



Division of Workers' Compensation

PO Box 12050 | Austin, TX 78711 | 800-252-7031 | tdi.texas.gov/wc

Complete esta información, si es que la sabe:

No. de reclamación de DWC

No. de reclamación de la aseguradora

Elección para Participar en un Arbitraje

Escriba a máquina (o a mano, usando tinta negra) cada artículo en este formulario

I. INFORMACIÓN SOBRE LA DISPUTA DE LA RECLAMACIÓN

1. Número de Reclamación de DWC	2. Número de la Decisión de la Disputa por Honorarios Médicos (si es que aplica)
3. Nombre del Reclamante	4. Nombre de la Aseguradora
5. Oficina Local	
6. Fecha en la que Concluyó la Conferencia para Revisión de Beneficios (Benefit Review Conference –BRC, por su nombre y siglas en inglés) (mm/dd/aaaa)	
7. Marque SOLAMENTE una de las casillas para indicar el tipo de disputa por la cual se ha seleccionado el arbitraje: <input type="checkbox"/> Disputa por honorarios médicos <input type="checkbox"/> Disputa por indemnización Especifique los asuntos relacionados con los beneficios que continúan en disputa: NOTA: El arbitraje puede ser elegido solamente para disputas que continúan sin resolver después de una Conferencia para Revisión de Beneficios.	
8. ¿Es el empleado lesionado el primero en responder, según lo definido en el Código Laboral de Texas (Texas Labor Code, por su nombre en inglés) §504.055, quien sufrió una grave lesión corporal*? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <small>*Lesión corporal que crea un riesgo substancial de muerte o que causa muerte, grave desfiguramiento permanente, o pérdida prolongada o impedimento de la función de cualquier miembro u órgano del cuerpo.</small>	

II. ELECCIÓN PARA EL ARBITRAJE

Al firmar en la parte de abajo, los participantes en la reclamación mencionada en la parte de arriba, pendiente ante el 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), eligen, según lo dispuesto en el Código Laboral de Texas, Capítulo 410 y 413, participar en un arbitraje, en relación a los asuntos que han sido identificados en la Casilla 7.

Los participantes entienden que la elección de este arbitraje requiere el consentimiento de los participantes afectados en la disputa, y que una vez que la elección del arbitraje es presentada ante TDI-DWC, los participantes dejan de tener derecho a una Audiencia para Disputar Beneficios (Contested Case Hearing –CCH, por su nombre y siglas en inglés) o a una revisión por parte del Panel de Apelación de TDI-DWC o la Oficina Estatal para Audiencias Administrativas (State Office of Administrative Hearings –SOAH, por su nombre y siglas en inglés) y que una revisión judicial es estrictamente limitada. Además, los participantes entienden que al elegir el arbitraje, éste se convierte en obligatorio e irrevocable para los participantes que han firmado en la parte de abajo para que se lleve a cabo una resolución respecto a las disputas mencionadas en la parte de arriba. La decisión del árbitro es definitiva, a menos que sea anulada por una corte de jurisdicción competente, basándose en las provisiones de §410.121 del Código Laboral de Texas. Los participantes también reconocen que están familiarizados con las provisiones de arbitraje del Código Laboral de Texas §410.024 y §§410.101-410.121, y los Reglamentos de Arbitraje en el Código Administrativo de Texas No. 28 §§144.1-144.16, y están de acuerdo en cumplir con ellos.

Aseguradora	
9. Nombre de la Aseguradora	10. Número de Teléfono
11. Nombre Impreso del Representante de la Aseguradora	12. Número de Teléfono Alterno
13. Firma del Representante de la Aseguradora	14. Fecha de la Firma (mm/dd/aaaa)



For TDI-DWC Use Only

Marque la casilla apropiada: <input type="checkbox"/> Empleado Lesionado <input type="checkbox"/> Proveedor de Servicios Médicos <input type="checkbox"/> Sub-reclamante <input type="checkbox"/> Agente de Procesamiento en la Farmacia		
15. Si en la parte de arriba se ha marcado al empleado lesionado, ¿ha sido asistido el empleado lesionado por la Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado (Office of Injured Employee Counsel –OIEC, por su nombre y siglas en inglés)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
16. Nombre Impreso del Solicitante	17. Número de Teléfono	18. Número de Teléfono Alterno
19. Firma del Solicitante		20. Fecha de la Firma (mm/dd/aaaa)
21. Nombre Impreso del Representante (si es que aplica)		
22. Número de Teléfono		23. Número de Teléfono Alterno
24. Firma del Representante		25. Fecha de la Firma (mm/dd/aaaa)

Preguntas Frecuentes

¿Cuál es el propósito de elegir un arbitraje?

El arbitraje puede ser usado solamente para resolver asuntos en disputa relacionados con los beneficios. Es una alternativa a la Audiencia para Disputar Beneficios y requiere el mutuo acuerdo de los participantes. El arbitraje puede ser elegido, de acuerdo con el 28 TAC, Capítulo 144, para tratar cualquier disputa que surge de una reclamación(es) que está bajo la jurisdicción del Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores (TDI-DWC).

¿Puedo cambiar de opinión después de haber elegido participar en el arbitraje?

No, elegir participar en el arbitraje es obligatorio e irrevocable para todos los participantes.

¿Puedo apelar la decisión del árbitro?

No existe el derecho para apelar excepto según lo dispuesto en el Código Laboral de Texas, Sección 410.121. La decisión final emitida por el árbitro no puede ser apelada ante una Audiencia para Disputar Beneficios de TDI-DWC, ante el Panel de Apelación de TDI-DWC o la Oficina Estatal para Audiencias Administrativas (SOAH).

¿Cuál es el plazo de tiempo para presentar el Formulario DWC-044S?

Este formulario debe ser firmado por todos los participantes y presentado ante TDI-DWC a no más tardar del veintavo día después de que concluyó la Conferencia para Revisión de Beneficios, según se muestra en la Casilla 6 de este formulario.

Para presentar la solicitud para arbitraje de los participantes, envíe por correo postal o fax el formulario DWC-044S a:

Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation
 Chief Clerk of Proceedings
 Hearings, Mail Code HRG
 PO Box 12050
 Austin, TX 78711-2050
 o al 512-804-4011 (número de fax)

¿Qué sucede después de presentar el Formulario DWC-044S?

TDI-DWC asignará a un árbitro a no más tardar de 30 días, a partir de la fecha en que la elección fue presentada y notificará a los participantes. Cada participante tiene derecho a rechazar a un árbitro que ha sido asignado. El árbitro programará el procedimiento de arbitraje para que se lleve a cabo dentro de 30 días después de la fecha en la que se le haya asignado al caso y notificará a los participantes, al empleador, y a TDI-DWC sobre la fecha y hora del procedimiento.

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

Nombre del Reclamante:
No. de Reclamación de DWC:



Para Uso Exclusivo de TDI-DWC
