

Instrucciones para la petición de conferencia de mediación

PRIMERA PARTE - INFORMACIÓN DE LAS PARTES

Paso uno: información del trabajador

Esta sección es para el **TRABAJADOR LESIONADO** o la persona que llena el formulario en nombre del trabajador lesionado. **EI NÚMERO DE RECLAMO DE WC** es el número de caso de la **COMPAÑÍA DE SEGUROS** que maneja el Reclamo de Compensación al Trabajador.

Paso dos: información del peticionario

Por favor ingrese la información del **TRABAJADOR LESIONADO** en esta sección.

Paso tres: información del representante (OPCIONAL)

Esta sección es para el **ABOGADO** que representa al **TRABAJADOR LESIONADO**. La mediación NO requiere que los trabajadores lesionados tengan un abogado. Es posible que desee representarse a sí mismo. En ese caso, deje esta información en blanco.

Paso cuatro: información del encuestado

Esta sección es para el **EXAMINADOR DE RECLAMACIONES** o el **ADMINISTRADOR DE CASOS** que maneja su Reclamo de Compensación para Trabajadores. Por favor incluya su nombre así como el nombre de la **COMPAÑÍA DE SEGUROS**.

Paso cinco: información del representante del demandado

Esta sección es para un **ABOGADO** que representa al **EXAMINADOR DE RECLAMACIONES/COMPAÑÍA DE SEGUROS**. Es posible que esta sección NO se aplique a su caso. NO complete esta sección a menos que esté seguro de que la compañía de seguros ha contratado a un abogado.



PARTE DOS: INFORMACIÓN DE DISPUTA

Sección 1 – ¿Cuál es la disputa con el Demandado?

Esta sección es donde usted indica cuál es su disputa con el *EXAMINADOR DE RECLAMOS/COMPAÑÍA DE SEGUROS*.

POR EJEMPLO: "No estoy de acuerdo con la denegación de mi reclamo".

Sección Dos: ¿Qué intento ha hecho para resolver su disputa con el Demandado?

Incluya cualquier intento que haya realizado para resolver su desacuerdo con el *EXAMINADOR DE RECLAMACIONES/COMPAÑÍA DE SEGUROS*.

POR EJEMPLO: correspondencia por correo electrónico, correspondencia telefónica, etc.

Sección Tercera – ¿Cuál fue la respuesta de la Demandada a su demanda?

Esta es la sección donde usted indica cómo respondió el examinador de reclamos a su correspondencia.

POR EJEMPLO: Mi *EXAMINADOR DE RECLAMACIONES* mantiene la denegación; o mi *EXAMINADOR DE RECLAMACIONES* no devolvió mis correos electrónicos o llamadas telefónicas.

Completando el formulario

Una vez que haya completado el formulario *FIRME* y *FECHÉ*.

El formulario puede enviarse a la dirección de correo electrónico que aparece a continuación o enviarlo por correo a la dirección que aparece a continuación.

DLIERDMediation@mt.gov

DEPARTAMENTO DE TRABAJO E INDUSTRIA DE MONTANA
SECCIÓN DE RESOLUCIÓN DE DISPUTAS
APARTADO DE CORREOS 8011
HELENA, MT 59604-9939