Discapacidad Parcial Permanente

¿Tiene derecho a una compensación por discapacidad luego del cierre de una reclamación? ¿Por qué monto?

Si tiene una discapacidad permanente a causa de una lesión laboral y esta persiste luego de finalizar el tratamiento, es posible que reúna los requisitos para recibir una compensación monetaria. La aseguradora deberá proporcionarle una fecha para realizar una evaluación de PPD o explicarle los motivos por los que considera que no existe la posibilidad de que tenga una discapacidad permanente.

La PPD se clasifica de conformidad con las *Guías para la evaluación de discapacidades permanentes, 5.ª edición*, de la Asociación Médica Estadounidense (AMA), y en función del diagnóstico y la gravedad de la lesión.

Los factores que se consideran a la hora de calcular el monto de la compensación son la clasificación de la discapacidad, su salario mensual promedio y su edad. Si uno de ellos es incorrecto, también podría serlo el monto.

El procedimiento para clasificar una lesión permanente es el mismo, ya sea que se trate de una reclamación nueva o de una reabierta. Las clasificaciones deben ser realizadas por un médico o un quiropráctico perteneciente al comité de clasificación del estado de Nevada, quien será asignado de manera aleatoria por la División de Relaciones Industriales (DIR).

Durante la clasificación, se evaluará la fuerza, la capacidad de movimiento y la sensibilidad nerviosa. En caso de lesiones en la columna, también podrá considerarse el impacto en las actividades de la vida cotidiana. En general, no se evalúa el dolor, pero puede solicitar un tratamiento para el dolor persistente luego del cierre de la reclamación. Solicite este beneficio por escrito a la aseguradora antes del cierre de la reclamación.

Una clasificación de PPD también puede incluir ciertas discapacidades fisiológicas si estas se aceptan en la reclamación.

Asegúrese de que en la evaluación de PPD se incluyan todas las partes del cuerpo que se haya lesionado originalmente.

Si no está de acuerdo con la evaluación de PPD, podria calificar para acceder a una clasificación de comparación cubierta. La DIR le brindará el nombre del siguiente médico que llevará a cabo la clasificación de forma aleatoria. Siempre que sea posible, comuníquese con la aseguradora por escrito. Puede adquirir derechos de apelación mediante cartas escritas, pero no mediante llamadas telefónicas.

Si desea apelar el porcentaje de discapacidad física, o las partes del cuerpo o enfermedades que están incluidas en la cobertura, o cualquier otro asunto pendiente vinculado a su reclamación, NO ACEPTE un acuerdo de pago único, ya que dicho acuerdo resuelve la mayoría de los asuntos.

Rehabilitación Vocacional

¿Tiene derecho a acceder a servicios de recapacitación laboral y un estipendio de vida mientras recibe la capacitación?

Puede recibir servicios de recapacitación laboral en las siguientes circunstancias:

- Un médico indica por escrito que usted tiene una restricción física que le impide volver a su puesto de trabajo anterior o al puesto de trabajo para el que recibió la recapacitación.
- Su empleador, en el momento de la lesión, no le ofreció un puesto de trabajo dentro de sus limitaciones.
- No puede volver a trabajar con al menos el 80 por ciento del salario que tenía al momento de la lesión.
- No puede encontrar un puesto de trabajo en su área que se ajuste a sus limitaciones físicas. (Se considerarán sus habilidades demandadas en el mercado laboral).

La duración y el tipo de programa para el que pueda calificar dependen del porcentaje de su discapacidad permanente (véase la pág. 4) y de sus capacidades e intereses.

Puede ser elegible para un segundo programa si el primero no le brinda la recapacitación para un puesto en el que pueda desempeñarse dentro de sus limitaciones.

Es posible que los servicios estén disponibles para trabajadores calificados que vivan fuera de Nevada pero dentro de las 50 millas del límite geográfico, o que vivan dentro del estado y necesiten recibir los beneficios fuera del estado dentro de las 50 millas del límite geográfico. Puede obtener los servicios en un estado colindante a Nevada si demuestra que dichos servicios son más asequibles que los disponibles dentro del estado.

