

COMO ARCHIVAR UNA APELACION ACERCA DE SU REHABILITACION

Este formulario debe llenarse solamente cuando se encuentra en desacuerdo con la determinación y orden (D&O) de la unidad de rehabilitación.

Por favor tenga presente que este formulario debe enviarse a la “Junta de Apelaciones de Reclamos de Compensación de Trabajadores” (Workers’ Compensation Appeals Board) dentro de los veinte (20) días después de haber recibido la notificación de la unidad de rehabilitación. La fecha de la notificación se encuentra en la parte inferior izquierda del documento de determinación y orden.

Llene este formulario guiándose por la muestra que se encuentra adjunto. Con sus propias palabras explique porque no está de acuerdo con la determinación y orden que le dió la unidad de rehabilitación. Asegúrese de poner la fecha y su firma al formulario. Llene el formulario de Declaración de Prontitud a Proseguir con su Caso y el formulario de comprobante de notificación. Véa los formularios que están adjuntos. También debe incluir una copia de la determinación y orden de la unidad de rehabilitación.

Envíe los originales de los formularios a la Junta de Apelaciones de Compensación de Trabajadores (Workers’ Compensation Appeals Board), y copias de los formularios a la compañía de seguros y a la unidad de rehabilitación.

Si no tiene un caso pendiente con la oficina de WCAB, le va a ser necesario presentar una aplicación de adjudicación, la cual hace que se abra un caso para usted. Refiérase al guía #10.

Retenga una copia del formulario para su propio archivo.

Si requiere ayuda, puede llamar a una de las oficinas de “Información y Asistencia”. Los números de teléfono para las oficinas locales se encuentran listados al respaldo.

La información que se encuentra en esta guía es general y no tiene como fin el sustituir el consejo de un abogado. Es muy posible que cambios en la ley o los hechos referentes a su caso resulten en una interpretación de la ley distinta a la que se describe en la guía.

WORKERS' COMPENSATION APPEALS BOARD

DISTRICT OFFICES

ANAHEIM, 92801-1162

1661 N. Raymond Ave., Suite 202
Information & Assistance Unit (714) 738-4038

RIVERSIDE, 92501-3337

3737 Main Street, Suite 300
Information & Assistance Unit (951) 782-4347

BAKERSFIELD, 93301-1929

1800 30th Street, Suite 100
Information & Assistance Unit (661) 395-2514

SACRAMENTO, 95825-2403

2424 Arden Way, Suite 230
Information & Assistance Unit (916) 263-2741

EUREKA, 95501-0481

100 "H" Street, Suite 202
Information & Assistance Unit (707) 441-5723

SALINAS, 93906-2016

1880 North Main Street, Suites 100 & 200
Information & Assistance Unit (831) 443-3058

FRESNO, 93721-2280

2550 Mariposa Street, Suite 4078
Information & Assistance Unit (559) 445-5355

SAN BERNARDINO, 92401-1411

464 West Fourth Street, Suite 239
Information & Assistance Unit (909) 383-4522

GOLETA, 93117-3018

6755 Hollister Avenue
Information & Assistance Unit (805) 968-4158

SAN DIEGO, 92108

7575 Metropolitan Road, Suite 202
Information & Assistance Unit (619) 767-2170

GROVER BEACH, 93433-2261

1562 Grand Avenue
Information & Assistance Unit (805) 481-3380

SAN FRANCISCO, 94102-7002

455 Golden Gate Avenue, 2nd Floor
Information & Assistance Unit (415) 703-5020

LONG BEACH, 90802-4339

300 Oceangate Street, Suite 200
Information & Assistance Unit (562) 590-5240

SAN JOSE, 95113-1482

100 Paseo de San Antonio, Suite 241
Information & Assistance Unit (408) 277-1292

LOS ANGELES, 90013-1105

320 West 4th Street, 9th Floor
Information & Assistance Unit (213) 576-7389

SANTA ANA, 92701-4070

28 Civic Center Plaza, Suite 451
Information & Assistance Unit (714) 558-4597

OAKLAND, 94612-1402

1515 Clay Street, 6th Floor
Information & Assistance Unit (510) 622-2861

SANTA MONICA, 90405-5219

2701 Ocean Park Blvd., Suite 220
Information & Assistance Unit (310) 452-1188

OXNARD, 93030

2220 East Gonzales Road, Suite 100
Information & Assistance Unit (805) 485-3528

SANTA ROSA, 95404-4760

50 "D" Street, Suite 420
Information & Assistance Unit (707) 576-2452

POMONA, 91766-1601

435 West Mission Blvd., Suite 300
Information & Assistance Unit (909) 623-8568

STOCKTON, 95202-2393

31 East Channel Street, Suite 344
Information & Assistance Unit (209) 948-7980

REDDING, 96001-2796

2115 Civic Center Drive, Suite 15
Information & Assistance Unit (530) 225-2047

VAN NUYS, 91401-3373

6150 Van Nuys Blvd., Suite 105
Information & Assistance Unit (818) 901-5374

NAME
STREET
CITY, STATE, ZIP CODE

TELEPHONE #:

STATE OF CALIFORNIA
WORKERS' COMPENSATION APPEALS BOARD

Su nombre	Applicant,	WCAB#: el número de su caso REHABILITATION UNIT FILE #.
vs.	Su empleador y compañía de seguros	APPEAL FROM DETERMINATION AND ORDER OF THE REHABILITATION UNIT
	Defendants.	

Explique en sus Palabras porque
está en desacuerdo con la
decisión.

X su firma

Applicant,

fecha en que lo envió

Date

NAME
STREET
CITY, STATE, ZIP CODE

TELEPHONE #:

**STATE OF CALIFORNIA
WORKERS' COMPENSATION APPEALS BOARD**

vs.	Applicant,
	Defendants.

WCAB#:
REHABILITATION
UNIT FILE #.:

**APPEAL FROM DETERMINATION
AND ORDER OF THE
REHABILITATION UNIT**

Applicant,

Date

Proof Of Service By Mail

I declare that:

I am (resident of/employed in) the county of SU condado California. I am over the age of eighteen years, my (business/residence) address is:

----- la dirección de su residencia -----

On fecha de hoy, I served the attached Petición de mala conducta on the empleador in said case, by placing a true copy thereof enclosed in a sealed envelope with postage thereon fully paid, in the United State mail at ciudad desde lo envió addressed as follows -----

----- nombre y dirección del empleador -----

I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the foregoing is true and correct, and that this declaration was executed on

(date) fecha de hoy, at ciudad California.

Type or print name escriba su nombre -----

Signature X su firma -----

Proof Of Service By Mail

I declare that:

I am (resident of/employed in) the county of _____ California. I am over the age of eighteen years, my (business/residence) address is:

On _____, I served the attached _____ on the _____ in said case, by placing a true copy thereof enclosed in a sealed envelope with postage thereon fully paid, in the United State mail at

_____ addressed as follows _____

I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the foregoing is true and correct, and that this declaration was executed on

(date) _____, at _____ California.

Type or print name _____

Signature _____