



No escriba debajo de esta línea

For BWC Use Only

Filed Date Stamp Here

**SOLICITUD PARA DETERMINACIÓN DE BENEFICIOS
(PBD)**

Agencia de Compensación a Trabajadores de Tennessee
Tribunal de Reclamaciones de Compensación a
Trabajadores

PETITION FOR BENEFIT DETERMINATION
Tennessee Bureau of Workers' Compensation

Court of Workers' Compensation Claims

PBD.CourtClerk@tn.gov

800-332-2667

Docket No. _____
State File No. _____
RFA No. _____
Date of Injury _____
Prior PBD Filed: Yes No
Assigned Judge _____

**Se aplica a las lesiones en o después del 1º de julio de 2014
(Para las lesiones de antes del 1 de julio de 2014, presente una Solicitud de Mediación)**

**Applies to injuries on or after July 1, 2014
(For injuries before July 1, 2014, please use a Request for Mediation)**

Información General (General Information)

La Solicitud para Determinación de Beneficios (PDB, por sus siglas en inglés) es el formulario que se presenta a la Agencia de Compensación a Trabajadores para comenzar el proceso de resolución de conflictos. El proceso legal para las reclamaciones de indemnización laboral comienza con esta presentación. (The Petition for Benefit

Determination (PBD) is the form to file with the Bureau of Workers' Compensation to begin the dispute resolution process. The legal process for a workers' compensation claim begins with this filing.)

Consulte [Información y consejos útiles](#) en la página 7 antes de completar este formulario. Llame al: 800-332-2667 o haga [clic aquí](#) para obtener ayuda adicional. La información sobre los beneficios, las leyes y los procedimientos está disponible en www.tn.gov/workerscomp. (Please see page 7 Helpful Tips and Information before completing this form.

Call: 800-332-2667 or [click here](#) for additional help. Information about benefits, laws, and procedures is available at www.tn.gov/workerscomp.)

De no presentar oportunamente este formulario ante el Secretario del Tribunal, se le pudieran denegar los beneficios. Este formulario tiene que ser presentado en un plazo de un año después del accidente que ocasionara la lesión; un año del último tratamiento médico autorizado; o un año del último pago de compensación del empleador o en nombre del empleado, lo que sea posterior.

(If you fail to timely file this form with the Court Clerk, you may be denied benefits. This form must be filed within one year after the accident resulting in injury; one year from the last authorized medical treatment; or one year from the employer's last compensation payment to or on behalf of the employee, whichever is later.)

Sección A: Identifique las personas y las empresas involucradas. (Identify the people and the companies involved.)

Nombre del empleado _____
Employee Name

Fecha de la lesión _____
Date of Injury

NSS _____
SSN

Fecha de nacimiento _____
Date of Birth

Dirección postal _____
Mailing Address

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Condado _____
City State ZIP Country

Teléfono _____ Correo electrónico _____
Phone Email

¿El empleado requiere un intérprete? SÍ NO Si la respuesta es "Sí", idioma _____ dialecto _____
Does employee require an interpreter? If "Yes," language dialect

Nombre del empleado: _____
Employee Name

Abogado del empleado _____ BPR # _____
Employee Attorney

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Address City State ZIP

Teléfono _____ Fax _____ Correo electrónico _____
Phone Email

Persona de oficina a contactar _____ Correo electrónico _____
Office Contact Person Email

Empleador(es) _____ Teléfono _____
Employer(s) Phone

Dirección postal _____
Address

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Condado _____
City State ZIP Country

Personal del empleador a contactar _____ Correo electrónico _____
Office Contact Person Email

¿Trabaja para más empleadores? Complete y adjunte un [Adenda a la solicitud para determinación de beneficios solamente para Múltiples Empleadores](#).

Abogado del empleador _____ BPR # _____
Employer Attorney

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Address City State ZIP

Teléfono _____ Fax _____ Correo electrónico _____
Telephone Email

Persona de oficina a contactar _____ Correo electrónico _____
Office Contact Person Email

Seguro de Compensación Laboral: _____
Workers' Compensation Insurance Company

Administrador de terceros: _____
Third Party Administrator

Nombre del tasador de la aseguradora _____ Correo electrónico _____
Ins. Adjuster Name Email

Dirección postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Mailing Address City State ZIP

Teléfono _____ Fax _____ No. de reclamación del seguro _____
Telephone Ins. Claim #

