

Cómo objetar a su clasificación sumaria

Una clasificación sumaria es un documento emitido por la Unidad de Evaluación de Incapacidades que convierte un informe médico sobre su lesión en una clasificación de incapacidad permanente. Las clasificaciones sumarias se dan después de todos los exámenes de un evaluador médico calificado (*qualified medical evaluator - QME*) y después de los exámenes del médico tratante, cuando se solicitan. Consulte la guía 2 de *I&A*, para obtener más información sobre cómo solicitar un examen *QME*.

Llene este formulario, si usted cree que su clasificación sumaria no está correcta. Este formulario también se puede completar en

<http://www.dir.ca.gov/dwc/FORMS/EAMS%20Forms/DEU/DEU103.pdf>.

Sólo hay cuatro razones para presentar esta solicitud, así que siga las instrucciones con atención. Si su razón no está dentro de una de estas cuatro razones se negará su solicitud y su caso se demorará. El no estar de acuerdo con el *QME* o con la conclusión de su médico **no** es una razón, para objetar a la clasificación sumaria.

Usted debe presentar su solicitud dentro de 30 días después de recibir la clasificación.

Junto con el formulario adjunte copias de:

1. La determinación de la clasificación sumaria
2. El informe del *QME* o de su médico
3. Cualquier otra información que respalde su solicitud.

Guarde una copia de la solicitud para sus archivos y envíe el original a:

Administrative Director - Division of Workers' Compensation
P. O. Box 420603
San Francisco, CA 94142
Attn: Summary rating reconsideration

Usted debe completar la prueba de entrega (*proof of service*) en la parte inferior del formulario y debe enviar una copia a la compañía de seguros.

- ✓ [Request for Reconsideration of Summary Rating by the Administrative Director](#) (Solicitud para Reconsideración de una Clasificación Sumaria al Director Administrativo)
- ✓ [Proof of Service](#) (Prueba de Entrega por Correo)

Si usted necesita ayuda llame a una [oficina de Información y Asistencia \(I&A\)](#) o asista a un [taller para trabajadores lesionados](#). Los números de teléfono de las oficinas locales de *I&A* están adjuntos a esta guía. Usted puede obtener información sobre un taller local de la oficina de *I&A* o en la Web en www.dwc.ca.gov.

Guía 3 de la Unidad de Información y Asistencia

La información contenida en esta guía es de índole general y no pretende substituir asesoramiento legal. Los cambios en la ley o los datos específicos de su caso podrían resultar en interpretaciones legales distintas de las que aquí se presentan.

Al enviar documentos a una oficina regional, por favor asegúrese que no estén doblados ni engrapados. Envíelos en un sobre grande de manila. Por favor consulte con el manual de formularios *OCR* de *EAMS* para instrucciones adicionales.

