

Guía 23 de la Unidad de Información y Asistencia

Cómo presentar una petición apelando la decisión de la negación del beneficio suplementario de regreso al trabajo

Si no está de acuerdo con la decisión tomada por el director sobre su beneficio suplementario de regreso al trabajo (*Return-to-Work – RTW*), debe presentar una petición.

La petición se basará en uno o más de los motivos prescritos para las peticiones de reconsideración en la Sección 5903 del Código Laboral de California.

La oficina regional local de la Junta de Apelaciones de Compensación de Trabajadores (*Workers' Compensation Appeals Board – WCAB*) debe recibir su petición dentro de los 20 días a partir de la fecha en que se emitió la decisión del director. La fecha de la decisión se puede encontrar en la esquina superior izquierda de la carta de determinación.

Su petición debe incluir su nombre completo, número de caso ADJ, número de solicitud de *RTWSP* (*Return to Work Supplement Program – RTWSP*) y una breve declaración de los hechos que respaldan su petición. Tenga en cuenta que todos los formularios deben estar escritos a máquina o escritos a mano utilizando letra de molde para asegurar la legibilidad. Complete el formulario por completo y asegúrese de firmarlo y fecharlo

Envíe el formulario original a su oficina local de la WCAB y una copia al Programa Suplementario de Regreso al Trabajo de la DWC (Division of Workers' Compensation – DWC) al:

**Return-to-Work Supplemental Program (RTWSP)
Department of Industrial Relations
Attn: Appeals
1515 Clay Street, 17th Floor
Oakland, CA 94612-1499**

Presente los siguientes documentos con su formulario en el orden indicado:

- ✓ Hoja de Portada de Documento
- ✓ Hoja de Separador de Documento (*para la petición apelando la decisión de la negación del beneficio suplementario de RTW*)
- ✓ Petición apelando la decisión de la negación del beneficio suplementario del regreso al trabajo
- ✓ Verificación
- ✓ Hoja de Separador de Documento (*para la copia del aviso de inelegibilidad de beneficio*)
- ✓ Aviso de Inelegibilidad de Beneficio (*copia de la carta*)

Guía 23 de la Unidad de Información y Asistencia

- ✓ [Hoja de Separador de Documento](#) (para la prueba de entrega por correo)
- ✓ [Prueba de Entrega por Correo](#)

Guarde copias de sus documentos presentados para su registro.

Una vez que se reciba la petición, la Oficina del Director puede presentar una respuesta a su petición dentro de 20 días después de la fecha de servicio de la petición.

Si tiene un número ADJ que comienza con un cero "0", por ejemplo, ADJ012345678, significa que recibió un número de caso ADJ temporal, tendrá que presentar una "Solicitud de Adjudicación del Reclamo." Para hacerlo, consulte la guía 4 de la Unidad de Información y Asistencia (*Information & Assistance - I&A*) http://www.dir.ca.gov/dwc/iwguides/Guides_Spanish/IWGuide04.pdf. Todos los demás números de casos ADJ son válidos.

Para que su petición sea dirigida por un juez, usted también debe llenar y presentar una "Declaración de Disposición para Proceder" (*Declaration of Readiness to Proceed- DOR*). Para instrucciones sobre cómo llenar y presentar una DOR, por favor consulte la guía 5 de I&A:

http://www.dir.ca.gov/dwc/iwguides/Guides_Spanish/IWGuide05.pdf. **Por favor presente la DOR 30 días después del servicio de la petición.**

Todos los documentos presentados en la WCAB deben incluir una hoja de portada de documento y una hoja de separador de documento. Por favor consulte las guías 17 y 18 de I&A para aprender cómo llenar estos formularios. Instrucciones de formularios adicionales pueden encontrarse en el manual de formularios OCR de EAMS en

http://www.dir.ca.gov/dwc/eams/SampleFiles/EAMS_OCR%20handbook.pdf.

Si 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.

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.

