

Derechos de Rehabilitación y Responsabilidades del Trabajador Lesionado

(Rehabilitation Rights and Responsibilities of the Injured Worker – Spanish version)

Escriba las fechas en el formato MM/DD/AAAA.

NO USE ESTE ESPACIO

Identificación de trabajador (WID) O Número de seguro social (SSN)	Fecha de la lesión
Nombre del empleado	

El propósito de la Rehabilitación Vocacional es ayudarle a usted (el trabajador lesionado) de manera que pueda regresar a su trabajo anterior, a un trabajo relacionado con su empleo anterior, o a un trabajo en otro campo de trabajo. El trabajo debe ser físicamente apropiado y debe proporcionarle una condición económica tan cercana como sea posible a la que usted disfrutaba sin la incapacidad.

El primer paso en este proceso de regresar al trabajo es una Consulta de Rehabilitación con un Consejero de Rehabilitación Calificado (QRC, por sus siglas en inglés) para determinar si califica para los servicios de rehabilitación. Si el QRC determina que usted califica, el próximo paso es desarrollar un plan de rehabilitación. Su QRC le ayudará a desarrollar e implementar este plan. Se dará consideración a tales factores como su empleo anterior, el mercado laboral actual y sus calificaciones, incluyendo destrezas transferibles, historial del trabajo previo, edad, educación e intereses.

SUS DERECHOS

Bajo las disposiciones de la Ley de Compensación de Trabajadores Accidentados en el Trabajo en Minnesota, usted (el trabajador lesionado) **tiene ciertos derechos de rehabilitación. Estos derechos incluyen:**

- Selección de su propio Consejero de Rehabilitación Calificado (QRC). El empleador/asegurador por lo general lo referirá a un QRC. Usted puede elegir su propio QRC hasta 60 días después de que se presente un plan de rehabilitación por escrito al Estado. Cualquier cambio posterior de QRC deberá ser acordado mutuamente o el Comisionado o un juez de compensación deberá determinar el que sea para el mayor beneficio de las partes.
- Cuando un QRC se reúne o le escribe por primera vez para ponerse en contacto con usted, se le requiere a él o a ella que le revele por escrito si existe alguna afiliación o interés de propiedad entre el QRC (o la firma del QRC) y su empleador/asegurador o la compañía ajustadora. Al QRC también se le requiere que le revele a usted y a todas las partes a cargo de un caso cualquier afiliación o arreglo de referidos comerciales que pueda existir entre el QRC (o la firma del QRC) y cualesquiera otras partes en el caso, incluyendo abogados y médicos.
- Si el QRC determina que usted califica para recibir rehabilitación vocacional, se desarrollará un plan de rehabilitación, el cual puede incluir capacitación, si se necesita. Los servicios de rehabilitación requeridos para llevar a cabo el plan se le proporcionarán a usted sin costo alguno.
- El derecho de solicitar un cambio en su plan de rehabilitación.
- El derecho de obtener copias de su plan de rehabilitación y de los informes de rehabilitación requeridos, si usted los solicita.
- El derecho de solicitar ayuda de la División de Compensación de Trabajadores Accidentados en el Trabajo del Departamento del Trabajo y la Industria de Minnesota. Si tiene preguntas acerca de su plan de rehabilitación, llame al 651-284-5032 o al 800-342-5354. Si existe una disputa acerca de su elegibilidad para los servicios de rehabilitación estatutarios, puede presentar una Solicitud de Rehabilitación y el Departamento podría programar una conferencia administrativa para resolver la disputa.

