Cómo presentar una apelación del Director Administrativo

Complete este formulario si usted no está de acuerdo con una determinación hecha por el director administrativo.

Este formulario debe ser enviado por correo a su oficina regional de la Junta de Apelaciones de Compensación de Trabajadores *(Workers' Compensation Appeals Board - WCAB)* local dentro de 20 días del servicio de la determinación por el director administrativo. La fecha del servicio puede encontrarse en la esquina derecha de la parte inferior de la determinación.

Llene el formulario. Siga el ejemplo adjunto. Explique con sus propias palabras por qué no está de acuerdo con la determinación del director administrativo. Firme y feche el formulario. Complete la declaración de disposición para proceder a una audiencia agilizada (consulte la guía 6 de *I&A*). Complete los formularios de prueba de entrega que están adjuntos. También debe adjuntar una copia de la determinación del director administrativo.

Si usted no tiene un caso en la *WCAB*, también necesita presentar una solicitud para adjudicación del reclamo (consulte la guía 4 de *I&A*), lo que abre un caso para usted en la *WCAB.*

Envíe el formulario original a su oficina local de la *WCAB* y copias a todas las partes.

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

- ✓ Hoja de Portada de Documento
- ✓ Hoja de Separador de Documento (para la Apelación del Director Administrativo)
- ✓ *Appeal of the Administrative Director* (Apelación del Director Administrativo)
- ✓ Hoja de Separador de Documento (para la Prueba de Entrega por Correo)
- ✓ *Proof of Service by Mail* (Prueba de Entrega por Correo)

Guarde copias de sus documentos presentados para su registro.

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. Además todos los formularios deben ser escritos a máquina o a mano utilizando letra de molde para asegurar la legibilidad. 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.

Si no tiene el nombre y la dirección de su compañía de seguros para completar un formulario, por favor enlace a http://www.dir.ca.gov/DWC/EAMS/EAMS-LC/EAMSClaimsAdmins.asp.

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**	**SACRAMENTO, 95834-2962** 160 Promenade Circle, Suite 300 Information & Assistance Unit **(916) 928-3158**
BAKERSFIELD, 93301-1929 1800 30th Street, Suite 100 Information & Assistance Unit **(661) 395-2514**	**SALINAS, 93906-2204** 1880 N Main Street, Suites 100 & 200 Information & Assistance **(831) 443-3058**
EUREKA, 95501-0529 * Satellite office * 409 "K" Street, Room 201 Information & Assistance Unit **(707) 441-5723**	**SAN BERNARDINO, 92401-1411** 464 W Fourth Street, Suite 239 Information & Assistance Unit **(909) 383-4522**
FRESNO, 93721-2219 2550 Mariposa Street, Suite 4078 Information & Assistance Unit **(559) 445-5355**	**SAN DIEGO, 92108-4424** 7575 Metropolitan Drive, Suite 202 Information & Assistance Unit **(619) 767-2082**
LONG BEACH, 90802-4339 300 Oceangate Street, Suite 200 Information & Assistance Unit **(562) 590-5240**	**SAN FRANCISCO, 94102-7014** 455 Golden Gate Avenue, 2nd Floor Information & Assistance Unit **(415) 703-5020**
LOS ANGELES, 90013-1105 320 W 4th Street, 9th Floor Information & Assistance Unit **(213) 576-7389**	**SAN JOSE, 95113-1402** 100 Paseo de San Antonio, Suite 241 Information & Assistance Unit **(408) 277-1292**
MARINA DEL REY, 90292-6902 4720 Lincoln Boulevard, 2nd and 3rd Floors Information & Assistance Unit **(310) 482-3820**	**SAN LUIS OBISPO, 93401-8736** 4740 Allene Way, Suite 100 Information & Assistance Unit **(805) 596-4159**
OAKLAND, 94612-1499 1515 Clay Street, 6th Floor Information & Assistance Unit **(510) 622-2861**	**SANTA ANA, 92707-7704** 2 MacArthur Place, Suite 600 Information & Assistance Unit **(714) 942-7576**
OXNARD, 93030-7912 1901 N Rice Avenue, Suite 100 Information & Assistance Unit **(805) 485-3528**	**SANTA BARBARA, 93101-7538 * Satellite office *** 130 E Ortega Street Information & Assistance Unit **(805) 568-1390**
POMONA, 91768-1653 732 Corporate Center Drive Information & Assistance Unit **(909) 623-8568**	**SANTA ROSA, 95404-4771** 50 "D" Street, Suite 420 Information & Assistance Unit **(707) 576-2452**
REDDING, 96002-0940 250 Hemsted Drive, 2nd Floor, Suite B Information & Assistance Unit **(530) 225-2047**	**STOCKTON, 95202-2314** 31 E Channel Street, Suite 344 Information & Assistance Unit **(209) 948-7980**
RIVERSIDE, 92501-3337 3737 Main Street, Suite 300 Information & Assistance Unit **(951) 782-4347**	**VAN NUYS, 91401-3370** 6150 Van Nuys Boulevard, Suite 105 Information & Assistance Unit **(818) 901-5374**