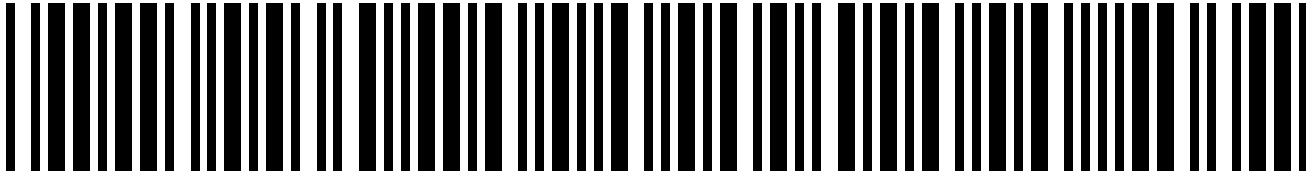
Al enviar documentos a una oficina regional, por favor asegúrese que no estén doblados ni engrapados. Envíelos en un sobre grande de manila. Por favor consulte con el manual de formularios OCR de EAMS para instrucciones adicionales.

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
- **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) 948-7759
- **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 Unit (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

STATE OF CALIFORNIA
DWC DISTRICT OFFICE

DOCUMENT COVER SHEET



Is this a new case? Yes No Companion Cases Exist Walkthrough Yes No

More than 15 Companion Cases

Date:(MM/DD/YYYY)

SSN: _____

Specific Injury

Case Number 1

Cumulative Injury (Start Date: MM/DD/YYYY) (End Date: MM/DD/YYYY)
(If Specific Injury, use the start date as the specific date of injury)

Body Part 1: _____

Body Part 3: _____

Body Part 2: _____

Body Part 4: _____

Other Body Parts: _____

Please check unit to be filed on (check only one box)

ADJ DEU SIF UEF SAU INT RSU

Companion Cases

Specific Injury

Case Number 2

Cumulative Injury (Start Date: MM/DD/YYYY) (End Date: MM/DD/YYYY)
(If Specific Injury, use the start date as the specific date of injury)

Body Part 1: _____

Body Part 3: _____

Body Part 2: _____

Body Part 4: _____

Other Body Parts: _____

Specific Injury

Case Number 3

Cumulative Injury

(Start Date: MM/DD/YYYY)

(End Date: MM/DD/YYYY)

(If Specific Injury, use the start date as the specific date of injury)

Body Part 1: _____

Body Part 3: _____

Body Part 2: _____

Body Part 4: _____

Other Body Parts: _____

Specific Injury

Case Number 4

Cumulative Injury

(Start Date: MM/DD/YYYY)

(End Date: MM/DD/YYYY)

(If Specific Injury, use the start date as the specific date of injury)

Body Part 1: _____

Body Part 3: _____



Body Part 2: _____

Body Part 4: _____

Other Body Parts: _____

Specific Injury

Case Number 5

Cumulative Injury

(Start Date: MM/DD/YYYY)

(End Date: MM/DD/YYYY)

(If Specific Injury, use the start date as the specific date of injury)

Body Part 1: _____

Body Part 3: _____

Body Part 2: _____

Body Part 4: _____

Other Body Parts: _____



Specific Injury

Case Number 6

Cumulative Injury

(Start Date: MM/DD/YYYY)

(End Date: MM/DD/YYYY)

(If Specific Injury, use the start date as the specific date of injury)

Body Part 1: _____

Body Part 3: _____

Body Part 2: _____

Body Part 4: _____

Other Body Parts: _____

Specific Injury

Case Number 7

Cumulative Injury

(Start Date: MM/DD/YYYY)

(End Date: MM/DD/YYYY)

(If Specific Injury, use the start date as the specific date of injury)

Body Part 1: _____

Body Part 3: _____

Body Part 2: _____

Body Part 4: _____

Other Body Parts: _____

Specific Injury

Case Number 8

Cumulative Injury

(Start Date: MM/DD/YYYY)

(End Date: MM/DD/YYYY)

(If Specific Injury, use the start date as the specific date of injury)

Body Part 1: _____

Body Part 3: _____

Body Part 2: _____

Body Part 4: _____

Other Body Parts: _____



Specific Injury

Case Number 9

Cumulative Injury

(Start Date: MM/DD/YYYY)

(End Date: MM/DD/YYYY)

(If Specific Injury, use the start date as the specific date of injury)

