



NO USE ESTE ESPACIO

1. WID		2. FECHA DE LA LESIÓN		
3. NOMBRE DEL EMPLEADO				
4. DIRECCIÓN DEL EMPLEADO				
CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL	5. TELÉFONO DEL EMPLEADO
6. NOMBRE DEL EMPLEADOR		7. PERSONA DE CONTACTO DEL EMPLEADOR		8. TELÉFONO
9. NÚMERO DE RECLAMACIÓN DEL ASEGURADOR		14. NOMBRE DEL QRC		
10. ASEGURADOR/AUTO-ASEGURADO/ADMINISTRADOR		15. NOMBRE DE LA FIRMA DEL QRC		
11. DIRECCIÓN DEL ASEGURADOR		16. DIRECCIÓN DEL QRC		
CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CIUDAD
ESTADO		CÓDIGO POSTAL	CIUDAD	ESTADO
CÓDIGO POSTAL		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
12. REPRESENTANTE DE RECLAMACIONES		13. TELÉFONO DEL REPRESENTANTE	17. No. DEL QRC	18. No. DE LA FIRMA DEL QRC
				19. TELÉFONO DEL QRC
20. En mi opinión, el empleado está permanentemente inhabilitado o presenta indicios de que está permanentemente inhabilitado para laborar en su ocupación usual y acostumbrada o para regresar al trabajo que tenía antes de la lesión. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
21. En mi opinión, razonablemente se espera que el empleado regrese a un trabajo remunerable y apropiado con el empleador con quien trabajaba antes de la lesión. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
22. En mi opinión razonablemente se espera que el empleado regrese a un trabajo remunerable y apropiado mediante los servicios de rehabilitación, considerando el informe de habilidad para trabajar del médico que lo atiende. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
23. He consultado con el empleador con quien trabajaba el empleado antes de su lesión. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
24. Marque el cuadro A, B o C como corresponda:				
<input type="checkbox"/> A. En mi opinión, el empleado es un "empleado cualificado" y es elegible para recibir servicios de rehabilitación de acuerdo a Minn. Rules 5220.0100, subp. 22.				
<input type="checkbox"/> B. En mi opinión, el empleado no es un empleado cualificado y "no es" elegible para recibir servicios de rehabilitación de acuerdo a Minn. Rules 5220.0100, subp. 22.				
<input type="checkbox"/> C. Las partes me han comunicado su interés en comenzar los servicios de rehabilitación indicados bajo la ley.				
ADJUNTE EL REPORTE NARRATIVO EXPLICANDO LAS BASES PARA SU OPINIÓN				
25. Fecha de la primera entrevista telefónica o en persona		Firma del QRC o del Supervisor del QRC (de ser aplicable)		Firma del Practicante a QRC (de ser aplicable)

QRC: Ésta forma, junto con un reporte en forma narrativa y la forma Derechos de Rehabilitación y Responsabilidades del Trabajador Lesionado, deberán ser recibidas por el Departamento del Trabajo y la Industria dentro de 14 días a partir de la fecha indicada en la casilla 25 (fecha de la primera entrevista telefónica o en persona) (Minn. Rule 5220.0130). Si el empleado califica para recibir servicios de rehabilitación, se deberá desarrollar y someter ante las partes un Plan de Rehabilitación (R-2) dentro de 30 días de la reunión inicial y presentarse al Departamento dentro de 45 días de la reunión inicial (Minn. Rule 5220.0410).

Empleado: Si no está de acuerdo con la información suministrada en este formulario o tiene preguntas acerca de la misma, comuníquese con el QRC y el asegurador para discutir cualquier preocupación que tenga. Si sus preocupaciones no se resuelven, puede llamar a unidad de Administración y Resolución de Beneficios de Compensación a Trabajadores al (651) 284-5032 o al 1-800-342-5354, o solicitar una determinación presentando una Solicitud de Rehabilitación ante el Departamento.

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, RECIBA BENEFICIOS DE COMPENSACIÓN DETRABAJADORES ACCIDENTADOS EN EL TRABAJO A LOS QUE DICHA PERSONA NO TENGA DERECHO, HACIENDO A SABIENDAS DECLARACIONES FALSAS O ENGAÑOSAS O NO REVELANDO CUALQUIER HECHO ESENCIAL, ES CULPABLE DE ROBO Y SERÁ SENTENCIADA DE ACUERDO CON MINN. RULE 609.52, SUBP. 3.