

# DIVISIÓN DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES

HOJA DE INFORMACIÓN D  
RESPUESTA A SUS PREGUNTAS SOBRE LOS BENEFICIOS DE INCAPACIDAD PERMANENTE

Los beneficios de incapacidad permanente (*Permanent Disability- PD*) es cualquier incapacidad duradera que resulta de su lesión o enfermedad de trabajo y que afecta su habilidad a ganarse la vida. Si su lesión o enfermedad resulta en *PD* usted será elegible a beneficios de *PD*, aunque pueda regresar a trabajar.

## ¿Necesito llenar el formulario de reclamo (DWC 1) que me dio mi empleador?

Sí, si usted quiere asegurarse que califica para todos los beneficios. Si usted no presenta el formulario de reclamo dentro de un año después de su lesión, tal vez no podrá conseguir beneficios. Su empleador le tendrá que dar un [formulario de reclamo \(DWC 1\)](#) a partir de un día después de saber que se lesionó. Llenando el formulario de reclamo abre su caso de compensación de trabajadores. La ley estatal establece beneficios más allá de lo básico que puede calificar cuando presenta el formulario de reclamo a su empleador. Estos beneficios incluyen, pero no son limitados a:

- Una presunción que su lesión o enfermedad fue causada por el trabajo si su reclamo no es aceptado o rechazado dentro de 90 días después de haberle entregado a su empleador el formulario completado
- Hasta \$10,000 en tratamiento de acuerdo a las pautas de tratamiento médico mientras el administrador de reclamos esté considerando su reclamo
- Un aumento en sus pagos de incapacidad si llegan tarde  
Una manera resolver cualquier desacuerdo que surja entre usted y el administrador de reclamos sobre si su lesión o enfermedad ocurrió en el trabajo, el tratamiento médico que recibirá, o si recibirá beneficios de incapacidad permanente

## ¿Qué tal si mi empleador no me da el formulario de reclamo DWC 1?

Pídale a su empleador el formulario o llame al administrador de reclamos para conseguirlo. El administrador de reclamos es la persona o entidad a cargo de los reclamos de su empleador. El nombre, dirección y número de teléfono de esta persona debe de estar puesto en el mismo lugar donde hay otra información de trabajo como el sueldo mínimo. Puede poder confirmar quién es el administrador de reclamos yendo a [www.caworkcompcoverage.com](http://www.caworkcompcoverage.com). También puede obtener el formulario de la página Web de la División de Compensación de Trabajadores (*Division of Workers' Compensation- DWC*) en [www.dwc.ca.gov](http://www.dwc.ca.gov). En el panel de navegación derecho, bajo la sección "QUICK LINKS...", haga clic en el enlace "forms".

## ¿Quién determina si debo de recibir beneficios de PD? ¿Cómo se determina?

El médico determina si su lesión o enfermedad causa *PD*. El informe médico es convertido en una clasificación de incapacidad permanente. El proceso usado para convertir el informe médico a una clasificación varía dependiendo de su fecha de lesión y otros factores. La clasificación de *PD* determina los beneficios que va a recibir.

Después de que su médico decide que su lesión o enfermedad se ha estabilizado y no es probable que cambie, la incapacidad permanente es evaluada. En ese momento su condición se ha convertido permanente y estacionaria (*Permanent & Stationary- P&S*). Su médico tal vez use el término máximo mejoramiento médico (*Maximum Medical Improvement- MMI*) en lugar de *P&S*.

Ya cuando sea declarado *P&S* o haya alcanzado el *MMI*, su médico enviará un informe al administrador de reclamos indicando si tiene *PD*. El médico también determinará si alguna de su incapacidad es debida a otra cosa que no sea su lesión de trabajo, tal como una lesión previa u otra condición. Esto se llama prorratear.

El administrador de reclamos le puede pedir que llene un formulario describiendo su incapacidad.

## ¿Qué tal si no estoy de acuerdo con el médico?

Si usted o el administrador de reclamos no está de acuerdo con las conclusiones de su médico usted puede ser evaluado por un médico llamado un evaluador médico calificado (*Qualified Medical Evaluator- QME*). Usted solicita la lista de *QMEs* (llamada un panel) a la Unidad Médica de la *DWC*. El administrador de reclamos le enviará el formulario para solicitar un *QME*. Su empleador pagará por el costo del examen del *QME*. Usted tiene 10 días a partir de la fecha en que el administrador de reclamos le indique que empiece el proceso del *QME* para someter su solicitud a la [Unidad Médica](#) de la *DWC*. Si no somete el formulario dentro de 10 días, el administrador de reclamos lo hará por usted y podrá escoger el tipo de médico que lo evaluará.

Hay otros plazos estrictos y específicos que debe cumplir haciendo su solicitud para el *QME* o perderá derechos importantes. Lea la [guía 2](#) de la Unidad de Información y Asistencia (*Information & Assistance- I&A*) de la *DWC* y consulte la hoja de información E para más información.

### ¿Qué es una clasificación de *PD* y cómo es calculada?

Primeramente, después de su evaluación, el médico escribirá un informe médico sobre su discapacidad o impedimento. Discapacidad o impedimento significa cómo su lesión afecta su habilidad para hacer actividades de vida normal. El informe incluye si hay alguna porción de su incapacidad que es debida a otra cosa que no sea su lesión de trabajo. El informe médico termina con un número de discapacidad o impedimento.