Body Part 1: _____

Body Part 3: _____

Body Part 2: _____

Body Part 4: _____

Other Body Parts: _____

Specific Injury

Case Number 10

Cumulative Injury

(Start Date: MM/DD/YYYY)

(End Date: MM/DD/YYYY)

(If Specific Injury, use the start date as the specific date of injury)

Body Part 1: _____

Body Part 3: _____

Body Part 2: _____

Body Part 4: _____

Other Body Parts: _____

Specific Injury

Case Number 11

Cumulative Injury

(Start Date: MM/DD/YYYY)

(End Date: MM/DD/YYYY)

(If Specific Injury, use the start date as the specific date of injury)

Body Part 1: _____

Body Part 3: _____

Body Part 2: _____

Body Part 4: _____

Other Body Parts: _____



Specific Injury

Case Number 12

Cumulative Injury

(Start Date: MM/DD/YYYY)

(End Date: MM/DD/YYYY)

(If Specific Injury, use the start date as the specific date of injury)

Body Part 1: _____

Body Part 3: _____

Body Part 2: _____

Body Part 4: _____

Other Body Parts: _____

Specific Injury

Case Number 13

Cumulative Injury

(Start Date: MM/DD/YYYY)

(End Date: MM/DD/YYYY)

(If Specific Injury, use the start date as the specific date of injury)

Body Part 1: _____

Body Part 3: _____



Body Part 2: _____

Body Part 4: _____

Other Body Parts: _____

Specific Injury

Case Number 14

Cumulative Injury

(Start Date: MM/DD/YYYY)

(End Date: MM/DD/YYYY)

(If Specific Injury, use the start date as the specific date of injury)

Body Part 1: _____

Body Part 3: _____

Body Part 2: _____

Body Part 4: _____

Other Body Parts: _____



Specific Injury

Case Number 15

Cumulative Injury

(Start Date: MM/DD/YYYY)

(End Date: MM/DD/YYYY)

(If Specific Injury, use the start date as the specific date of injury)

Body Part 1: _____

Body Part 3: _____

Body Part 2: _____

Body Part 4: _____

Other Body Parts: _____



Specific Injury

Case Number 16

Cumulative Injury

(Start Date: MM/DD/YYYY)

(End Date: MM/DD/YYYY)

(If Specific Injury, use the start date as the specific date of injury)

Body Part 1: _____

Body Part 3: _____

Body Part 2: _____

Body Part 4: _____

Other Body Parts: _____





STATE OF CALIFORNIA
DWC DISTRICT OFFICE

EJEMPLO

DOCUMENT COVER SHEET



Is this a new case? Yes No Companion Cases Exist Walkthrough Yes No

More than 15 Companion Cases

FECHA DE HOY

SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

SSN:

Date:(MM/DD/YYYY)

NÚMERO DE CASO DE EAMS

Specific Injury

FECHA DE LA LESIÓN

Case Number 1

Cumulative Injury

(Start Date: MM/DD/YYYY)

(End Date: MM/DD/YYYY)

(If Specific Injury, use the start date as the specific date of injury)

SI ES UN CASO NUEVO DEJE EN BLANCO

Body Part 1: _____

UTILICE UN CÓDIGO DE LAS LISTA DE CÓDIGOS DE LAS PARTES DEL CUERPO, CONSULTE LA P.8

Body Part 3: _____

Body Part 2: _____

Body Part 4: _____

Other Body Parts: _____

CUANDO MÁS DE 5 PARTES DEL CUERPO USE EL NÚMERO DE PARTE DEL CUERPO 700 EN ESTE CAMPO

Please check unit to be filed on (check only one box)

MARQUE LA CASILLA DE LA UNIDAD APROPIADA

ADJ DEU SIF UEF SAU INT RSU

Companion Cases

CASOS COMPAÑEROS

Specific Injury

Case Number 2

Cumulative Injury

(Start Date: MM/DD/YYYY)

(End Date: MM/DD/YYYY)

(If Specific Injury, use the start date as the specific date of injury)