El Fondo secundario para lesiones (SIF, por sus siglas en inglés) puede proporcionar beneficios a los empleados elegibles con una discapacidad física permanente previa y que se vuelven discapacitados total y permanentemente por una lesión laboral posterior. **Para conservar una reclamación ante el SIF**, el empleado **tiene que enviar este formulario por fax al 615-741-4169, por correo electrónico a WC.SIFLegal@tn.gov o por correspondencia a: SIF Director, Legal Section, 220 French Landing Drive, 3B, Nashville, TN 37243.**

The Subsequent Injury Fund (SIF) may provide benefits to qualified employees who have a prior permanent physical disability and who become permanently and totally disabled by a later work injury. **To preserve a claim against the SIF**, Employee **must** submit this form via fax to 615-741-4169, email to WC.SIFLegal@tn.gov or mail to: SIF Director, Legal Section, 220 French Landing Drive, 3B, Nashville, TN 37243.

¿El empleado desea solicitar resarcimiento del Fondo secundario para lesiones? Sí (Yes) NO
Is the Employee seeking recovery from the Subsequent Injury Fund?

Nombre del abogado del SIF (si se conoce): _____
SIF Attorney Name (If known)

Nombre del empleado: _____
Employee Name

Sección B: Proporcione detalles acerca de la lesión laboral. (Adjuntar hojas adicionales de ser necesario.)
Provide details about the work injury. (Attach additional sheets if necessary.)

La fecha de la lesión es: _____
The date of injury is

La(s) parte(s) del cuerpo lesionada(s) es (son): _____
The injured body part(s) is (are)

El lugar donde ocurrió la lesión es: _____
The place where the injury happened is

Los testigos de la lesión son: _____
The witnesses to the injury are

La lesión ocurrió mientras el empleado se encontraba realizando las siguientes actividades laborales:
The injury occurred while the employee was performing the following work activities

La lesión fue causada por: _____
The injury was caused by

El empleado informó de la lesión a _____ el _____.
Employee reported the injury to _____ Ingresar el nombre. Ingresar la fecha.
(Insert Name) (Insert Date)

Sección C: Identificar el problema que tiene con la reclamación de compensación a trabajadores.

Yo(I), _____, tengo el siguiente problema: (Adjuntar hojas adicionales de ser necesario.)
Ingresar el nombre. (Insert Name) have the following problem: (Attach additional sheets if necessary.)

Sección D: Identificar los problemas de compensación a trabajadores aplicables a la reclamación. (Seleccione todo lo que corresponda). Identify the workers' compensation issues that apply to the claim. (Select all that apply.)

Beneficios médicos
Medical Benefits

Incluir los registros médicos que muestran el tratamiento recibido por la lesión laboral.
Please include medical records showing the treatment received for the work injury.

- El empleado recibió una lista de 3 médicos en _____ y seleccionó _____.
Employee received a list of 3 doctors on _____ Fecha (Date) Nombre del doctor o clínica (Doctor or Clinic Name)
- El empleado no ha recibido la lista de 3 médicos.
Employee has not received a list of 3 doctors
- El empleado no ha recibido atención médica del empleador o de la empresa aseguradora.
Employee has not received medical care from Employer or the insurance company.
- El empleado no ha recibido la atención médica requerida por una orden judicial. (Proporcionar la orden judicial). Employee has not received medical care as required by a court order. (Provide court order.)
- Se le negó atención médica al empleado después de haberla recibido.
Employee was denied medical care after receiving it.
- El empleado no ha recibido la atención médica indicada por el médico.
Employee has not received medical care ordered by the doctor.
- El empleado buscó atención médica de un médico que no figuraba en la lista proporcionada por el empleador. Employee sought medical care from a physician who was not on the list provided by employer.

Beneficios por discapacidad temporal
Temporary Disability Benefits

Incluir registros de los salarios y las órdenes del médico que indican que no puede trabajar o las restricciones de trabajo asignadas.
Please include wage records and doctor notes taking you off work or assigned work restrictions.

- El Doctor _____ ordenó al empleado no trabajar y/o asignó restricciones de trabajo de: _____
Nombre Doctor (insert name) took employee off work and/or assigned restrictions of:
- El empleado faltó al trabajo los siguientes días debido a la lesión:
Employee has missed the following days from work due to the injury: _____
- El empleado no ha recibido pago por los días que faltó al trabajo y/o cree que se le debe más de lo recibido. Employee has not been paid for missing work and/or believes he/she is owed more than received.
- Se ha pagado al empleado mientras faltó al trabajo a una tasa de \$ _____ por semana.
Employee has been paid while missing work at the rate of \$ _____ per week.
- Las partes no están de acuerdo en cuanto al monto de los beneficios de discapacidad temporal.
Parties do not agree on the amount of the temporary disability benefit.

