[Recommended: Insert letterhead here]

**Notificación de Elegibilidad para Recibir Beneficios de Ingresos de por Vida**

Fecha: [Date]

A: [Name of injured employee]

 [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: [Carrier name/TPA name]

 No. de reclamación de la aseguradora: [Carrier claim #]

 Nombre del empleador: [Employer name]

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

**☐ Nosotros, [Name of carrier], hemos emitido su cheque de beneficios de ingresos de por vida (Lifetime Income Benefits, por su nombre en inglés).**

Usted recibirá estos beneficios de compensación para trabajadores por el resto de su vida debido a su lesión relacionada con el trabajo.

* Su pago será de [$$$] cada semana. Esto es el 75% de la cantidad promedio de dinero que usted obtuvo del trabajo cada semana, la cual era de [$$$].
* Cada año en [Accrual anniversary date] la cantidad que usted recibe cada semana aumentará un 3%.
* El primer pago cubre de [First day of period] a [Last day of period].
* Si aún no ha recibido su primer cheque, lo debe recibir pronto.
* Usted puede solicitar que se establezca un depósito directo a su cuenta bancaria. También puede solicitar que sus pagos sean hechos una vez al mes, en lugar de cada semana.

**[Insurance carrier comments]**

****

**☐ Nosotros, [Name of carrier], no hemos aprobado su solicitud para recibir beneficios de ingresos de por vida (Lifetime Income Benefits, por su nombre en inglés).**

 **La razón es la siguiente:**

 **[Insurance carrier comments]**

**Comuníquese conmigo si usted: (1) tiene cualquier pregunta, (2) necesita proporcionar más información sobre esta reclamación, o (3) no está de acuerdo con una acción que ha sido tomada en su reclamación.**

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

 No. de teléfono gratuito: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 No. de 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 (Texas Department of Insurance, Division of Workers’ Compensation –TDI-DWC, por su nombre y 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 del Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores. Para solicitar una conferencia, llene el formulario “Solicitud para Programar, Reprogramar, o Cancelar una Conferencia para Revisión de Beneficios” (DWC045) - <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.**

Una copia de esta carta fue enviada a:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

****

**Instrucciones para la aseguradora:**

**Notificación Sobre el Primer Pago de LIBs** Código Administrativo de Texas No. 28 (28 Texas Administrative Code –TAC, por su nombre y siglas en inglés) §124.2

Si la **primera** casilla ha sido marcada, las siguientes instrucciones aplican:

Esta notificación debe ser utilizada para informar al empleado lesionado/representante sobre el pago de los beneficios de ingresos de por vida (LIBs) cuando el pago es el pago inicial de beneficios de indemnización en una reclamación. Solamente una notificación de pago inicial puede ser enviada en una reclamación pero el tipo de beneficio del pago inicial puede ser beneficios de ingresos temporales (TIBs) (PLN-2), beneficios de ingresos de impedimento (IIBs) (PLN-3b o PLN-3c), beneficios de ingresos de por vida (LIBs) (PLN-4), o beneficios por causa de muerte (DBs) (PLN-5).

La aseguradora debe

* Proporcionar esta notificación al empleado lesionado y al representante del empleado lesionado (si es que aplica).
* Proporcionar la siguiente información que se solicita en la notificación:
* la fecha en que los beneficios de ingresos de por vida comenzaron a acumularse,
* Promedio del Salario Semanal (Average Weekly Wage, por su nombre en inglés) en el que se basan los beneficios de ingresos,
* fecha de aniversario de acumulación, y
* cualquier comentario aclaratorio que sea necesario.

**Si la primera casilla ha sido marcada: Presente la transacción apropiada de Intercambio Electrónicos de Datos (Electronic Data Interchange –EDI, por su nombre y siglas en inglés) ante DWC. No envíe esta notificación a DWC.**

**Notificación de Elegibilidad para Recibir Beneficios de Ingresos de por Vida** (PLN-4)Código Laboral de Texas (Texas Labor Code, por su nombre en inglés) §408.161 y Código Administrativo de Texas No. 28 (28 Texas Administrative Code –TAC, por su nombre y siglas en inglés) §131.1

Si la **segunda** casilla ha sido marcada, las siguientes instrucciones aplican:

Esta notificación debe ser utilizada por la aseguradora para notificar al empleado lesionado/representante y al Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores (DWC) sobre la denegación de la aseguradora respecto a la elegibilidad para recibir LIBs. Este aviso no constituye una solicitud para una conferencia para revisión de beneficios. La aseguradora debe proporcionar una declaración plena y completa en la cual se describen las razones por las que la aseguradora emitió la denegación. Las denegaciones deben estar basadas en la información que la aseguradora ha obtenido o verificado. La declaración debe contener suficiente información sustantiva específica a la reclamación para permitir que el empleado lesionado entienda la posición de la aseguradora o la acción que ha sido tomada respecto a la reclamación.

Si la determinación inicial es que la reclamación entera no es compensable, use el PLN-1.

La aseguradora debe

* Proporcionar esta notificación al empleado lesionado, DWC y al representante del empleado lesionado (si es que aplica).
* Proporcionar una declaración plena y completa donde se describe el fundamento y la razón(es) por la que la acción fue tomada. Una declaración genérica tal como “no es parte de la lesión compensable”, “no cumple con los criterios”, “responsabilidad en cuestión”, “bajo investigación”, “elegibilidad cuestionada” o frases similares sin una descripción de los fundamentos de hecho por la que la acción fue tomada, no satisface los requisitos del 28 (TAC) §131.1. Explique la razón(es) por la que se disputa el asunto(s) en lenguaje sencillo y sin el uso innecesario de términos técnicos, acrónimos y/o abreviaturas.

**Si la segunda casilla ha sido marcada: Presente la transacción apropiada de Intercambio Electrónicos de Datos (Electronic Data Interchange –EDI, por su nombre y siglas en inglés) ante DWC y envíe esta notificación a DWC.**

**Requisitos de formato**

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

**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 letra 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.