Body Part 1: _____

Body Part 3: _____

Body Part 2: _____

Body Part 4: _____

Other Body Parts: _____



District office codes for place of venue

Legend Abbreviation	Office
AHM	Anaheim
ANA	Santa Ana
BAK	Bakersfield
FRE	Fresno
LAO	Los Angeles
LBO	Long Beach
LOD	Lodi
MDR	Marina del Rey
OAK	Oakland
OXN	Oxnard
POM	Pomona
RDG	Redding
RIV	Riverside
SAC	Sacramento
SAL	Salinas
SBA	Santa Barbara
SBR	San Bernardino
SDO	San Diego
SFO	San Francisco
SJO	San Jose
SLO	San Luis Obispo
SRO	Santa Rosa
VNO	Van Nuys

**Use this document to complete forms,
but do not file this document with your forms.**

Lista de códigos de las partes del cuerpo

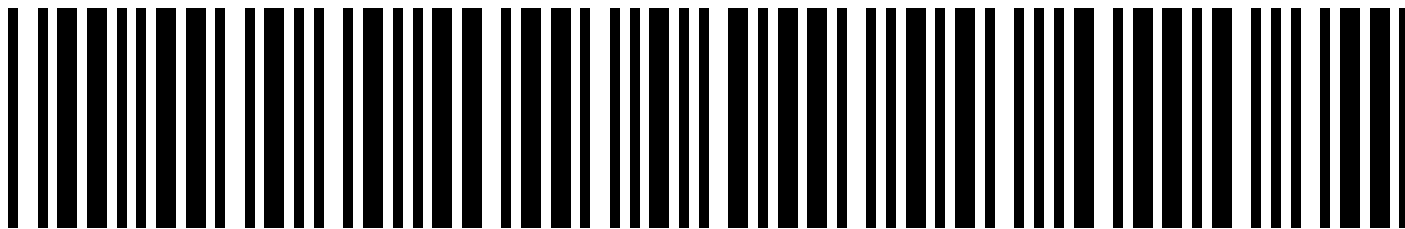
Los códigos de las partes del cuerpo que se enumeran a continuación se utilizan para llenar formularios que requieren la catalogación de las partes del cuerpo en cuestión. No presente este documento con sus formularios.

Número de código	Descripción
100	Cabeza: no especificado
110	Cerebro
120	Oído: no especificado
121	Oído: externo
124	Oído: interno, incluida la audición
130	Ojo: incluidos los nervios ópticos y la visión
140	Rostro: no especificado
141	Quijada: incluidos el mentón y la mandíbula
144	Boca: incluidos los labios, lengua, garganta y gusto
145	Dientes
146	Nariz: incluidos las fosas nasales, senos y el olfato
148	Rostro: varias partes, cualquier combinación de las partes anteriores
149	Rostro: frente, mejillas y párpados
150	Cuero cabelludo
160	Cráneo
198	Cabeza: varias lesiones, cualquier combinación de las partes anteriores
200	Cuello
300	Extremidades superiores: no especificado
310	Brazo: no especificado, arriba de la muñeca
311	Brazo: húmero del brazo
313	Brazo: cabeza del radio del codo
315	Brazo: radio y cúbito del antebrazo
318	Brazo: distintas partes, cualquier combinación de las partes anteriores
319	Brazo: no especificado
320	Muñeca
330	Mano: sin incluir muñecas ni dedos
340	Dedos
398	Extremidades superiores: cualquier combinación de las partes anteriores
400	Tronco: no especificado
410	Abdomen: incluidos órganos internos y la ingle
411	Hernia
420	Espalda: incluidos los músculos de la espalda, la columna vertebral y la médula espinal