Nombre del empleado: _____

Employee Name

Presentación de pruebas
Discovery

Si ya se ha presentado una PBD, no es necesario presentar otra PBD para la presentación de pruebas.
If a PBD is already on file, it is not necessary to file another PBD for discovery.

- Es necesario un citatorio. (Incluir el citatorio completado). Otro _____
A subpoena is needed. (Include completed subpoena.) Other
- Las respuestas a las peticiones de presentación de pruebas no han sido entregadas. (Incluir copias).
Written discovery responses have not been returned. (Include copies.)

Beneficios por fallecimiento
Death Benefits

Favor de completar y adjunte el Apéndice Únicamente para la Petición de Determinación de Beneficios para Reclamos por Fallecimiento.

Please complete and attach the Addendum to Petition for Benefit Determination for Death Claims Only.

- La reclamación ha sido aceptada. La reclamación fue denegada.
The claim has been accepted. The claim was denied.
- Existe un cónyuge dependiente. Hay otros dependientes aparte de los hijos y el cónyuge.
There is a dependent spouse. There are dependents other than children & spouse.
- Hay _____ hijos dependientes. Es necesario nombrar a un defensor de menores.
Número A child advocate needs to be appointed.
There are _____ dependent children.

Beneficios por discapacidad permanente
Permanent Disability Benefits

Proporcione el Último Informe Médico (C30A) o el más reciente Informe del Médico.

Please provide the Final Medical Report (C30A) or most recent Physician's Report.

- Existe un conflicto acerca de: Importe del Beneficio por Discapacidad Permanente,
A dispute exists regarding Amount of Permanent Disability Benefit
- Resarcimiento original, Resarcimiento resultante y/o aumento de beneficios,
Original Award Resulting Award and/or Increased Benefits
- Amparo extraordinario, Beneficios por Discapacidad Total Permanente, y/o
Extraordinary Relief Permanent Total Disability Benefits, and/or
- Otro _____
Other
- El empleado alcanzó el máximo de mejora médica el _____.
Employee reached maximum medical improvement on _____.
- El Dr. _____ asignó una clasificación de impedimento de _____ % del cuerpo como un todo. Doctor assigned an impairment rating of _____ % to the body as a whole
- El Dr. _____ asignó una clasificación de impedimento de _____ % del cuerpo como un todo. Doctor assigned an impairment rating of _____ % to the body as a whole
- El Dr. _____ asignó restricciones permanentes de: _____
Doctor assigned permanent restrictions of _____

Nombre del empleado: _____
Employee Name

Sección E: Indicar su disponibilidad para la Mediación:
Indicate Your Availability for Mediation

Antes de que un juez pueda tomar una decisión en un conflicto acerca de una discapacidad o de los beneficios médicos, las partes deben participar en una mediación. Un mediador que trabaja para el estado, sin intereses en el asunto, ayudará a las partes a llegar voluntariamente a un acuerdo. La mayoría de los conflictos se resuelven sin tener que presentarse ante un juez. (Before a judge can decide a dispute about disability or medical benefits, the parties must participate in mediation. A mediator working for the state, without a stake in the outcome, will help the parties reach an agreement voluntarily. Most disputes are resolved without going before a judge.)

Las mediaciones se tienen que programar de mutuo acuerdo entre las partes. Comuníquese con todas las partes e indique a continuación las tres (3) **diferentes** fechas y horarios convenidos. Marque con un **círculo** el horario deseado. **Si no cuenta con un abogado, puede llamar al 800-332-2667 para obtener ayuda en la selección de las fechas de la mediación.** (Mediations must be scheduled by agreement between the parties. Please contact all parties and indicate the three (3) **different** agreed upon dates and times below. Please **circle** the desired time slot. **If you do not have an attorney, you can call 800-332-2667 for help with selecting mediation dates.**)

9:00 am o 1:00 pm

9:00 am o 1:00 pm

9:00 am o 1:00 pm

*La parte que hace la presentación debe marcar una de las siguientes opciones:

*The filing party must check one of the following

- Las fechas y los horarios anteriores han sido acordados por todas las partes.
The above dates and times have been agreed upon by all parties.
- No pude coordinar las fechas con la otra parte; las fechas anteriores solo muestran mi disponibilidad.
I am unable to coordinate dates with the other party; the dates above only show my availability.

Sección F: Aviso
Section F: Notice

Usted puede perder su caso de no proporcionarse este formulario a todas las partes o a sus abogados. Indique cómo les envió una copia de este formulario. [Haga clic aquí para ver un ejemplo.](#) A case can be lost because this form is not provided to the parties or their attorneys. Please indicate how you sent them a copy of this form. [Click here for an example.](#)

“Notificación enviada a”: Se refiere a la dirección, el número de fax o la dirección de correo electrónico utilizados para enviar el formulario a la otra parte.