SUS RESPONSABILIDADES

Además de los derechos antes mencionados, usted (el trabajador lesionado) tiene ciertas responsabilidades de rehabilitación bajo la ley de compensación de trabajadores accidentados en el trabajo. **Estas responsabilidades incluyen las siguientes:**

- Usted debe cooperar con los exámenes y evaluaciones médicas y de rehabilitación razonables ordenados por el Comisionado.
- Usted debe hacer un esfuerzo de buena fe por participar en su plan de rehabilitación. No hacerlo puede resultar en la suspensión o terminación de sus beneficios de rehabilitación o monetarios.
- Usted debe notificar a su Consejero de Rehabilitación Calificado (QRC) y a la compañía de seguros cuál es su sueldo, horas, empleador y cargo cuando regrese al trabajo con cualquier empleador y cuando sus horas o su sueldo cambien. Esto es necesario para calcular con precisión sus beneficios por pérdida de sueldo y asegurar que se provean los servicios de rehabilitación apropiados. No reportar correctamente el sueldo ganado mientras recibe beneficios de compensación de trabajadores accidentados en el trabajo puede resultar en consecuencias civiles o penales.

Las declaraciones a continuación se requieren para verificar que usted haya recibido los documentos indicados y que la información en este formulario se le haya explicado. No se le requiere proporcionar la información solicitada a continuación ni firmar este formulario. Sus beneficios de compensación de trabajadores accidentados en el trabajo no se verán afectados si elige no proporcionar la información ni firmar este formulario. Este formulario se presentará al Departamento del Trabajo y la Industria de Minnesota y también se podría proporcionar a la Oficina de Audiencias Administrativas y a las agencias del orden público.

Empleado, marque lo siguiente:

- Se me ha explicado la información anterior y se me ha proporcionado una copia de este formulario.
- He recibido notificación por escrito del QRC revelando cualquier afiliación o arreglo de referidos comerciales que el QRC o la firma del QRC pueda tener con cualquiera de las personas a cargo de mi caso y una explicación por escrito de cualquier afiliación o interés de propiedad que el QRC o la firma del QRC pueda tener con mi empleador/asegurador y cualquier otro asegurador o compañía ajustadora.
- El QRC me ha informado que él/ella y la firma del QRC no tienen ninguna afiliación, interés de propiedad o arreglo de referido de negocio con ninguna de las partes en mi caso ni ningún otro asegurador o compañía ajustadora.

Firma del empleado	Fecha	
Firma del QRC	No. del QRC	Fecha

LA SECCIÓN 176.102, INCISO 4C DE LOS ESTATUTOS DE MINNESOTA Y LA PARTE 5220.1803, INCISOS 1 Y 1A DE LAS REGLAS DE MINNESOTA, REQUIEREN QUE SE PROVEA LA INFORMACIÓN EN ESTE FORMULARIO AL TRABAJADOR LESIONADO.

ESTE MATERIAL ESTÁ A SU DISPOSICIÓN EN DIFERENTES FORMAS, TALES COMO LETRA GRANDE, BRAILLE O EN CINTA. PARA SOLICITARLO LLAME AL (651) 284-5030 O AL 1-800-342-5354 (DIAL-DLI)/VOZ O TDD (651) 297-4198.

CUALQUIER PERSONA QUE, CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR, RECIBE BENEFICIOS DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES ACCIDENTADOS EN EL TRABAJO A LOS QUE DICHA PERSONA NO TIENE DERECHO, HACIENDO A SABIENDAS DECLARACIONES FALSAS O ENGAÑOSAS O NO REVELANDO CUALQUIER HECHO ESENCIAL, ES CULPABLE DE ROBO Y SERÁ SENTENCIADA DE ACUERDO CON LA SECCIÓN 609.52, INCISO 3.

El QRC debe firmar y escribir la fecha en este formulario en la primera reunión en persona con el empleado, y debe proporcionar una copia al empleador y al asegurador. El QRC también debe proporcionar una copia de este formulario al Departamento del Trabajo y la Industria.

**Minnesota Department of Labor and Industry
Workers' Compensation Division
PO Box 64221
St. Paul, MN 55164-0221
(651) 284-5032
1-800-342-5354 (DIAL-DLI)**