[Recommended: Insert letterhead here]

**Notificación de Cambio en la Cantidad del Pago 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]

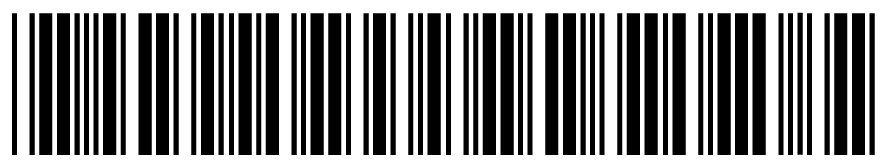
**Nosotros, [Name of carrier], estamos cambiando la cantidad de sus beneficios de compensación para trabajadores.**

La cantidad de [Type of benefits being paid] que usted recibe será [aumentada (up)/reducida (down)] a partir de [Effective date].

|  |  |
| --- | --- |
| **La cantidad que recibía cada semana** | **La nueva cantidad que recibirá cada semana** |
| $[Amount of current payment] por semana | $[Amount of new payment] por semana |

**La razón del cambio en la cantidad 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.
* Esto no cambiará los beneficios médicos que usted obtiene debido a su lesión.

****

**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 notificación a:

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

**A picture containing music, chime

Description automatically generated**

**Instrucciones para la aseguradora:**

**Notificación de Cambio en la Cantidad del Pago de los Beneficios de Indemnización** (PLN-8) 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/representantes (si es que aplica) cuando la aseguradora va a cambiar el pago neto de los beneficios de indemnización (aumento o reducción).

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

* cambio/recálculo del promedio del salario semanal (average weekly wage, por su nombre en inglés);
* cambio en las ganancias después de la lesión;
* rechazo de una oferta de trabajo de buena fe donde ganaría un salario más bajo que el que ganaba antes de la lesión;
* regreso al trabajo ganando menos de lo que ganaba antes de la lesión;
* reducción obligatoria de los beneficios del 75% al 70% después de 26 semanas de pagos de beneficios;
* recuperación de los beneficios pagados por adelantado que fueron iniciados o completados;
* pago anticipado de beneficios;
* pago de los honorarios del abogado o pago completado de los honorarios del abogado;
* redistribución de los beneficios por causa de muerte (cambios en la elegibilidad de los beneficiarios);
* gravamen por pensión alimenticia (child support, por su nombre en inglés) ha sido ordenado por un tribunal;
* el pago total de los beneficios de indemnización que fueron mal pagados con interés completo y recuperación del pago excesivo iniciado o completado de la contribución (la cantidad del pago semanal puede ser ajustado a $0 en caso de ser necesario);
* subrogación/pago a terceras personas (la cantidad del pago semanal puede ser ajustado a $0 en caso de ser necesario); o
* ajuste a empleado que trabaja por temporada o en una escuela.

La aseguradora debe:

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

Ejemplos:

* Se nos ha notificado que usted regresó a trabajar con restricciones el 1º de abril de 2016 ganando $250/semana. Sus beneficios de ingresos temporales serán reducidos a $100/semana.
* Hemos recibido una orden de DWC para que usted reciba ahora $1,500 en beneficios de ingresos. Vamos a deducir $25 de sus beneficios semanales cada semana, durante 60 semanas.
* Usted tiene derecho a recibir beneficios de ingresos suplementarios (Supplemental Income Benefits –SIBs, por su nombre y siglas en inglés) para el cuarto trimestre. Sus pagos mensuales de SIBs para el cuarto trimestre han sido reducidos a [Monthly payment amount]. Este pago se basa en la cantidad de dinero que usted está ganando después de su lesión.
* Su médico le ha dado de alta para que usted regrese al trabajo con deberes modificados. El empleador le envió una oferta de trabajo de buena fe de 20 horas a la semana a $8 la hora. Usted rechazó esta oferta de trabajo, por lo que a sus beneficios se le redujeron $98 por semana.

**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.**