“Service sent to:” means the address, fax number, or email address used to send the form to the other party.

Empleado _____

Employee

Vía de notificación (Service Sent to): En persona (By Hand)

Por correo (Mail) Fax Correo electrónico (Email)

Notificación enviada a: _____

(Service Sent to)

Empleador(es) _____

Employer(s)

Vía de notificación (Service Sent to): En persona (By Hand)

Por correo (Mail) Fax Correo electrónico (Email)

Notificación enviada a: _____

(Service Sent to)

Nombre del empleado: _____
Employee Name

Abogado del Empleado _____

Employee's Atty

Vía de notificación (Service Sent to): En persona (By Hand)
 Por correo (Mail) Fax Correo electrónico (Email)

Notificación enviada a: _____
(Service Sent to)

Aseguradora(s) _____

Carrier(s)

Vía de notificación: En persona (By Hand) Por correo (Mail)
 Fax Correo electrónico (Email)

Notificación enviada a: _____
(Service Sent to)

Abogado(s) del/de los empleador(es) _____

Employer's Atty(s)

Vía de notificación: (Service Sent to) En persona (By Hand)
 Por correo (Mail) Fax Correo electrónico (Email)

Notificación enviada a: _____
(Service Sent to)

Abogado del SIF _____

SIF's Atty

Vía de notificación: (Service Sent to) En persona (By Hand)
 Por correo (Email) Fax Correo electrónico (Email)

Notificación enviada a: _____
(Service Sent to)

Sección G: Certifique que la información contenida en la Solicitud para determinación de beneficios es la correcta. Certify the information contained in the Petition for Benefit Determination is correct.

Yo, _____, declaro que toda la información proporcionada en esta Solicitud para Determinación de Beneficios es fiel y exacta a mi mejor conocimiento, información y entender. Además, certifico que una copia de la Solicitud para determinación de beneficios **ha sido enviada a las partes tal y como se ha descrito anteriormente.** (I, _____, state that the information provided in this Petition for Benefit Determination is true and accurate to the best of my knowledge, information, and belief. Further, I certify a copy of the Petition for Benefit Determination **has been sent to the parties as described above.**)

Nombre en letra de imprenta
Print Name

Firma
Signature

Fecha
Date

Información y consejos útiles

1. La mejor manera de enviar el formulario es por correo electrónico a PBD.CourtClerk@tn.gov. Asegúrese de que sea legible. The best way to send in the form is by email to PBD.CourtClerk@tn.gov. Please make sure it is legible.
2. La Agencia enviará una copia sellada del formulario como prueba de que el formulario fue recibido en un plazo de cinco días siguientes a su recepción. Si no recibe una copia sellada, comuníquese con la oficina asignada según la ubicación del empleado tal y como se indica en la página 6. The Bureau will return a stamped copy of this form as proof the form was received within five days of receipt. If you do not receive a stamped copy, please contact the office designated for the employee's location listed on page 6.
3. Complete este formulario en su totalidad. Si falta alguna información ello hará que nos atrasemos en ayudarle. Puede obtener ayuda para completar el formulario llamando al 1-800-332-2667. Please fully complete this form. Missing information slows our ability to help you. You can get help to complete the form by calling 1-800-332-2667.

