[Recommended: Insert letterhead here]

**Notificación de Reanudación de los Beneficios de Indemnización**

Fecha: [Date]

A: [Name of injured employee or beneficiary]

[Address]

[City, state, ZIP]

Asunto: Fecha de la lesión: [Date of injury]

Naturaleza de la lesión: [Nature of injury]

Parte del cuerpo lesionada: [Part of body injured]

No. de reclamación de DWC: [DWC claim #]

Nombre de la aseguradora/nombre de TPA: [Insurance carrier name/TPA name]

No. de reclamación de la aseguradora: [Insurance carrier claim #]

Nombre del empleador: [Employer name]

Dirección del empleador, ciudad, estado, código postal: [Employer address, city, state, ZIP]

**Nosotros, [Name of insurance carrier], comenzaremos a pagar de nuevo los beneficios de compensación para trabajadores.**

En [Effective date], nosotros comenzaremos a pagar de nuevo los [The type of benefit]. La cantidad de los beneficios será de [$$$], y será pagada [cada semana (each week)/cada mes (each month)].

**La razón por la que comenzaremos los beneficios de nuevo es la siguiente**: [Provide full and complete statement explaining the action taken.]

Si usted recibe estos pagos por 8 semanas o más, puede pedirnos que establezcamos un depósito directo a su cuenta bancaria. También puede solicitar que sus pagos sean hechos una vez al mes, en vez de cada semana.

**Averigüe si puede regresar a trabajar.**

Es posible que su empleador tenga un trabajo que su médico permita. Comuníquese con su empleador para averiguar si existe un trabajo que usted pueda desempeñar.

**Background pattern

Description automatically generated**

**Comuníquese conmigo si usted: (1) tiene cualquier pregunta, (2) necesita proporcionar más información sobre esta reclamación, o (3) no está de acuerdo con esta decisión.**

Nombre del ajustador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono (gratuito): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fax/correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si desea recibir cartas por medio de fax o correo electrónico, envíeme su número de fax o dirección de correo electrónico.

**Si después de comunicarse conmigo no podemos resolver el asunto:**

Llame al Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores (DWC, por sus siglas en inglés) al 1-800-252-7031, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m., hora del centro.

Usted tiene derecho a solicitar una conferencia para revisión de beneficios (benefit review conference –BRC, por su nombre y siglas en inglés). Si solicita una conferencia, usted se reunirá con: (1) una persona de [Name of insurance carrier], y (2) un oficial para la revisión de los beneficios de DWC. Para solicitar una conferencia, llene el formulario “Solicitud para Programar, Reprogramar, o Cancelar una Conferencia para Revisión de Beneficios” (DWC045S) - <http://www.tdi.texas.gov/forms/dwc/dwc045brcs.pdf>.

Si no cuenta con un abogado, la Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado (Office of Injured Employee Counsel, por su nombre en inglés) puede ayudarle a prepararse para la conferencia. Para obtener más información, visite [www.OIEC.texas.gov](http://www.OIEC.texas.gov) o llame al 1-866-393-6432, extensión 44186, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m., hora del centro.

**Presentar una reclamación de compensación para trabajadores falsa es un crimen que puede resultar en multas o encarcelamiento.**

Hemos enviado una copia de esta carta a:

**Background pattern

Description automatically generated**

**Instrucciones para la aseguradora:**

**Notificación de Reanudación de los Beneficios de Indemnización** (PLN-10A) Código Administrativo de Texas No. 28 (28 Texas Administrative Code –TAC, por su nombre y siglas en inglés) §124.2

Usted debe de usar esta notificación para informar al empleado lesionado/representante y a los beneficiarios o representantes (si es que aplica) cuando la aseguradora va a reanudar los beneficios de ingresos temporales, suplementarios, de por vida, o beneficios por causa de muerte. Usted también puede usar esta notificación para reportar la reanudación de los beneficios de ingresos de impedimento (impairment income benefits –IIBs, por su nombre y siglas en inglés) después que el pago de IIBs ha sido suspendido previamente.

Las siguientes son situaciones en las que usted debe de usar esta notificación (no es una lista completa):

* existe una discapacidad adicional;
* DWC emite una orden interlocutoria, decisión y orden, o una decisión del Panel de Apelación donde se reanudan los beneficios; o
* el pago a participantes terceros se ha agotado.

La aseguradora debe:

* proporcionar esta notificación al empleado lesionado o al representante y a los beneficiarios o representante (si es que aplica); y
* proporcionar una declaración plena y completa en la cual se explica la acción que se tomó.

Ejemplos:

* Estamos reanudando sus beneficios de ingresos temporales. Su médico de tratamiento lo ha eximido para que usted no asista a trabajar a partir del 1º de abril de 2015, y hasta nuevo aviso.
* Usted tiene derecho a recibir el tercer trimestre de beneficios de ingresos suplementarios, por lo tanto, estamos reanudado el pago.
* Estamos reanudado el pago de sus beneficios de ingresos suplementarios, según lo que ha sido ordenado por DWC.
* Estamos reanudado sus beneficios de ingresos de por vida, según lo que ha sido ordenado por DWC.
* Estamos reanudado sus beneficios por causa de muerte, según lo que ha sido ordenado por DWC.

**Requisitos de formato**

* Debe usar un tamaño de letra de 12-puntos o más (28 TAC §124.2(o)).

**Recomendaciones de formato**

La información enviada a los empleados lesionados debe ser escrita en lenguaje sencillo. Además de escribir claramente, es de utilidad para el lector cuando la información está en un formato limpio y fácil de leer. El uso de palabras fáciles de entender y un formato limpio podrían aumentar lo largo de su carta, pero también podría reducir en gran medida las llamadas de servicio al cliente. A continuación le mostramos algunas recomendaciones para formatear las cartas para los empleados lesionados:

* **Imprima solamente información que se aplica al lector:** (1) Elimine la sección “Instrucciones para la aseguradora,” y (2) si esta carta tiene más de una opción, elimine la opción que no se aplica al empleado lesionado.
* **Elija un estilo de fuente que sea limpio:** Evite los estilos de letra altamente estilizados. Fuentes como Segoe y Verdana y Times New Roman son conocidos por ser los más fáciles de leer.
* **Evite las letras itálicas y subrayar:** Si desea enfatizar el texto, a menudo es mejor utilizar letras en negrita o en un tamaño de letra que sea más grande.
* **Use un espacio suficiente y consistente:** DWC sugiere usar 6 puntos entre párrafos y viñetas, y 12 puntos entre secciones.
* **Minimice las abreviaturas:** Las abreviaturas crean confusión. Pero si va a usar abreviaturas, escriba el nombre completo o la frase la primera vez que la use y coloque la abreviatura entre paréntesis después.
* **Membrete:** Utilice el membrete de la aseguradora.

**Presente la transacción apropiada de intercambio electrónico de datos (electronic data interchange –EDI, por su nombre y siglas en inglés) ante DWC.**

**No envíe esta notificación a DWC.**