Número de código	Descripción
430	Tórax: incluidos las costillas, esternón y los órganos internos del tórax
440	Caderas: incluidos la pelvis, los órganos pélvicos, el coxis y los glúteos
450	Hombros: escápula y clavícula
498	Tronco: use para el costado; varias partes, cualquier combinación de las partes anteriores
500	Extremidades inferiores: no especificado
510	Piernas: arriba de los tobillos, no especificado
511	Fémur del muslo
513	Rótula de la rodilla
515	Tibia y peroné de la parte baja de la pierna
518	Pierna: varias partes, cualquier combinación de las partes anteriores
519	Pierna: no especificado
520	Maléolo del tobillo
530	Pie, no el tobillo ni dedo del pie
540	Dedos de los pies
598	Extremidades inferiores: varias partes, cualquier combinación de las partes anteriores
700	Para más de cinco partes importantes del cuerpo, utilice este código en la quinta posición de la lista de partes del cuerpo
800	Sistema corporal: no especificado
801	Sistema circulatorio: corazón, diferente a un paro cardíaco, sangre, arterias, venas, etc..
802	Sistema circulatorio: paro cardíaco
810	Sistema digestivo: estómago
820	Sistema excretor: riñones, vejiga, intestinos, etc..
830	Sistema músculo esquelético: huesos, articulaciones, tendones, músculos, etc.
840	Sistema nervioso: no especificado
841	Sistema nervioso: estrés
842	Sistema nervioso: psiquiátrico/psíquico
850	Sistema respiratorio: pulmones, tráquea, etc.
860	Dermatitis cutánea, etc.
870	Sistemas reproductores
880	Otros sistemas del cuerpo
900	COVID-19
999	Sin clasificar: información insuficiente para identificar las partes del cuerpo

Utilice este documento para completar los formularios, pero no lo entregue junto con ellos.

DOCUMENT SEPARATOR SHEET



Product Delivery Unit

Document Type

Document Title

Document Date

MM/DD/YYYY

Author

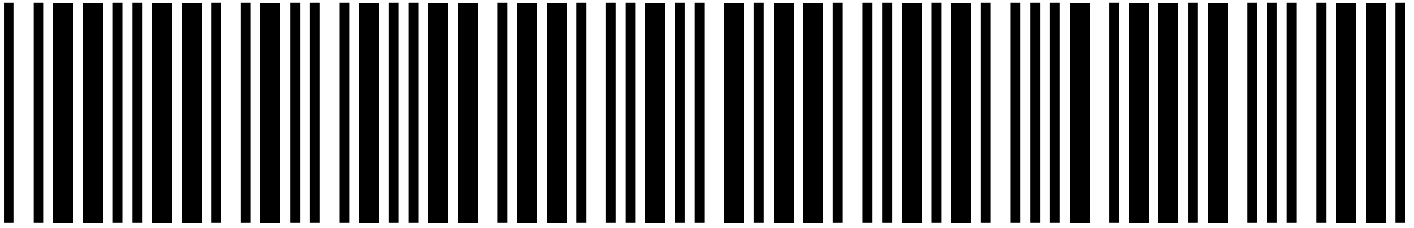
Office Use Only

Received Date

MM/DD/YYYY



DOCUMENT SEPARATOR SHEET



Product Delivery Unit

ADJ

Document Type

LEGAL DOCS

Document Title

APPEAL OF DIRECTOR'S RETURN TO WORK SUPPLEMENT DECISION

Document Date

FECHA EN QUE LLENÓ EL FORMULARIO

MM/DD/YYYY

Author

SU NOMBRE

Office Use Only

Received Date

MM/DD/YYYY

NAME:
STREET:
CITY, STATE, ZIP CODE:
TELEPHONE #:

**STATE OF CALIFORNIA
WORKERS' COMPENSATION APPEALS BOARD**

vs.	Applicant,
	Defendants.

ADJ #:

RTWSP Application #:

PETITION APPEALING
DENIAL OF
RETURN-TO-WORK
SUPPLEMENT

A decision was filed in the above-entitled case on _____.

The _____ is aggrieved by said decision and hereby petitions for reconsiderations upon the following grounds (strike out items not applicable):

1. By the order, decision or award, the Board acted without or in excess of its powers.
2. The order, decision, or award was procured by fraud.
3. The evidence does not justify the findings of fact.
4. Petitioner has discovered new evidence material to him with he could not with reasonable diligence have discovered and produced at the hearing.
5. The findings of fact do not support the order, decision or award.

In support of the above, petitioner gives the following details, including a statement of facts upon which petitioner relies and a discussion of the law applicable thereto:

Your Signature

Date

EJEMPLO

NAME: **SU NOMBRE**
STREET: **SU DOMICILIO**
CITY, STATE, ZIP CODE: **SU CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL**
TELEPHONE #: **SU NÚMERO DE TELÉFONO**

STATE OF CALIFORNIA WORKERS' COMPENSATION APPEALS BOARD

SU NOMBRE

Applicant,

vs.

