting this complaint (be specific; use additional pages, if necessary):

16. Is an interpreter needed for the hearings on this complaint? ___ Yes ___ No

If yes, what language? _____
(Employer will pay for cost of interpreter)

17. Do you have the equipment needed to attend mediation and hearings via online video link or telephonically? ___ Yes ___ No

18. If not, the WCA will provide the equipment. Which office is closest to you?

___ Albuquerque ___ Farmington ___ Hobbs ___ Las Cruces ___ Las Vegas ___ Roswell
___ Santa Fe

Filing party signature Date

Print name

Attorney's signature Date

Print name

Filing party /attorney's address

Filing party /attorney's city, state, zip

Filing party /attorney's telephone

Filing party / attorney's e-mail address for service

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.