



No. de Reclamación de DWC

No. de Reclamación de la Aseguradora

Envíe este formulario a la dirección arriba indicada o envíe un fax al 512-804-4011.

### ACUERDO POR DISPUTA DE BENEFICIOS (Formulario DWC-025)

<b>1. Fecha del Procedimiento</b> (si es que aplica)	<b>2. Fecha de la Lesión</b>	<b>3. Número de Expediente y Lugar</b> (si es que aplica)
<b>4. Nombre del Empleado/Beneficiario</b>		<b>5.</b> <input type="checkbox"/> El Empleado/Beneficiario fue Ayudado por un Ombudsman <input type="checkbox"/> El Empleado/Beneficiario es Representado por
<b>6. Nombre del Empleador</b>		<b>7.</b> <input type="checkbox"/> El Empleador fue Ayudado por un Ombudsman <input type="checkbox"/> El Empleador es Representado por
<b>8. Nombre de la Aseguradora</b>		<b>9. La Aseguradora es Representada por</b>

Todos los acuerdos están sujetos a las provisiones pertinentes de la Ley de Compensación para Trabajadores de Texas, Código Laboral de Texas, Secciones 408.005, 408.021, 408.185, y 410.029.

**10. LOS PARTICIPANTES ACUERDAN**

Además, los participantes están de acuerdo que la lesión que ha sido reclamada en la parte de arriba es compensable, la aseguradora es responsable de esta reclamación, y el empleado tiene derecho a recibir beneficios. Este acuerdo incluye a todos los acuerdos anteriores orales y por escrito hechos entre los participantes relacionados con esta reclamación. El derecho del empleado para recibir beneficios médicos a como se proporciona por la Ley de Compensación para Trabajadores de Texas, Código Laboral de Texas, Sección 408.021 no será limitada o revocada. ESTE ACUERDO ES LA RESOLUCIÓN FINAL DE TODOS LOS ASUNTOS EN ESTA RECLAMACIÓN Y TODOS LOS PARTICIPANTES RENUNCIAN A SU DERECHO PARA PROCEDIMIENTOS FUTUROS CON LA DIVISIÓN, DIFERENTES A AQUELLOS QUE SON NECESARIOS PARA RESOLVER UNA DISPUTA POR BENEFICIOS MÉDICOS O PARA IMPONER EL CUMPLIMIENTO DE LOS TÉRMINOS DE ESTE ACUERDO.

**Yo he leído o se me ha leído por alguien que yo he escogido, entiendo y voluntariamente estoy de acuerdo con los términos de este acuerdo a como se indica arriba.** Fecha de cumplimiento \_\_\_\_\_. El acuerdo se deberá cumplir dentro de cinco días a partir de la fecha en que la aseguradora recibió el acuerdo aprobado, pero, si el acuerdo incluye una fecha de cumplimiento, esta fecha será la que se aplicará.

Firma del Empleado/Beneficiario	_____	Fecha _____
Firma del Empleado/Representante del Beneficiario	_____	Fecha _____
Firma del Representante del Empleador	_____	Fecha _____
Firma del Representante de la Aseguradora Firma	_____	Fecha _____
del Representante de la Aseguradora	_____	Fecha _____

Oficial para la Revisión de Beneficios       Juez de Derecho Administrativo

APROBADO (Firma del Director de Audiencias): \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

RECHAZADO (Firma del Director de Audiencias): \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**LAS RAZONES POR LAS QUE FUE RECHAZADO SERÁN INFORMADAS A TODOS LOS PARTICIPANTES CON ESTE AVISO**



## Acuerdo por Disputa de Beneficios - Formulario DWC-025

**¿A dónde envió este formulario?** Envíe una copia de este formulario y documentos adjuntos a DWC y a los otros participantes. Usted puede enviar el formulario completo a DWC por fax o correo postal o puede entregarlo en una oficina local de DWC.

- **Fax:** 512-804-4011
- **Correo postal:** Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation  
Hearings, Mail Code HRG  
PO Box 12050  
Austin, TX 78711-2050

Todos los participantes en una reclamación pueden firmar el Acuerdo por Disputa de Beneficios, Formulario DWC-25, detallando los términos del acuerdo. Un acuerdo no puede ser hecho antes que el mejoramiento máximo médico se haya alcanzado, y se debe adoptar un porcentaje de impedimento de cuerpo entero de acuerdo con las guías establecidas por la Ley de Compensación para Trabajadores de Texas, Código Laboral de Texas, Sección 408.124. El derecho del empleado para recibir beneficios médicos, proporcionado en la Sección 408.021 no se limitará o anulará. Un acuerdo no puede proporcionar un pago en suma total por cualquier beneficio de ingresos que no haya sido acumulado excepto a como es proporcionado en la Sección 408.128. Un acuerdo debe ser presentado por escrito en el Formulario DWC-025 y debe ser firmado por todos los participantes y presentado ante la oficina local de la División que está manejando la reclamación para que sea aprobado.

Un acuerdo debe establecer que la aseguradora es responsable por la reclamación, que la reclamación es compensable y que el empleado tiene derecho a recibir beneficios; debe incluir por referencia todos los acuerdos previamente escritos entre los participantes; y debe indicar que esta es una resolución final a todos los asuntos en la reclamación con los participantes, renunciando a su derecho para procedimientos futuros con la División, diferentes a aquellos que son necesarios para resolver una disputa por beneficios médicos o para imponer el cumplimiento de este acuerdo. Se vuelve efectivo y obligatorio al final del día de operaciones en la fecha en que fue aprobado por el director de audiencias o el decimosexto día después de la fecha en que fue presentado ante el director de audiencias, el que suceda primero. Un participante puede retirar su aceptación de este acuerdo antes de la fecha en la cual entrará en vigor.

*[Ley de Compensación para Trabajadores de Texas, Código Laboral de Texas 408.005, Acuerdos; Sección 408.128, Conmutación de Beneficios de Ingresos de Impedimento; Sección 408.185, Efecto de la Disputa del Beneficiario; Honorarios de Abogados; Sección 410.029, Resolución en la Conferencia para Revisión de Beneficios, Reglamentos 147.1, 147.2, 147.3, 147.5, 147.6, 147.7, 147.8, 147.9, 147.10]*

**Nota:** Con pocas excepciones, si lo solicita, usted tiene derecho a:

- estar informado sobre la información que DWC reúne sobre usted;
- recibir y revisar la información (Secciones del Código Gubernamental 552.021 y 552.023); y
- pedir que DWC corrija la información que está incorrecta (Sección del Código Gubernamental 559.004).

Para más información contacte a [DWCLegalServices@tdi.texas.gov](mailto:DWCLegalServices@tdi.texas.gov) o consulte la sección para el Procedimiento de Correcciones en [www.tdi.texas.gov/commissioner/legal/lccorprc.html](http://www.tdi.texas.gov/commissioner/legal/lccorprc.html).