NOMBRE DEL EMPLEADOR

Defendants.

ADJ #: **NÚMERO DE CASO DE EAMS**

RTWSP Application #: _____

CONSULTE EL AVISO DE INELEGIBILIDAD DE BENEFICIOS DEL RTWSP

PETITION APPEALING
DENIAL OF
RETURN-TO-WORK
SUPPLEMENT

A decision was filed in the above-entitled case on _____.

The _____ is aggrieved by said decision and hereby petitions for reconsiderations upon the following grounds (strike out items not applicable): **TACHE LAS RAZONES QUE NO SON APLICABLES**

1. By the order, decision or award, the Board acted without or in excess of its powers.

POR ORDEN, DECISIÓN O FALLO LA JUNTA ACTUÓ SIN O EN EXCESO DE SUS FACULTADES

2. The order, decision, or award was procured by fraud.

LA ORDEN, DECISIÓN O FALLO SE PROCURÓ MEDIANTE FRAUDE

3. The evidence does not justify the findings of fact.

LA EVIDENCIA NO JUSTIFICA LAS DETERMINACIONES DE HECHO

4. Petitioner has discovered new evidence material to him with he could not with reasonable diligence have discovered and produced at the hearing.

EL SOLICITANTE HA DESCUBIERTO NUEVA EVIDENCIA SIGNIFICATIVA QUE ÉL NO PODRÍA CON RAZONABLE DILIGENCIA HABER DESCUBRIDO Y PRODUCIDO EN LA AUDIENCIA

5. The findings of fact do not support the order, decision or award.

LAS DETERMINACIONES DE HECHO NO CORROBORAN LA ORDEN, DECISIÓN O FALLO

In support of the above, petitioner gives the following details, including a statement of facts upon which petitioner relies and a discussion of the law applicable thereto:

DECLARE CON DETALLE LA EVIDENCIA QUE TIENE PARA RESPALDAR SU ARGUMENTO DE QUE LA DECISIÓN TOMADA POR EL DIRECTOR ADMINISTRATIVO DEBE SER RECONSIDERADA

SU FIRMA

Your Signature

Date

VERIFICATION

STATE OF CALIFORNIA

County of _____

I, the undersigned, say that I am _____, a party to this action. I have read the foregoing **Petition Appealing Denial of Return-to Work Supplement** and know the contents thereof, and that the same is true of my own knowledge, except as to the matters which are therein stated upon my information or belief, and as to those matters that I believe to be true.

I declare under penalty of perjury that the foregoing is true and correct.

Executed on _____, at _____, California.

Petitioner

VERIFICACIÓN

ESTADO DE CALIFORNIA

CONDADO DE **SU CONDADO**

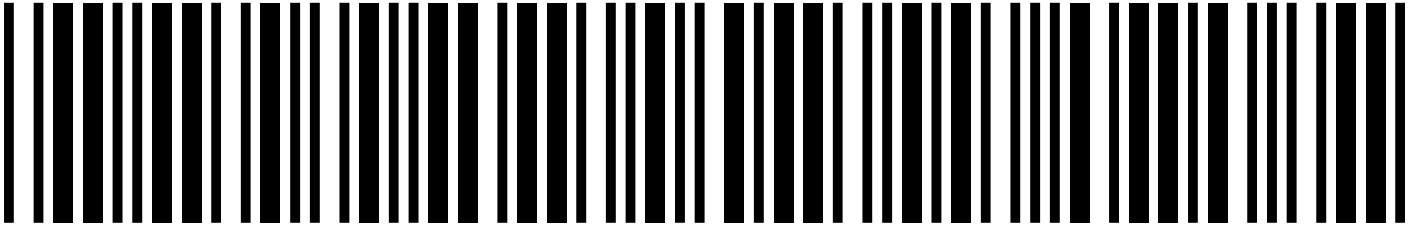
Yo, el abajo firmante, digo que soy **SU NOMBRE** , una parte a esta acción. **He leído la Petición Apelando la Decisión de la Negación del Beneficio Suplementario de Regreso al Trabajo** anterior y conozco el contenido de eso, y que lo mismo es verdad de mi propio conocimiento, a excepción de aquellos asuntos contenidos en el mismo, basados en conocimiento y convicción, y respecto a ellos, los creo ciertos.

