



No. de reclamo de DWC

No. de reclamo de la compañía de seguros

ACUERDO PARA DISPUTA DE BENEFICIOS (FORMULARIO DWC024s)

1. Fecha del Procedimiento (si es que aplica)	2. Número de Expediente y Lugar (si es que aplica)
3. Nombre del empleado/ beneficiario	4. <input type="checkbox"/> Empleado / Beneficiario ayudado por un Ombudsman <input type="checkbox"/> Empleado / Beneficiario representado por _____
5. No. de Seguro Social del Empleado (últimos 4 dígitos) XXX-XX-	6. Fecha de la lesión (mm/dd/aaaa)
7. Nombre del Empleador	8. <input type="checkbox"/> Empleador ayudado por un Ombudsman <input type="checkbox"/> Empleador representado por _____
9. Nombre de la compañía de seguros	10. Compañía de seguros representada por

Todos los acuerdos están sujetos a las provisiones pertinentes de la Ley de Compensación para Trabajadores de Texas, Secciones 408.005, 408.21, 410.024, y 410.030 y las provisiones de los Reglamentos de la División de Compensación para Trabajadores, Capítulo 147. Este acuerdo resuelve solo las cuestiones en disputa descritas abajo y no es una resolución final de todas las cuestiones en este reclamo. Los participantes no renuncian a su derecho para tener procedimientos subsiguientes con la División.

11. LOS PARTICIPANTES ACUERDAN:

CÓDIGO DE LA DISPUTA (para uso de la División únicamente)	CUESTIÓN(ES) EN DISPUTA	RESOLUCIÓN (ES)

Yo he leído o una persona de mi elección me ha leído este documento, yo entiendo y voluntariamente estoy de acuerdo con los términos de este acuerdo a como se indica en la parte de arriba. Fecha de aprobación _____. Este acuerdo deberá cumplirse completamente dentro de cinco días a partir de la fecha en que el acuerdo es recibido por la compañía de seguros, pero, si el acuerdo incluye una fecha de cumplimiento, esta fecha tendrá superioridad.

Firma del empleado/ beneficiario _____ Fecha _____

Firma del empleado/ representante del beneficiario _____ Fecha _____

Firma del representante del empleador _____ Fecha _____

Firma del representante de la compañía de seguros _____ Fecha _____

Firma autorizada del personal de DWC _____ Fecha _____

Disability Determination Officer Field Office Manager Benefit Review Officer Administrative Law Judge



FORMULARIO DWC- 024s
(Acuerdo para Disputa de Beneficios)

¿A dónde envió este formulario? Envíe una copia de este formulario y documentos adjuntos a DWC y a los otros participantes. Usted puede enviar el formulario completo a DWC por fax o correo postal o puede entregarlo en una oficina local de DWC.

- **Fax:** 512-804-4011
- **Correo postal:** Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation
Hearings, Mail Code HRG
PO Box 12050
Austin, TX 78711-2050

Cuando los participantes envueltos en una cuestión o cuestiones en disputa llegan a un acuerdo para resolver una o más de las disputas, la resolución se reducirá únicamente a llenar el Formulario DWC-024, Acuerdo para Disputa de Beneficios, firmarlo por los participantes y entregarlo a la oficina local de la División que está manejando su reclamo para que sea aprobado. Personal designado revisará el acuerdo para establecer si este cumple con la Ley, los reglamentos y la política de la División. De ser así, el personal designado firmará el acuerdo y facilitará copias a los participantes. Un acuerdo por escrito es efectivo y obligatorio para los participantes en la fecha que el empleado de la División firmó el acuerdo.

Un acuerdo de disputa de beneficios resuelve solo la cuestión(es) descritas en el acuerdo escrito, y no es una resolución para todas las cuestiones relacionadas con un reclamo. Un acuerdo **no** puede limitar o anular los derechos para recibir beneficios médicos a un empleado a como se proporciona en la Ley de Compensación para Trabajadores de Texas, Código Laboral de Texas, Sección 408.021; proporcionar un pago en suma total por cualquier beneficio de ingreso que no se haya acumulado, excepto a como es permitido por la Ley de Compensación para Trabajadores, Secciones 408.085, 408.128, o 408.129; resolver una disputa por impedimento antes del mejoramiento médico máximo; obtener un acuerdo con referencia a una fecha para el mejoramiento médico máximo que no ha sido certificado por un médico; u obtener un acuerdo con referencia al porcentaje de impedimento de cuerpo entero que no haya sido evaluado de acuerdo con la Ley de Compensación para Trabajadores de Texas, Código Laboral de Texas, Sección 408.124.

Ejemplos de acuerdos, los cuales **no serán aprobados** son aquellos en los cuales: la compañía de seguros paga dinero a cambio de que el reclamante abandone el caso; la compañía de seguros paga dinero cuando el acuerdo también establece que la lesión no es compensable; un participante pierde el derecho de ley a cualquier dinero por haber sufrido una lesión; los participantes acuerdan una fecha de mejoramiento médico máximo la cual no ha sido certificada por un médico o acuerdan un porcentaje de cuerpo entero que no fue asignado por un médico; un participante rechaza o retira una queja de violación administrativa que está pendiente ante la División; los participantes llegan a un acuerdo con respecto a los periodos de incapacidad que se conocen; los participantes acuerdan limitar el periodo de pago de beneficios médicos; los participantes acuerdan limitar el tratamiento médico a ciertos proveedores en específico. Los acuerdos que no cumplen con la Ley, reglamentos y política de la División y no se tomarán en cuenta y no serán obligatorios para los participantes.

Este formulario será impreso en 4 partes para documentar este proceso, el expediente de reclamo original se enviará a la División, la segunda copia se enviará al empleado/ reclamante, la tercera copia se enviará al representante del empleado / reclamante, si es que lo hay, y la cuarta copia se enviará al representante de la compañía de seguros. Copias adicionales, se proporcionarán a como sea necesario.

[La Ley de Compensación para Trabajadores de Texas, Código Laboral de Texas, Sección 408.005, Convenios y Acuerdos; Sección 410.029, Resolución en la Conferencia para Revisión de Beneficios, Acuerdos por Escrito; y Sección 410.030, 410.030, Efectos de Acuerdos Obligatorios; Reglamentos 147.1, 147.2, 147.3, 147.4, 147.7, 147.9]

Nota: Con pocas excepciones, si lo solicita, usted tiene derecho a:

- estar informado sobre la información que DWC reúne sobre usted;
- recibir y revisar la información (Secciones del Código Gubernamental 552.021 y 552.023);
y
- pedir que DWC corrija la información que está incorrecta (Sección del Código Gubernamental 559.004).

Para más información contacte a DWCLegalServices@tdi.texas.gov o consulte la sección para el Procedimiento de Correcciones en www.tdi.texas.gov/commissioner/legal/lccorprc.html.