Compensación por Rehabilitación Vocacional

Si acepta un acuerdo de compensación, perderá su derecho a recibir servicios de recapacitación a futuro, sin importar cuánto empeore su condición ni cuántas veces se reabra su reclamación.

No puede apelar en el caso de que no le hagan una oferta de compensación ni apelar la suma ofertada, pero sí puede negociar con la aseguradora una mejor oferta.

Si vive afuera de Nevada, a más de 50 millas del límite geográfico, es habitual que el único beneficio de rehabilitación que se provea sea la compensación.

El monto único y mínimo que tiene derecho a recibir varía en virtud del porcentaje de discapacidad permanente.

Comuníquese con la Oficina del Abogado para Trabajadores Lesionados (NAIW) si le ofrecen una compensación antes de acceder a una.

Reapertura

¿Tiene derecho a recibir beneficios futuros luego del cierre de la reclamación? Si una lesión permanente de una reclamación previa empeora o sufre modificaciones, puede solicitar su reapertura para gestionar un tratamiento adicional.

Una solicitud de reapertura debe contener lo siguiente:

1. Una declaración escrita del médico en la que se especifique que su lesión laboral empeoró o sufrió modificaciones.
2. Un documento escrito en el que usted solicite reabrir la reclamación. La clave para lograr la reapertura es que la carta del médico esté redactada correctamente.

En la carta del médico se debe incluir lo siguiente:

1. Indicar que su condición sufrió modificaciones o empeoró desde el cierre de la reclamación.
2. Afirmar que usted necesita recibir tratamiento.
3. Describir el tratamiento necesario.
4. Indicar que existe una relación directa entre la lesión laboral original y su condición al momento de solicitar la reapertura.
5. Afirmar que la lesión laboral original es el motivo principal por el que necesita reabrir la reclamación. Si, antes de solicitar la reapertura, usted se jubila y recibe una pensión o abandona voluntariamente su trabajo por razones no relacionadas con la lesión, tiene derecho a obtener beneficios médicos, pero no beneficios de reemplazo salarial.

Desde la fecha en que se cierre su reclamación o se deniegue su reapertura, no puede hacer una nueva solicitud de reapertura por un año, salvo circunstancias excepcionales. Si no perdió tiempo de trabajo ni padece una discapacidad parcial permanente, debe solicitar la reapertura **dentro** de 1 año del cierre de la reclamación. Si su reclamación se cerró porque el costo del tratamiento médico le costó menos de $800 en los primeros 12 meses, es posible que no pueda solicitar la reapertura.

Es probable que pueda reabrir su reclamación solamente para acceder a una evaluación de discapacidad parcial permanente si tenía derecho a ella y su caso se cerró sin ese beneficio.

TRABAJADORES LESIONADOS

Inicio de una Reclamación

Una reclamación de compensación para trabajadores se inicia en el consultorio médico cuando se solicita un tratamiento inicial. El trabajador y el médico completan el formulario C-4, y el proveedor de servicios médicos envía el formulario a la aseguradora.

Si considera que tuvo una lesión accidental durante el trabajo, en el lugar de trabajo o a causa del trabajo o si considera que tiene una enfermedad ocupacional como consecuencia de las tareas que realiza en su trabajo, deberá hacer lo siguiente:

1) Informárselo al empleador por escrito en un plazo de 7 días a partir de la fecha del accidente o del momento en que tuvo conocimiento de que la enfermedad causante de la discapacidad se produjo por su trabajo.

2) Solicitarle a un médico que presente una reclamación (un formulario C-4) a la aseguradora en un plazo de 90 días a partir del momento en que tuvo conocimiento de que la lesión se produjo a causa del trabajo, acudió al médico o quedó incapacitado. El médico al que asista deberá firmar y presentar el formulario de reclamación C-4.

Denegación de la Reclamación

Si su reclamación es denegada, cuenta con un plazo de 70 días para apelar la decisión ante la División de Audiencias. Complete el formulario de apelación adjunto a la carta de denegación y envíe el formulario junto con una copia de la carta a la dirección de la División de Audiencias que se indica en el formulario de apelación. Envíela a la oficina de la División que se encuentre más próxima a usted (p. ej., el norte o el sur de Nevada). Haga una copia de los documentos para llevar un registro.