Declaro bajo pena de perjurio que lo anterior es verdadero y correcto.

Ejecutado el en , California.

 SU FIRMA
Solicitante

DOCUMENT SEPARATOR SHEET



Product Delivery Unit

Document Type

Document Title

Document Date

MM/DD/YYYY

Author

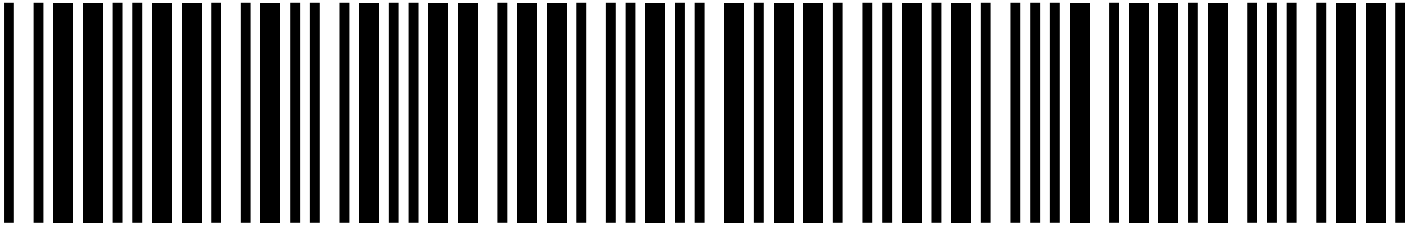
Office Use Only

Received Date

MM/DD/YYYY



DOCUMENT SEPARATOR SHEET



Product Delivery Unit

ADJ

Document Type

MISC

Document Title

CORRESPONDENCE - OTHER

Document Date

FECHA EN QUE LLENÓ EL FORMULARIO

MM/DD/YYYY

Author

SU NOMBRE

Office Use Only

Received Date

MM/DD/YYYY

DEPARTMENT OF INDUSTRIAL RELATIONS
Office of the Director
Return-to-Work Supplement Program

Mailing Address:
RTW Supplement Program
1515 Clay Street, 17th Floor
Oakland, CA 94612
510-286-0787



November 21, 2017

APPLICANT'S FN & LN
APPLICANT'S STREET ADDRESS
CITY, STATE, ZIP CODE

NOTICE OF BENEFIT INELIGIBILITY

RE: RTWSP Application No.: RTW10XXXXX
RTWSP Application DOI: 08/04/2014

Dear APPLICANT'S FN & LN

Thank you for your interest in the Return-to-Work Supplement program. Your application was carefully reviewed and was determined ineligible for the Return-to-Work Supplement.

A \$5000.00 RTWSP check was previously issued to you. Per § 17302(b) of the California Code of Regulations, an individual who has received a Return-to-Work Supplement may not receive a second or subsequent Return-to-Work Supplement, except where the individual receives a Voucher for an injury which occurs subsequent to receipt of every previous Return-to-Work Supplement.

If you disagree with this notice of ineligibility, you may file an appeal at the DWC district office within 20 days of receipt of this ineligibility determination. The appeal must include your full name, ADJ number of the case in which the SJDB voucher was provided, and a clear and concise statement of the facts constituting the basis for your appeal.

A copy of the appeal must be served on the Return-to-Work Supplement Program as follows:

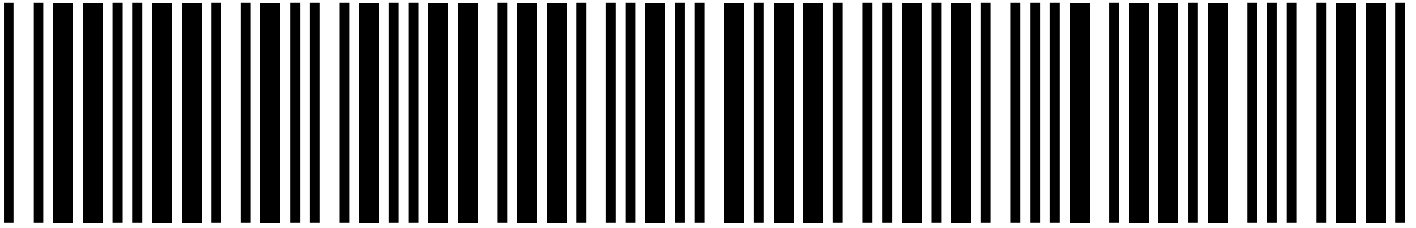
Return-to-Work Supplement Program
Department of Industrial Relations
ATTN: Appeals
1515 Clay St, 17th floor
Oakland, CA 94612