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

Date:(MM/DD/YYYY)

SSN: **SU NÚMBERO DE SEGURO SOCIAL**

NÚMBERO DE CASO DE EAMS

Case Number 1

☐ Specific Injury

☐ Cumulative Injury

FECHA DE LA LESIÓN

(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: _____

Body Part 2: _____

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

art 3: _____

art 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

Case Number 2

☐ Specific Injury

☐ 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 2: _____

Body Part 3: _____

Body Part 4: _____

Other Body Parts: _____

Códigos de oficinas regionales para lugar de jurisdicción

Leyenda	
Abreviacíon	**Oficina**
AHM	Anaheim
ANA	Santa Ana
BAK	Bakersfield
EUR	Eureka *
FRE	Fresno
LAO	Los Angeles
LBO	Long Beach
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
STK	Stockton
VNO	Van Nuys

**Eureka es una oficina satélite de la oficina regional de Santa Rosa*
*** Santa Barbara es una oficina satélite de la oficina regional de Oxnard*

Utilice este documento para llenar los formularios,
pero no presente este documento con sus formularios.

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.

EJEMPLO

DOCUMENT SEPARATOR SHEET

Product Delivery Unit: ADJ

Document Type: LEGAL DOCS

Document Title: APPEAL OF DETERMINATION OF AD-RSU

Document Date: FECHA EN QUE LLENÓ EL FORMULARIO
MM/DD/YYYY

Author: SU NOMBRE

Office Use Only

Received Date
MM/DD/YYYY

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 Y NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS Defendants	RSU Case #: NÚMERO DE CASO NOTICE OF APPEAL OF THE ADMINISTRATIVE DIRECTOR

EXPLIQUE LAS RAZONES POR LAS CUALES USTED NO ESTÁ DE ACUERDO CON LA DECISIÓN TOMADA POR EL DIRECTOR ADMINISTRATIVO

SU FIRMA
Applicant

FECHA
Date

EJEMPLO

DOCUMENT SEPARATOR SHEET

Product Delivery Unit ADJ

Document Type LEGAL DOCS

Document Title PROOF OF SERVICE

Document Date FECHA EN OUE LLENÓ EL FORMULARIO
MM/DD/YYYY

Author SU NOMBRE

Office Use Only

Received Date
MM/DD/YYYY

EJEMPLO

Prueba de Entrega por Correo

Yo declaro que:

Soy (residente de/empleado en) el condado de _____SU CONDADO_____,
California. Tengo más de dieciocho años de edad y mi dirección de (negocio/residencia) es:

ESCRIBA SU DOMICILIO AQUÍ

El FECHA DE HOY_____yo entregué el adjunto EL NOMBRE DEL DOCUMENTO QUE ESTÁ ENVIANDO POR CORREO_____
a las partes mencionadas a continuación en dicho caso, poniendo una copia verdadera del mismo adjunto, en un sobre sellado con el franqueo completamente pagado, en el correo de los Estados Unidos en ___CIUDAD DESDE DONDE ESTÁ ENVIANDO EL DOCUMENTO_ con la siguiente dirección:

1) WORKERS' COMPENSATION APPEALS BOARD: DIRECCIÓN
2) COMPAÑÍA DE SEGUROS: NOMBRE, DIRECCIÓN Y NÚMERO DE RECLAMO
3) ABOGADO DE LA DEFENSA (SI SE SABE): NOMBRE Y DIRECCIÓN
4) TODAS LAS PARTES INVOLUCRADAS EN SU CASO: NOMBRE Y DIRECCIÓN

Yo delaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de California que lo siguiente es verdadero y correcto y esta declaración fue ejecutada en

(fecha) _____FECHA DE HOY_____, en _____CIUDAD_____ California.

Escriba su nombre _ESCRIBA SU NOMBRE CON LETRA DE MOLDE_____

Firma_____SU FIRMA_____