

Envíe la copia llena por correo o fax a:
 Department of Labor and Industry
 Workers' Compensation Division
 PO Box 64221
 St. Paul, MN 55164-0221
 (651) 284-5032 or 1-800-342-5354
 Fax: (651) 284-5731

Informe de Consulta De Rehabilitación (Rehabilitation Consultation Report-Spanish version)



Escriba con tinta, usando letra de molde, o con máquina de escribir.
 Escriba las fechas en el formato MM/DD/AAAA.

NO USE ESTE ESPACIO

| | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------|
| 1. Número de seguro social O 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 - asegurador /administrador | | | 15. Nombre de la firma del QRC | |
| 11. Dirección del asegurador | | | 16. Dirección del QRC | |
| 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 al Departamento al teléfono (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 audio. Para solicitarlo, llame al (651) 284-5032 o al 1-800-342-5354/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.