Después, el número de discapacidad es puesto en una fórmula para calcular el porcentaje de incapacidad. Incapacidad significa cómo el impedimento afecta su habilidad para trabajar. Su ocupación, su edad al tiempo de la lesión y su capacidad de ganancias futuras son factores que están incluidas en la calculación. Entonces cualquier porción de incapacidad debida a otra cosa que no sea su lesión de trabajo es reducida de la calculación.

Su incapacidad será indicada como un porcentaje. Su porcentaje de incapacidad es equivalente a una suma específica, tomando en cuenta la fecha de su lesión y el promedio de su salario semanal de cuando usted se lesionó. Un especialista que calcula las clasificaciones en la [Unidad de Evaluación de Incapacidades](#) de la *DWC* puede ayudarle a calcular su clasificación.

Si su empleador tiene 50 o más empleados, y usted se lesionó antes del 2013, la cantidad también puede ser afectada si su empleador le hace una oferta adecuada para regresar a trabajar. Para lesiones que ocurren en o después del 1 de enero 2013, todas las clasificaciones de incapacidad permanente serán aumentadas por un factor de Discapacidad del Cuerpo Total de 1.4.

### ¿Cómo se paga la *PD*?

Una vez que su médico indique que tiene *PD*, el administrador de reclamos estimará cuanto debe recibir y empezará hacerle pagos aunque el porcentaje final de la incapacidad no haya sido calculado. Beneficios de *PD* son pagados además de los beneficios de incapacidad temporal (*Temporary Disability- TD*) que ha recibido. El administrador de reclamos debe comenzar los pagos de incapacidad permanente dentro de 14 días después de que terminan los beneficios de *TD* y continuarán hasta que hayan pagado una estimación razonable de la cantidad de incapacidad. Si no ha faltado al trabajo, los pagos de *PD* son debidos desde la fecha en que su médico indica que está *P&S*. Los beneficios de *PD* continuarán siendo pagados cada dos semanas en el día escogido por el administrador de reclamos hasta que se haya pagado una estimación razonable de su incapacidad. Cuando la cantidad exacta de incapacidad permanente haya sido determinada cualquier cantidad restante debe ser pagada.

Si se lesionó y tiene incapacidad permanente valorable, a partir del 1 de enero 2013, pagos de *PD* no son debidos si regresa a un trabajo modificado, alternativo o regular con su empleador con en el 85 por ciento de su salario o regresa a trabajar para otro empleador con el 100 por ciento de su salario. Cuando reciba la finalización o fallo de *PD*, usted recibirá entonces un pago ajustado comenzando con la última fecha que *TD* fue pagada o cuando alcanzó una recuperación médica máxima, lo que ocurra primero.

### ¿Cómo es que mi reclamo es finalmente resuelto?

Después de que la cantidad de *PD* es determinada, usualmente hay un acuerdo o fallo para finalizar los beneficios. Este acuerdo tiene que ser aprobado por un juez de compensación de trabajadores. Si tiene un abogado, su abogado debe de ayudarle a obtener este acuerdo. Si no tiene abogado, el administrador de reclamos le debe de ayudar con el acuerdo. También puede ayudarle un oficial de Información y Asistencia de la oficina local de la Junta de Apelaciones de Compensación de Trabajadores. Si su médico indica que tratamiento médico adicional es necesario para su lesión o enfermedad, el acuerdo puede proporcionarle futuro tratamiento médico.

Hay dos clases de acuerdos. Un acuerdo es mutuamente acordado entre usted y el administrador de reclamos.

Usted puede resolver su reclamo entero con un acuerdo de un pago global llamado [compromiso y liberación](#) o convenio y cesión (*Compromise & Release- C&R*). Un *C&R* pueda que sea mejor cuando usted quiere controlar su propio tratamiento médico o quiere un pago global por su incapacidad permanente. Un *C&R* usualmente significa que después de que reciba el pago global aprobado por el juez de compensación de trabajadores el administrador de reclamos no será responsable por pagos adicionales ni tratamiento médico.

También puede acordar finalizar su reclamo por medio de [una estipulación con pedido de adjudicación](#) (*Stipulations with request for award- Stip*). Una estipulación usualmente incluye una suma de dinero y futuro tratamiento médico. Los pagos son hechos a plazos. Un juez revisará el acuerdo.

Si no puede llegar a un acuerdo con el administrador de reclamos, puede ir frente a un juez de compensación de trabajadores quién puede hacer una determinación sobre la cantidad de *PD*. La decisión del juez es un fallo (*Findings & Award- F&A*). El *F&A* generalmente consiste de una suma de dinero y la provisión que el administrador de reclamos pague por futuro tratamiento médico aprobado.

Si su lesión resulta en una incapacidad permanente y el estado determina que su beneficio de *PD* es desproporcionadamente bajo comparado a su pérdida de ingresos, usted puede calificar para dinero adicional del programa de Pérdida de Ingresos Especiales Suplementarios del Departamento de Relaciones Industriales (*DIR*) que también es conocido como el Programa del Regreso al Trabajo. Si tiene preguntas o piensa que califica, comuníquese con su oficina de *I&A* local o visite la página web del *DIR* en [www.dir.ca.gov](http://www.dir.ca.gov).

Para más información, llame al 1-800-736-7401 o visite la página Web de la *DWC* en [www.dwc.ca.gov](http://www.dwc.ca.gov) para ubicar a su [oficina de I&A](#) local. También puede bajar [guías](#) de *I&A* y obtener información sobre los [seminarios](#) para trabajadores lesionados.