WORKERS' COMPENSATION APPEALS BOARD DISTRICT OFFICES

ANAHEIM, 92806-2131

1065 North Link, Suite 170
Information & Assistance Unit (714) 414-1801

BAKERSFIELD, 93301-1929

1800 30th Street, Suite 100
Information & Assistance Unit (661) 395-2514

EUREKA, 95501-0529 * Virtual office *

Information & Assistance Unit
(707) 441-5723

FRESNO, 93721-2219

2550 Mariposa Street, Suite 4078
Information & Assistance Unit (559) 445-5355

LODI, 95240-6936

3021 Reynolds Ranch Parkway, Suite 130
Information & Assistance Unit (209) 948-7980

LONG BEACH, 90810-1870

1500 Hughes Way, Suite C203
Information & Assistance Unit (424) 450-2565

LOS ANGELES, 90013-1105

320 W 4th Street, 9th Floor
Information & Assistance Unit (213) 576-7389

MARINA DEL REY, 90292-6902

4720 Lincoln Boulevard, 2nd and 3rd Floors
Information & Assistance Unit (310) 482-3820

OAKLAND, 94612-1499

1515 Clay Street, 6th Floor
Information & Assistance Unit (510) 622-2861

OXNARD, 93030-7912

1901 N Rice Avenue, Suite 100
Information & Assistance Unit (805) 485-3528

POMONA, 91768-1653

732 Corporate Center Drive
Information & Assistance Unit (909) 623-8568

REDDING, 96002-0940

250 Hemsted Drive, 2nd Floor, Suite B
Information & Assistance Unit (530) 225-2047

RIVERSIDE, 92501-3337

3737 Main Street, Suite 300
Information & Assistance Unit (951) 782-4347

SACRAMENTO, 95834-2962

160 Promenade Circle, Suite 300
Information & Assistance Unit (916) 928-3158

SALINAS, 93906-2204

1880 N Main Street, Suites 100 & 200
Information & Assistance (831) 443-3058

SAN BERNARDINO, 92401-1411

464 W Fourth Street, Suite 239
Information & Assistance Unit (909) 383-4522

SAN DIEGO, 92108-4424

7575 Metropolitan Drive, Suite 202
Information & Assistance Unit (619) 767-2082

SAN FRANCISCO, 94102-7014

455 Golden Gate Avenue, 2nd Floor
Information & Assistance Unit (415) 703-5020

SAN JOSE, 95110-3718

224 Airport Parkway, Suite 600
Information & Assistance Unit (408) 277-1292

SAN LUIS OBISPO, 93401-8736

4740 Allene Way, Suite 100
Information & Assistance Unit (805) 596-4159

SANTA ANA, 92707-7704

2 MacArthur Place, Suite 600
Information & Assistance Unit (714) 942-7576

SANTA BARBARA, 93101-7538

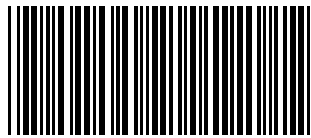
130 E Ortega Street
Information & Assistance Unit (805) 568-1390

SANTA ROSA, 95404-4771

50 "D" Street, Suite 420
Information & Assistance Unit (707) 576-2452

VAN NUYS, 91401-3370

6150 Van Nuys Boulevard, Suite 105
Information & Assistance Unit (818) 901-5374



**DIVISION OF WORKERS' COMPENSATION
REQUEST FOR RECONSIDERATION OF SUMMARY RATING
BY THE ADMINISTRATIVE DIRECTOR**

EJEMPLO

This form may be used by an unrepresented employee or his or her employer to request that the Administrative Director determine whether a permanent disability rating issued by the Disability Evaluation Unit should be reconsidered pursuant to Labor Code section 4061(g).

A request for reconsideration may be granted if it is shown that the Qualified Medical Evaluator (QME) or Primary Treating Physician (PTP) has failed to address all issues, failed to completely address issues, failed to follow the medical evaluation procedures promulgated by the Administrative Director, or if the rating was incorrectly calculated.

This procedure is applicable only to injuries occurring on or after 1/1/91. Please verify that you sent a copy of this request to the other party (employee or claims administrator) by filling out the proof of service below after reading the instructions on the reverse side.

This request must be submitted within thirty (30) days of receipt of the rating.

SEND TO: Administrative Director
Division of Workers' Compensation
Attn: Summary Rating Reconsideration
P.O. Box 420603
San Francisco, CA 94142

INCLUDE: (1) This completed form;
(2) Other information supporting the request.

Employee

SU PRIMER NOMBRE

First Name _____ MI _____

SU APELLIDO

Last Name _____

SU DIRECCIÓN

Street Address 1/PO Box (Please leave blank spaces between numbers, names or words) _____

Street Address 2/PO Box (Please leave blank spaces between numbers, names or words) _____

International Address (Please leave blank spaces between numbers, names or words) _____

SU CIUDAD

City _____

ESTADO

State _____

CÓDIGO POSTAL

Zip Code _____

Employer / Adjusting Agency

NOMBRE DEL ADMINISTRADOR DE RECLAMOS-USE EL NOMBRE UNIFORME ASIGNADO

Name (Please leave blank spaces between numbers, names or words) _____

DIRECCIÓN DEL ADMINISTRADOR DE RECLAMOS

Street Address 1/PO Box (Please leave blank spaces between numbers, names or words) _____

CIUDAD DEL ADMINISTRADOR DE RECLAMOS

City _____

ESTADO

State _____

CÓDIGO POSTAL

Zip Code _____

NÚMERO DE CASO DEU

Disability Evaluation Unit Case Number

NÚMERO DE RECLAMO

Claim Number

SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

SSN (Numbers Only)

Date of Injury

FECHA DE LA LESIÓN

MM/DD/YYYY

REASON(S) FOR REQUEST: (Check reason and explain below. Attach additional sheets if necessary.)

- QME/PTP failed to address all issues QME/PTP failed to completely address issues
 Evaluation procedures not followed by QME/PTP Rating was incorrectly calculated

Explanation

INDIQUE LAS RAZONES POR LAS CUALES ESTÁ OBJETANDO A LA CLASIFICACIÓN EMITIDA

Reconsideration of Summary Rating is being requested by:

- Injured worker Employer/Adjusting Agency

Name

PROOF OF SERVICE BY MAIL (Instructions on next page)

On **FECHA ENVIADO**, I served a copy of this Request for Reconsideration of Summary Rating on

NOMBRE DEL ADMINISTRADOR DE RECLAMOS

Address **DIRECCIÓN DEL ADMINISTRADOR DE RECLAMOS**

CIUDAD DEL ADMINISTRADOR DE RECLAMOS

City

ESTADO

State

CÓDIGO POSTAL

Zip Code

by placing a true copy enclosed in a sealed envelope with postage fully prepaid, and deposited in the U.S. Mail. I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the foregoing is true and correct.

SU FIRMA

Signature

