



TENNESSEE BUREAU OF WORKERS' COMPENSATION
IN THE COURT OF WORKERS' COMPENSATION CLAIMS

AT _____

OFICINA DE INDEMNIZACIÓN LABORAL DE TENNESSEE
EN EL TRIBUNAL DE RECLAMACIONES DE INDEMNIZACIÓN LABORAL
EN _____

(Employee Name Here),
(_____),

Employee,
Empleado,

v.

(Employer Name Here),
(_____),

Employer,
Empleador,

(Insurance Carrier Name Here),
(_____),

Carrier,
Aseguradora,

and

y

(if applicable)

(si procede)

Troy Haley, Administrator of the
Bureau of Workers' Compensation and
Subsequent Injury Fund and Vocational
Recovery Fund.

Troy Haley, administradora de la
Oficina de Indemnización Laboral y del
Fondo para Lesiones Posteriores y de
Recuperación Profesional.

) Docket Number:
Número de expediente:

)

) State File Number:
Número de expediente estatal:

)

) Date of Injury:
Fecha de la lesión:

)

) Judge: (To Be Assigned)
Juez: (Pendiente)

)

)

)

)

)

REQUEST TO RESUME MEDIATION
SOLICITUD DE REANUDACIÓN DE MEDIACIÓN

[Requesting party name] requests that the parties resume mediation with a Tennessee Bureau of Workers' Compensation mediator under Tennessee Code Annotated section 50-6-236.

[_____] solicita que las partes reanuden la mediación con un mediador de la Oficina de Indemnización Laboral de Tennessee en virtud del Código Anotado de Tennessee, sección 50-6-236.

[Requesting party name] states the following:

[] declara lo siguiente:

1. A Petition for Benefit Determination was previously filed and is pending before the Court of Workers' Compensation Claims. (If a party's contact information has changed, please update it below. Attach a separate document if more space is needed.)

Anteriormente se presentó una Petición de Determinación de Beneficios que está pendiente ante el Tribunal de Reclamaciones de Indemnización Laboral. (Si los datos de contacto de una parte han cambiado, favor de actualizarlos a continuación. Adjunte un documento aparte si necesita más espacio.)

2. The previous mediation concluded with the issuance of a Dispute Resolution Statement by (name), the assigned mediator, a copy of which is attached.

La mediación anterior concluyó con la emisión de una Declaración de Resolución de Conflictos por parte de (), el mediador asignado, cuya copia se adjunta.

3. A Dispute Certification Notice has not been issued. (If a Dispute Certification Notice has been issued, file a motion with the Court Clerk.)

No se ha emitido un Aviso de Certificación de la Controversia. (Si se ha emitido un Aviso de Certificación de la Controversia, presente una moción ante el Secretario del Tribunal)

4. Additional disputes for the following benefits have arisen for mediation:
Se han presentado a mediación otros litigios por los siguientes beneficios:

Medical Benefits, Temporary Disability Benefits,

Beneficios médicos, Beneficios por incapacidad temporal,

Permanent Disability Benefits, MMI Date _____ Impairment Rating _____

Beneficios por incapacidad permanente, Fecha de MMI _____ Valoración de la incapacidad _____

or Other _____

u Otros _____

5. A brief explanation of the current issue is:

Una breve explicación del tema actual es: _____

6. All parties have been contacted and agreed upon the three dates and times below for mediation:

Se han contactado todas las partes y se han acordado las tres fechas y horas siguientes para la mediación:

9:00 a.m. or 1:00 p.m.

9:00 a.m. or 1:00 p.m.

9:00 a.m. or 1:00 p.m.

9:00 a.m. o 1:00 p.m.

9:00 a.m. o 1:00 p.m.

9:00 a.m. o 1:00 p.m.

Or: I am unable to coordinate dates with the other party; the dates above only show my availability.
O: No puedo coordinar las fechas con la otra parte; las fechas anteriores solo muestran mi disponibilidad.

Respectfully Submitted,
Muy atentamente,

Signature/Date
Firma y fecha

CERTIFICATE OF SERVICE
CONSTANCIA DE NOTIFICACIÓN

The requesting party must serve a copy of this document on all parties and counsel of record. The undersigned certifies on this ____ day of _____, 20__ that he/she served a true and correct copy of the document and its attachments by facsimile, email and/or U.S. Mail, first class postage prepaid, to the following:

La parte solicitante debe entregar una copia de este documento a todas las partes y a los abogados registrados. El abajo firmante certifica en este día ____ de _____, 20__ que ha entregado una copia fiel y correcta del documento y sus anexos por fax, correo electrónico y/o correo postal de EE. UU., con franqueo de primera clase pagado, a las siguientes personas:

Employee _____

Empleado _____

Service by: Hand-Delivery Mail Facsimile Email

Entregado por: Entrega en mano Correo postal Fax

Correo electrónico

Service Sent to: _____

Copia enviada a: _____

Employee's Attorney _____

Abogado del empleado _____

Service by: Hand-Delivery Mail Facsimile Email

Entregado por: Entrega en mano Correo postal Fax

Correo electrónico

Address: _____

Dirección: _____

Carrier(s) _____

Aseguradora(s) _____

Service by: Hand-Delivery Mail Facsimile Email

Entregado por: Entrega en mano Correo postal Fax

Correo electrónico

Address: _____

Dirección: _____

Employer(s) _____

Empleador(es) _____

Service by: Hand-Delivery Mail Facsimile Email

Entregado por: Entrega en mano Correo postal Fax

Correo electrónico

Address: _____

Dirección: _____

Employer(s)' Attorney(s) _____

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

Service by: Hand-Delivery Mail Facsimile Email

Entregado por: Entrega en mano Correo postal Fax

Correo electrónico

Address: _____

Dirección: _____

Subsequent Injury Fund's Attorney _____

Abogado del Fondo para Lesiones Posteriores _____

Service by: Hand-Delivery Mail Facsimile Email

Entregado por: Entrega en mano Correo postal Fax

Correo electrónico

Address: _____

Dirección: _____

Signature

Firma

Printed Name

Nombre impreso

Upon receipt of this form, a Bureau of Workers' Compensation mediator will be assigned to help resolve the dispute. Please file this form with the Court of Workers' Compensation Claims via mail at 220 French Landing Drive, 1B, Nashville, TN 37243-1002; email PBD.courtclerk@tn.gov; or Fax: 615-253-2480.

Una vez recibido este formulario, se asignará un mediador de la Oficina de Indemnización Laboral para ayudar a resolver el conflicto. Por favor, envíe este formulario al Tribunal de Reclamaciones de Indemnización Laboral por correo a 220 French Landing Drive, 1B, Nashville, TN 37243-1002; por correo electrónico a PBD.courtclerk@tn.gov; o por fax a 615-253-2480.