[Recommended: Insert letterhead here]

**Notificación de Cambio del Tipo de Beneficio de Indemnización**

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 empleador: [Employer name]

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

**Nosotros, [Name of carrier], vamos a cambiar sus beneficios de ingresos de compensación para trabajadores.**

El tipo de beneficio que le están pagando ha cambiado de [Type of benefit being paid] a [Type of benefit to be paid]. Este cambio iniciará en [Effective date of change].

**La razón 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 lugar de cada semana.
* Esto no cambia los beneficios médicos que usted obtiene debido a su lesión.

**Averigüe si puede regresar a trabajar.**

Es posible que su empleador tenga un trabajo que su médico permita. Comuníquese con su empleador para averiguar si existe un trabajo que usted pueda desempeñar.

A picture containing music, chime

Description automatically generated

**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.

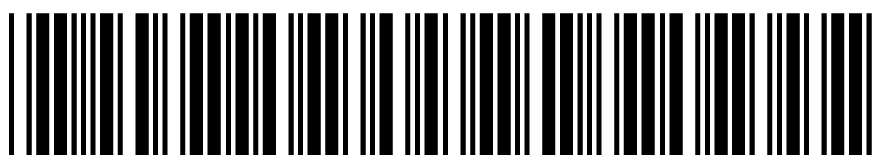
Usted tiene derecho a solicitar una conferencia para revisión de beneficios (Benefit Review Conference –BRC, por su nombre y siglas en inglés). Si solicita una conferencia, usted se reunirá con: (1) una persona de [Name of insurance carrier], y (2) un oficial para la revisión de los beneficios del Departamento 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 Cambio del Tipo de Beneficio de Indemnización** (PLN-7) 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/representante y al beneficiario(s)/representante(s) (si es que aplica) cuando la aseguradora va a cambiar el pago de un tipo de beneficio de ingreso a otro o a beneficios por causa de muerte.

Las siguientes son situaciones en las que esta notificación debe ser utilizada (no es una lista completa):

* la determinación del derecho a recibir beneficios de ingresos suplementarios (supplemental income benefits, por su nombre en inglés);
* el derecho a recibir beneficios de ingresos de por vida (lifetime income benefits, por su nombre en inglés) después del pago de un tipo de beneficio de ingresos anterior;
* el derecho a recibir beneficios por causa de muerte después del pago de un tipo de beneficio de ingresos anterior (elimine las declaraciones sobre los beneficios médicos que no van a cambiar y sobre el regreso al trabajo si usted está usando esta PLN para notificar al beneficiario(s) sobre los beneficios por causa de muerte); o
* si se van a cambiar los beneficios de ingresos de impedimento (impairment income benefits –IIBs, por su nombre y siglas en inglés) de regreso a beneficios de ingresos temporales (temporary income benefits –TIBs, por su nombre y siglas en inglés).

El cambio del tipo de beneficio de TIBs a IIBs debe ser reportado usando la PLN-3b o PLN-3c.

La aseguradora debe:

* Proporcionar esta notificación al empleado lesionado/representante y al beneficiario(s)/representante(s) (si es que aplica).
* Proporcionar una declaración plena y completa en la cual se explica la acción que ha sido tomada.

Ejemplos:

* Se nos ha notificado por parte del Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores sobre su derecho a recibir beneficios de ingresos suplementarios (SIBs). Adjunto está su primer pago trimestral de SIBs.
* Se nos ha notificado que la evaluación del médico de tratamiento para el mejoramiento máximo médico (maximum medical improvement –MMI, por su nombre y siglas en inglés) y el porcentaje de impedimento de cuerpo entero (impairment rating, por su nombre en inglés) ha sido disputada. El médico designado informó que usted todavía no ha alcanzado el MMI, por lo que estamos cambiando sus beneficios de ingreso, de beneficios de ingresos de impedimento a beneficios de ingresos temporales.

**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.**