Please contact 510-286-0787 or RTWSP@dir.ca.gov if you have any questions regarding this matter.

Very truly yours,

RTW Reviewer
Return-to-Work Supplement Program
(510) 286-0787
Email: RTWSP@dir.ca.gov

DOCUMENT SEPARATOR SHEET



Product Delivery Unit

Document Type

Document Title

Document Date

MM/DD/YYYY

Author

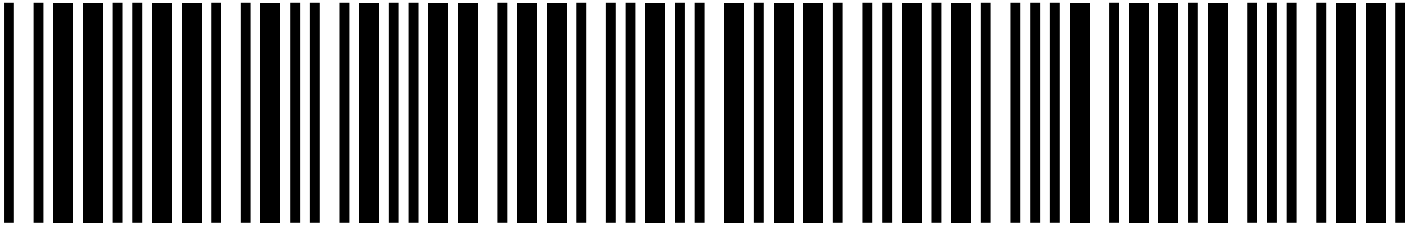
Office Use Only

Received Date

MM/DD/YYYY



DOCUMENT SEPARATOR SHEET



Product Delivery Unit

ADJ

Document Type

LEGAL DOCS

Document Title

PROOF OF SERVICE

Document Date

FECHA EN QUE LLENÓ EL FORMULARIO

MM/DD/YYYY

Author

SU NOMBRE

Office Use Only

Received Date

MM/DD/YYYY

Proof of Service by Mail

I declare that:

I am (resident of / employed in) the county of _____, California.

I am over the age of eighteen years, my (business / residence) address is:

On _____, I served the attached _____
on the parties listed below in said case, by placing a true copy thereof enclosed in
a sealed envelope with postage thereon fully paid, in the United State mail at
_____ addressed as follows:

I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the
foregoing is true and correct, and that this declaration was executed on

(date) _____, at _____, California.

Type or print name _____

Signature _____

EJEMPLO

Proof of Service by Mail

I declare that:

I am (resident of/employed in) the county of **SU CONDADO** California.

I am over the age of eighteen years, my (business/residence) address is:

On _____, I served the attached **PETITION APPEALING DENIAL OF RTW SUPPLEMENT DECISION**

on the **RTWSP UNIT** _____ in said case, by placing a true copy thereof enclosed in a sealed envelope with postage thereon fully paid, in the United States mail at _____

addressed as follows:

- 1) RETURN-TO-WORK SUPPLEMENT PROGRAM (RTWSP)
DEPARTMENT OF INDUSTRIAL RELATIONS
ATTN: APPEALS
1515 CLAY ST., 17TH FLOOR
OAKLAND, CA 94612-1499**

2) WORKERS' COMPENSATION APPEALS BOARD: ADDRESS

I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the foregoing is true and correct, and that this declaration was executed on

(date) **FECHA DE HOY**, at **CIUDAD**, California.

Type or print name **ESCRIBA SU NOMBRE CON LETRA DE MOLDE**

Signature **SU FIRMA**