[Recommended: Insert letterhead here]

**Notificación de Pago Completo de Salario por parte del Empleador**

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 empleado: [Employer name]

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

**Nosotros, [Name of carrier], revisamos su reclamación de compensación para trabajadores. En base a la información que tenemos sobre su reclamación, no pagaremos por beneficios de ingresos.**

**La razón es la siguiente:**

Aún se le está pagando la misma cantidad que recibía antes de su lesión relacionada con el trabajo. Usted no puede obtener beneficios de ingresos (beneficios de ingresos temporales) a menos que su empleador deje de pagarle la cantidad que recibía antes de su lesión.

**[Insurance carrier comments]**

 

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

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 de Pago Completo de Salario por parte del Empleador** (PLN-6) Código Administrativo de Texas No. 28 (28 Texas Administrative Code –TAC, por su nombre y siglas en inglés) §124.2

Esta notificación debe ser utilizada para informar al empleado lesionado y al representante del empleado lesionado (si es que aplica) cuando el empleador está pagando un salario completo al empleado en lugar de pagar beneficios de ingresos de compensación para trabajadores de la aseguradora. La notificación indica que la aseguradora no está pagando beneficios de ingresos debido a que el empleador está pagando el salario completo.

La aseguradora debe:

* Proporcionar esta notificación al empleado lesionado y al representante del empleado lesionado (si es que aplica).
* Proporcionar una declaración plena y completa donde se explica la acción que ha sido tomada.

**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.

**Presente la transacción apropiada de Intercambio Electrónicos de Datos (Electronic Data Interchange –EDI, por su nombre y siglas en inglés) ante DWC y no envíe esta notificación a DWC.**