Si no informó al empleador acerca de la lesión o no presentó la reclamación a tiempo, podría tener una razón válida que lo justifique. Proporcione al empleador un informe escrito de su lesión y complete el formulario C-4 en el consultorio médico cuanto antes.

- No se ofrece cobertura por enfermedades cardíacas a menos que sea bombero o policía.
- Las enfermedades causadas por estrés solamente tienen cobertura si han sido provocadas por un estrés extremo en un momento de peligro.

Si su reclamación es denegada, dispone de un plazo de 70 días a partir de la fecha de la carta de denegación para presentar una apelación. De no hacerlo, podría perder el derecho a apelar.

PUEDE APELAR UNA DETERMINACIÓN NEGATIVA O UNA DENEGACIÓN DE BENEFICIOS

Usted tiene derecho a apelar cualquier determinación por escrito relacionada con su reclamación de compensación para trabajadores. Para ello, debe presentar una apelación dentro de los 70 días posteriores a la fecha de la carta de la aseguradora; de lo contrario, puede perder los beneficios y retrasar el tratamiento médico.

También puede apelar la demora de la aseguradora en contestar oportunamente a su solicitud por escrito de beneficios o de una determinación.

USTED MISMO debe presentar la apelación mediante el formulario incluido en la carta de la aseguradora. Envíe el formulario a la División de Audiencias.

Adjunte una copia de la carta de determinación de la aseguradora cuando envíe la apelación a la División de Audiencias. Envíe por correo postal el formulario y una copia de la carta a la dirección que figura en el formulario.

Su audiencia se limita a los asuntos que se mencionan en la carta de la aseguradora o a los beneficios que haya solicitado a la aseguradora por escrito. La aseguradora no está legalmente obligada por lo que se diga por teléfono.

Normalmente, la evidencia más sólida para presentar ante un oficial de audiencias es la evidencia médica escrita por un médico.

Si lo prefiere, puede comparecer ante el oficial de audiencias por teléfono. Comuníquese con la Oficina de Audiencias, como mínimo un día antes de la audiencia, para acordar su comparecencia telefónica. Si se lleva a cabo por teléfono, deberá enviar la evidencia a la Oficina de Audiencias con antelación por correo postal o fax.

La audiencia es informal. No hay un registro de los testimonios. No se le solicita que contrate a un abogado. Puede representarse a usted mismo.

Si un árbitro de convenio colectivo dictamina en su contra, o si usted es un trabajador del orden público al que se le rechazó una reclamación especial, tiene derecho a apelar directamente ante el oficial de apelaciones y a solicitar los servicios legales gratuitos de NAIW.

PRESENTACIÓN DE EVIDENCIA EN LA AUDIENCIA INFORMAL

Hay dos tipos de audiencias dentro del sistema de compensación para trabajadores de Nevada: el informal y el formal.

Como la primera audiencia es informal, puede representarse a usted mismo y no necesita de un abogado.

Audiencia informal:

Narre las partes de la historia que expliquen las razones de su apelación y qué beneficios espera obtener.

Presente la documentación respaldatoria ante el oficial de la audiencia. También puede presentar testigos o declaraciones por escrito de testigos para esa primera audiencia.

Cuando le hagan preguntas, no adivine ni asuma hechos. Solo declare los hechos que conozca.

No discuta con el oficial ni con la otra parte. Solo presente su versión de los hechos.

Presente la evidencia y formule su caso de la forma más calmada posible.

Este es el momento de convencer al oficial de que tiene derecho a acceder a los beneficios que está solicitando.

Nadie conoce los hechos mejor que usted, así que descríbalos. Sea conciso y preciso, claro y respetuoso. Tiene entre 10 y 15 minutos para argumentar su caso.

Si no está de acuerdo con la resolución de esta audiencia informal, esa decisión no es vinculante siempre que apele la decisión dentro de los **30** días de la resolución.

Cada parte tiene derecho a apelar la decisión del oficial de audiencias si dicha decisión va en contra de sus intereses.

