



Oficina de Compensación a Trabajadores  
Bureau of Workers' Compensation  
220 French Landing Drive, I-B  
Nashville, TN 37243-1002

<http://www.tn.gov/workforce/section/injuries-at-work>

**SOLICITUD PARA MEDIACIÓN  
REQUEST FOR MEDIATION**

(Solamente para lesiones antes del 1 de julio de 2014)

(For injuries prior to 7/1/2014 only)

Este formulario reemplaza la Petición para Asistencia (C40A), la Petición para Conferencia de Revisión de Beneficios(C40B) y el Certificado de Preparación (C40R)

This form replaces the Request for Assistance (C40A), the Request for Benefit Review Conference (C40B) and the Certificate of Readiness (C40R).

Esta petición es para

This request is for:

- Beneficios de Sueldos Perdidos (Lost Wage Benefits)  Beneficios Médicos (Medical Benefits)
- Descubrimiento (Discovery)  Aprobación de Asentamiento(Settlement Approval)
- Multa por sueldos no pagados o pagados tarde (Penalty For Late or Non-Payment of wages)
- Cobertura Médica Vitalicia (Lifetime Medical Coverage)  Beneficios de Muerte (Death Benefits)

O  
OR

- Una Conferencia de Revisión de Beneficios (A Benefit Review Conference:)

Para prevenir que el estatuo llegue a límite o

(To keep the statute of limitations from running or,)

Para mediación – Estoy listo para proceder a mediación en una Conferencia de Revisión de

Beneficios

(For mediation--I am ready to proceed to mediation in a

Benefit Review Conference.)

Fecha de MMI

Date of MMI \_\_\_\_\_

Calificación de Discapacidad Asignada

Impairment Rating Assigned \_\_\_\_\_

Si corresponde, el Abogado del Fondo de Segunda Lesión es \_\_\_\_\_ y él/ella ha sido notificado (If applicable, the Subsequent Injury Fund Attorney is \_\_\_\_\_ & he/she has been notified.)

**Las partes han discutido fechas posibles para conducir la mediación y todas las partes o sus representantes están de acuerdo con las tres fechas y horas que aparecen en lista más abajo. Por favor marque el tiempo deseado.**

**The parties have discussed possible dates for conducting the mediation and all parties or their representatives have agreed upon the three dates and times listed below. Please circle desired time slot.**

9:00am o 9:00am o 9:00am o Firma de la Parte Solicitante Firma de la Parte Opuesta  
Signature of Requesting Party Signature of Opposing Party  
1:00 pm 1:00 pm 1:00 pm

Por favor, dé una descripción breve de la lesión (Please give a brief description of the injury:)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha de Lesión (Date of Injury) \_\_\_\_\_  
Condado de TN donde ocurrió la lesión (Nombre del estado si lesión no fue en TN) TN County of Injury (Name state if injury not in TN) \_\_\_\_\_

Nombre del Empleado (Employee Name) \_\_\_\_\_ NSS(SSN) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (Date of Birth) \_\_\_\_\_

Dirección de Correo (Mailing Address) \_\_\_\_\_

Ciudad (City) \_\_\_\_\_ Estado(State) \_\_\_\_\_ Código Postal (ZIP) \_\_\_\_\_

Condado (County) \_\_\_\_\_

Teléfono (Phone) \_\_\_\_\_ Correo Electrónico (Email) \_\_\_\_\_

Abogado del Empleado (Employee Attorney) \_\_\_\_\_ Núm. de BPR(BPR #) \_\_\_\_\_

Teléfono (Phone) \_\_\_\_\_ Fax(Fax) \_\_\_\_\_ Correo electrónico (Email) \_\_\_\_\_

Persona de Contacto de la Oficina (Office Contact Person) \_\_\_\_\_

Correo Electrónico (Email) \_\_\_\_\_

Empleador(Employer) \_\_\_\_\_ Teléfono(Phone) \_\_\_\_\_

Dirección de Correo (Mailing Address) \_\_\_\_\_

Ciudad (City) \_\_\_\_\_ Estado(State) \_\_\_\_\_ Código Postal (ZIP) \_\_\_\_\_

Condado (County) \_\_\_\_\_

Persona de Contacto del Empleador (Employer Contact Person) \_\_\_\_\_

Correo Electrónico (Email) \_\_\_\_\_

Abogado del Empleador(Employer Attorney) \_\_\_\_\_ Núm. de BPR(BPR #) \_\_\_\_\_

Teléfono (Phone) \_\_\_\_\_ Fax(Fax) \_\_\_\_\_

Correo Electrónico (Email) \_\_\_\_\_

Persona de Contacto de la Oficina (Office Contact Person) \_\_\_\_\_

Correo Electrónico (Email) \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro o TPA (Insurance Company or TPA): \_\_\_\_\_

Nombre del Ajustador de Seguro (Ins. Adjuster Name) \_\_\_\_\_

Correo Electrónico (Email) \_\_\_\_\_

Dirección de Correo (Mailing Address) \_\_\_\_\_ Ciudad (City) \_\_\_\_\_

Estado (State) \_\_\_\_\_ Código Postal (ZIP) \_\_\_\_\_

Teléfono (Phone) \_\_\_\_\_ Fax(Fax) \_\_\_\_\_

**PARTE SOLICITANTE**

**REQUESTING PARTY**

Por el presente pido a la Oficina de Compensación a Trabajadores que asista en cualquier asunto que se cuestione de compensación a trabajadores con relación a la lesión detallada arriba. También autorizo a la Oficina para que contacte a cualquier persona que tenga información acerca de esa lesión.

I hereby request the Tennessee Bureau of Workers' Compensation to assist in any disputed workers' compensation issues related to the above-detailed injury. I also authorize the Bureau to contact any person who has information regarding that injury.

Nombre en letra de molde  
Printed name

Firma  
Signature

Fecha  
Date

Por favor devuelva el formulario completado a la oficina abajo que esté más cerca de la dirección residencial del Empleado.

(Please return the completed form to the office below that is closest to the Employee's home address or @ email: [WC.Ombudsman@tn.gov](mailto:WC.Ombudsman@tn.gov) )

**Chattanooga**

Tennessee Bureau of Workers' Compensation  
1301 Riverfront Pkwy., Ste. 202  
Chattanooga, Tennessee 37402  
Fax: 423-634-3115

**Cookeville**

Tennessee Bureau of Workers' Compensation  
P.O. Box 678  
Cookeville, Tennessee 38503-0678  
Fax: 931-520-4316

**Gray**

Tennessee Bureau of Workers' Compensation  
5788 Bobby Hicks Hwy.  
Gray, TN 37615  
Fax: 423-239-7844

**Jackson**

Tennessee Bureau of Workers' Compensation  
225 Dr. Martin L. King Jr. Dr.  
1st Floor, Suite 120, Box 16  
Jackson, TN 38301 6920  
Fax: 731-265-7022

**Knoxville**

Tennessee Bureau of Workers' Compensation  
520 Summit Hill, Ste. 103  
Knoxville, TN 37902  
Fax: 865-594-5172

**Memphis**

Tennessee Bureau of Workers' Compensation  
One Commerce Square  
40 South Main St., Ste. 500  
Memphis, TN 38103-1820  
Fax: 901-543-6039

**Murfreesboro**

Tennessee Bureau of Workers' Compensation  
845 Esther Lane  
Murfreesboro, TN 37129-5537  
Fax: 615-217-9378

**Nashville**

Tennessee Bureau of Workers' Compensation  
220 French Landing Drive, 1-B  
Nashville, Tennessee 37243-1002  
Fax: 615-253-1223