[Recommended: Insert letterhead here]

**Notificación de Investigación en Curso**

Fecha: [Date]

A: [Name of injured employee or potential beneficiary]

[Address]

[City, state, ZIP]

Asunto: Fecha de la lesión: [Date of injury]

Naturaleza de la lesión: [Nature of injury]

Parte lesionada del cuerpo: [Part of body injured]

Número de Seguro Social del empleado: [Employee Social Security number]

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 insurance carrier], recibimos su reclamación de compensación para trabajadores, y estamos investigando.**

Le estamos enviando esta notificación debido a que su reclamación puede calificar para una presunción bajo el Código Gubernamental de Texas, Capítulo 607, Subcapítulo B. Hasta este momento, hemos tomado los siguientes pasos para investigar su reclamación:

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

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

**Necesitamos más información para decidir si le pagaremos a usted los beneficios médicos o de ingresos.**

Si usted cuenta con cualquiera de esta información, necesitamos que nos la envíe a no más tardar para [Due date].

[List all information or documents the insurance carrier believes it needs from the injured employee to continue and complete its investigation. Add more lines as necessary.]

Información que se necesita del empleado lesionado:

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

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

A picture containing music, piano, clavier

Description automatically generated

[List all information or documents the insurance carrier believes it needs from other sources to continue and complete its investigation. Add more lines as necessary.]

Información necesaria de otras fuentes (el empleado lesionado no tiene que recopilar esta información):

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

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

Por ley, nosotros debemos de tomar una decisión sobre su reclamación a más tardar 60 días después de recibir la notificación por escrito sobre su lesión. Si usted no puede o si no envía la información que estamos solicitamos para la fecha de vencimiento, es posible que tengamos que tomar una decisión final con respecto a si pagaremos los beneficios de su reclamación sin esa información.

Comuníquese conmigo si usted: (1) tiene cualquier pregunta, (2) necesita proporcionar más información sobre esta reclamación, o (3) no puede enviar la información antes de la fecha de vencimiento.

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.

**Presentar una reclamación de compensación para trabajadores falsa es un crimen que puede resultar en multas o encarcelamiento.**

Hemos enviado una copia de esta carta a:

A picture containing music, piano, clavier, chime

Description automatically generated

Instrucciones para la aseguradora:

**Notificación de Investigación en Curso** (PLN-14) Código Administrativo de Texas No. 28 (28 Texas Administrative Code –TAC, por su nombre y siglas en inglés) §124.2

La aseguradora debe de usar esta notificación para informar al empleado lesionado o beneficiario y a DWC que la aseguradora aún necesita investigar si la reclamación califica para una presunción estatutaria según el Código Gubernamental, Capítulo 607, Subcapítulo B y si la aseguradora va a pagar los beneficios médicos o de ingresos en la reclamación de un empleado lesionado. Es posible que usted necesite parte de esa información del empleado lesionado o del beneficiario.

Esta notificación solo aplica a una notificación de lesión por escrito por una enfermedad o padecimiento identificado por el Código Gubernamental, Capítulo 607, Subcapítulo B, el cual solo incluye reclamaciones de bomberos, técnicos médicos de emergencia (emergency medical technicians -EMT, por su nombre y siglas en inglés), y oficiales de policía definidos bajo el Artículo 2.12 del Código de Procedimiento Penal (Code of Criminal Procedure, por su nombre en inglés). Las enfermedades o padecimientos identificados bajo el Subcapítulo B están en las siguientes secciones:

* 607.053, relacionado con las reacciones a las inmunizaciones contra la viruela u otras enfermedades; viruela;
* 607.054, relacionado con la tuberculosis u otra enfermedad respiratoria;
* 607.0545, relacionado con el síndrome agudo respiratorio severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2) o la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19);
* 607.055, relacionado con el cáncer (bomberos y personal de EMT solamente); y
* 607.056, relacionado con infarto agudo de miocardio o derrame cerebral.

La aseguradora debe:

* Proporcionar esta notificación al empleado lesionado o a su representante, a DWC, y a los beneficiarios o sus representantes (si es que aplica).
* Incluir una descripción detallada de los pasos que usted ha tomado hasta ahora para investigar la reclamación del empleado lesionado.
* Enumerar claramente la información que es necesaria para completar la investigación.
* Continuar tomando medidas razonables para adquirir la evidencia y documentación específica de la reclamación que es necesaria para completar la investigación de la reclamación.

**La Notificación de Investigación en Curso no se considera completa hasta que DWC recibe una copia de esta notificación y es presentada electrónicamente.**

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Qué información debe pedirle la aseguradora al empleado lesionado?** | |
| **Sí** | **No** |
| Pida información específica de la reclamación, tal como una alta médica, que usted no pudo obtener a través de su investigación. | No haga solicitudes genéricas para los expedientes médicos enteros del empleado lesionado ni pida información que usted ya tenga en su poder. |
| Pida información que usted razonablemente cree que es relevante y necesaria para completar su investigación. | No pida al empleado lesionado que se someta a pruebas de diagnóstico adicionales, ni que proporcione expedientes de salud mental, o que proporcione expedientes que no estén directamente relacionados ya sea con la enfermedad o el padecimiento o la elegibilidad de una presunción estatutaria. |
| Pida información que usted razonablemente cree que está en la posesión exclusiva del empleado lesionado o del beneficiario, o que usted solamente la puede obtener del empleado lesionado o del beneficiario. | No pida información que requerirá que el empleado lesionado o el beneficiario obtenga la información solicitada de diferentes fuentes si la información también puede ser obtenida por usted mismo. |

**Uso de Lenguaje Sencillo**

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.

**Requisitos de formato**

* Debe usar un tamaño de letra de 12-puntos o más (28 TAC §124.2(o)).

**Recomendaciones de formato**

* **Imprima solamente información que se aplica al lector:** Elimine la sección “Instrucciones para la aseguradora.”
* **Elija un estilo de fuente que sea limpio:** Las fuentes como Segoe, 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.
* **Escriba párrafos cortos:** Es de utilidad para el lector cuando la información está en un formato limpio y fácil de leer.
* **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 y envíe esta notificación a DWC.**