4. Intente comunicarse con la otra parte para completar la sección E. Esto hace que podamos ayudarle más pronto. Please try to contact the other party to complete Section E. This speeds up our ability to help you.
5. Un mediador ayuda a las partes a entender el problema y a encontrar soluciones que sean factibles para todos. El mediador no trabaja para ninguna de las partes y no es sustituto para un abogado. A mediator helps the parties understand the problem and find solutions that work for everyone. The mediator does not work for the injured worker and is not a replacement for an attorney.
6. Envíe su información cuanto antes. Esto aumenta sus probabilidades de éxito. Los registros médicos a menudo son entregados demasiado tarde, lo cual retrasa los pagos por discapacidad y la atención médica. Please quickly submit your information. This increases your chance for success. Medical records are often provided too late, delaying disability payments and medical care.
7. Llame a su médico y obtenga sus registros médicos cuanto antes. Cuando solicite los registros médicos, entregue el Formulario de Certificación de Registro Médico al médico o proveedor de atención médica. Entregue la Certificación de Registro Médico completada junto con sus registros. [Haga clic aquí para obtener el formulario](#). Talk to your doctor and obtain medical records as soon as possible.
8. Es obligatorio que entregue todos los registros médicos que posea a la parte contraria. Dispone de un plazo de 15 días a partir de la fecha de la presentación de este formulario. Esto se aplica a todos los registros médicos pertinentes a su reclamación. All medical records in your possession are required to be shared with the opposing party. This must be done within 15 days of submitting this form. This applies to all medical records that are relevant to your claim.
9. El empleado lesionado tiene que demostrar que él/ella tiene derecho a los beneficios solicitados. The injured worker has to prove he is owed the requested benefits.
10. Si se le debe dinero porque no puede trabajar, debe enviar los registros médicos. Los médicos documentan cuando un paciente no puede trabajar o no puede realizar ciertos trabajos durante períodos específicos. Envíe esos registros junto con este formulario. If you are owed money because you cannot work, you must submit medical records. Doctors document when a patient cannot work or cannot perform certain work during specific periods. Please submit those records with this form.
11. Si tiene facturas médicas impagas, sírvase proporcionar copias. Envíe también los registros médicos relacionados con las facturas. If you have unpaid medical bills, please provide copies of them. Also send the medical records related to the bills.
12. Si se le deben pagos por distancias recorridas, es necesario que incluya ciertos detalles. Indique la distancia recorrida, el día que viajó y el nombre del médico que fue a ver. Envíe también el registro médico de esa visita. If you are owed mileage, certain details are necessary. Please tell us how far you drove, the day you drove, and the name of the doctor you saw. Also send the medical record from that visit.
13. Tiene que proporcionar una copia de este formulario a cada una de las partes o a sus abogados. Es necesario completar la Sección F para comprobar que ha enviado una copia a todas las partes. Tiene que indicar el número de fax, la dirección postal o la dirección de correo electrónico que haya usado. A copy of this form must be sent to all parties or their attorneys. Section F is required to prove you sent a copy to all the parties. The fax number, mailing address, or email address you used must be listed.

14. Usted tiene que firmar y fechar este formulario. De no completarse la Sección G, le será devuelto el formulario y no se asignará su caso a mediación. You must sign and date this form. If Section G has not been completed, the form will be returned. Your case will not be assigned for mediation.

Para obtener más información sobre los beneficios de compensación a trabajadores o sobre cómo completar este formulario, visite nuestro sitio web en <http://www.tn.gov/workerscomp> o llame al 1-800-332-2667.

Envíe el formulario completado a la oficina que atiende la región del domicilio del empleado según el mapa aquí abajo. Please return the completed form to the office in the region of the Employee's home address per the map below.

Chattanooga
TN Bureau of Workers'
Compensation
1301 Riverfront Pkwy., Ste. 202
Chattanooga, TN 37402
Fax: 423-634-3115
Correo electrónico:
PBD.CourtClerk@tn.gov

Cookeville
TN Bureau of Workers'
Compensation
PO Box 678,
Cookeville, TN 38503
Fax: 931-520-4316
Correo electrónico:
PBD.CourtClerk@tn.gov

Jackson
TN Bureau of Workers'
Compensation
225 Dr. Martin L. King Jr. Dr.
1st Floor, Suite 120, Box 16
Jackson, TN 38301-6985
Fax: 731-265-7022
Correo electrónico:
PBD.CourtClerk@tn.gov

Gray
TN Bureau of Workers'
Compensation
5788 Bobby Hicks Highway
Gray, TN 37615-3190
Fax: 423-239-7844
Correo electrónico:
PBD.CourtClerk@tn.gov

Knoxville
TN Bureau of Workers'
Compensation
520 Summit Hill, Ste. 103
Knoxville, TN 37902
Fax: 865-594-5172
Correo electrónico:
PBD.CourtClerk@tn.gov

Memphis
TN Bureau of Workers'
Compensation
One Commerce Square
40 South Main St., Ste. 500
Memphis, TN 38103-1820
Fax: 901-543-6039
Correo electrónico:
PBD.CourtClerk@tn.gov

Murfreesboro
TN Bureau of Workers'
Compensation
845 Esther Lane
Murfreesboro, TN 37129-5537
Fax: 615-217-9378
Correo electrónico:
PBD.CourtClerk@tn.gov

Nashville
TN Bureau of Workers'
Compensation
220 French Landing Drive, 1-B
Nashville, TN 37243-1002
Fax: 615-253-1223
Correo electrónico:
PBD.CourtClerk@tn.gov

Workers' Comp Court Clerk
TN Bureau of Workers'
Compensation
220 French Landing, 1-B
Nashville, TN 37243-1002
Fax 615-253-2480
Correo electrónico:
PBD.CourtClerk@tn.gov

