

SAMPLE NOTICE - English

Date:

Name:

Date of Maximum Medical Improvement (MMI):

Impairment Rating Assigned:

You have reached maximum medical improvement and an impairment rating has been assigned. The impairment rating may become final if not disputed within 90 days.

If you disagree with the assigned rating, you, or your representative, must dispute the assigned rating before the 90 day time frame by contacting the Division of Workers' Compensation and request:

1. an appointment with a designated doctor (DD), if one has not already been assigned; or
2. a benefit review conference (BRC).

To dispute your impairment rating or obtain additional information about your workers' compensation claim, contact the Division of Workers' Compensation at:

DWC
Local Field Office Address
Local phone number
1-800-252-7031

Sample Notice for Health Care Provider:

Date of Maximum Medical Improvement (MMI) and Impairment Rating Assigned

Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation

Rev. 8/10

SAMPLE NOTICE – Spanish

Fecha:

Nombre:

Fecha del Mejoramiento Máximo Médico (Maximum Medical Improvement –MMI, por su nombre y siglas en inglés):

Porcentaje de Impedimento de Cuerpo Entero Asignado (Impairment Rating, por su nombre en inglés):

Usted ha alcanzado el mejoramiento máximo médico y se le ha asignado un porcentaje de impedimento de cuerpo entero. El porcentaje de impedimento de cuerpo entero puede convertirse en definitivo si éste no se disputa en el lapso de tiempo de 90 días.

Si no está de acuerdo con el porcentaje que se le asignó, usted o su representante deben disputar el porcentaje asignado antes del marco de tiempo de los 90 días, comunicándose con la División de Compensación para Trabajadores y debe solicitar:

1. una cita con un médico designado (Designated Doctor –DD, por su nombre y siglas en inglés); o
2. una conferencia para revisión de beneficios (Benefit Review Conference –BRC, por su nombre y siglas en inglés).

Para disputar su porcentaje de impedimento de cuerpo entero o para obtener información adicional sobre su reclamación de compensación para trabajadores, comuníquese con la División de Compensación para Trabajadores en:

DWC
Local Field Office Address
Local phone number
1-800-252-7031

SAMPLE NOTICE – Chinese

日期:

姓名:

醫療保健改善最大極限日期(MMI):

傷殘等級指定

您已經達到了醫療保健改善上的最大極限,並且傷殘等級已被指定.如果對被指定之傷殘等級在90天之無任何爭議,此指定之等級將就此定案.

如果您不贊同被定之傷殘等級,您或您的代理人必須在90天內向工傷賠償部門提出質詢並要求下列事項:

1. 與指定的醫師預約 (DD), 如尚未預約; 或
2. 召開福利審核會議 (BRC).

對您的傷殘等級有所爭議或欲取得更多有關工傷賠償索賠資料,請與工傷賠償部門聯繫,地址如下:

DWC
Local Field Office Address
Local phone number
1-800-252-7031

SAMPLE NOTICE - Vietnamese

Ngày:

Tên:

Ngày Cải Thiện Y Tế Tối Đa (MMI):
Đánh Giá Suy Giảm Được Chỉ Định:

Quý vị đã sắp đến hạn cải thiện y tế tối đa và đánh giá suy giảm đã được chỉ định. Các đánh giá suy giảm có thể sẽ không thay đổi nữa nếu không có tranh cãi gì trong vòng thời gian 90 ngày.

Nếu quý vị không đồng ý với đánh giá được chỉ định, quý vị, hoặc người đại diện của quý vị, phải đệ trình tranh cãi về đánh giá được đưa ra trước khi khung thời gian 90 ngày bằng cách liên hệ với Phân Ban Bồi thường Công Nhân và yêu cầu:

1. một cuộc hẹn với bác sĩ đã được chỉ định (DD), nếu quý vị chưa có; hoặc
2. một buổi hội đàm xem xét quyền lợi (BRC).

Để đệ trình tranh cãi về đánh giá suy giảm của quý vị hoặc để có thêm thông tin về các yêu cầu bồi thường của nhân viên, liên lạc với Phân Ban Bồi Thường Công Nhân ở:

DWC
Local Field Office Address
Local phone number
1-800-252-7031