La Oficina del Abogado para Trabajadores Lesionados está disponible para responder preguntas sobre la compensacion para trabajadores en Nevada. También puede visitar nuestro sitio web en http://www.naiw.nv.gov.

APELACIÓN DE LA DECISION DEL OFICIAL DE AUDIENCIAS

Si se ve perjudicado por la decisión del oficial de audiencias en una audiencia informal (usted perdió), podrá apelar ante el oficial de apelaciones para tener una audiencia formal.

También puede apelar ante el oficial de apelaciones si no está conforme con la decisión de la DIR o un árbitro acordado mediante convenio colectivo.

Para apelar, debe completar un formulario de apelación (Request for Hearing Before the Appeals Officer [solicitud de audiencia ante el oficial de apelaciones]) y presentarlo dentro de los **30** días desde la fecha en que se tomó la decisión que apela. El formulario de apelación se incluye junto con la decisión inicial del oficial de audiencias. Incluya una copia de la decisión cuando envíe el formulario.

Todo trabajador lesionado tiene derecho a solicitarle al oficial de apelaciones el servicio gratuito de un abogado de NAIW para presentarse a la audiencia ante el oficial de apelaciones.

Un oficial de apelaciones puede designar a NAIW para representarlo. Hasta que un oficial de apelaciones no haya designado a NAIW, ningún abogado de NAIW lo representará.

La solicitud para la representación legal de un abogado de NAIW debe hacerse dentro del formulario de apelación.

Puede solicitar orientación sobre el proceso de apelación de NAIW en:

NEVADA ATTORNEY FOR INJURED WORKERS
1000 E. William Street, Suite 208
Carson City, Nevada 89701-3110
Teléfono: (775) 684-7555 Fax: (775) 684-7575

2200 S Rancho Drive, Suite 230
Las Vegas, Nevada 89102-4413
Teléfono: (702) 486-2830 Fax: (702) 486-2844
Correo electrónico: naiw@naiw.nv.gov
Sitio web: http://www naiw.nv.gov



BENEFICIOS DE COMPENSACIÓN

Discapacidad Total Temporal

¿Tiene derecho a recibir una compensación por el tiempo perdido de trabajo? ¿Por qué monto?

La discapacidad total temporal (TTD) es un beneficio que sustituye al salario durante el tiempo en que un médico determine que su lesión es demasiado grave para trabajar.

Puede que los beneficios de TTD también estén disponibles en caso de que un médico le imponga ciertas restricciones médicas y su empleador no le ofrezca un trabajo de tareas ligeras que cumpla con dichas restricciones.

Para acceder a los beneficios de TTD, el médico autorizado que lo asiste deberá indicar por escrito que usted no puede trabajar por al menos 5 días seguidos luego de lesionarse o por 5 días dentro de un período de 20 días.

Para determinar el monto del beneficio de TTD, se calcula su salario mensual promedio.

La compensación se basa en los ingresos percibidos durante las últimas 12 semanas antes de la lesión o durante los últimos 12 meses antes de la lesión si dicho promedio representa mejor sus ingresos. Deberá presentar una solicitud por escrito si desea que se utilice el método de cálculo basado en 12 meses.

Si contaba con más de un trabajo al momento de la lesión, solicite que se sumen los ingresos de todos los trabajos para calcular el salario mensual promedio.

La compensación a pagar corresponde al 66 y 2/3 por ciento de su salario mensual promedio (a menos que sus ingresos sean mayores al monto máximo estatal publicado).

Si declara que recibe propinas en las declaraciones de impuesto sobre la renta, estas deberán incluirse en el cálculo del salario mensual promedio.

Si el salario mensual promedio calculado es incorrecto, puede presentar una apelación. Además, puede solicitar que se vuelva a calcular.

Los beneficios de TTD no están disponibles durante períodos de encarcelamiento del trabajador.

Si debe viajar más de 50 millas para recibir tratamiento luego de reincorporarse al trabajo, puede solicitar por escrito un reembolso por millaje.

Si la lesión o enfermedad laboral agravó un padecimiento preexistente y el principal motivo por el que necesita recibir tratamiento médico es la lesión laboral, dicho padecimiento podría incluirse en la cobertura. En tal caso, presente una reclamación.