Cómo presentar una queja con la Unidad de Auditorías

Utilice este formulario para presentar una queja en contra de la parte que le proporciona sus beneficios de compensación de trabajadores, si no se los proporciona correctamente.

El formulario le proporciona ejemplos de violaciones de beneficios. Lea las instrucciones en el formulario. Llene, firme y feche el formulario.

La Unidad de Auditorías no resuelve disputas sobre los beneficios, pero sí lleva el seguimiento de las quejas contra todos los administradores de reclamos de compensación de trabajadores (las compañías de seguros, empleadores autoasegurados y administradores de terceros) y toma medidas para asegurarse de que se cumpla la ley. Aunque no todas las quejas resultan en investigaciones o auditorías, es importante que la Unidad de Auditorías se entere de su queja.

Por favor, envíe su formulario de queja completo a:

DWC Audit Unit
Attention complaint desk
160 Promenade Circle, Suite 340
Sacramento, CA 95834

Usted también puede enviar una copia a su compañía de seguros. A veces esto ayuda a resolver un problema.

Debido a que la ley exige que algunas cosas se mantengan confidenciales, no se le informará los resultados de su queja. La Unidad de Auditorías sólo se comunicará con usted si se le debe dinero. Cualquier disputa sobre beneficios debe ser presentada ante la Junta de Apelaciones de Compensación de Trabajadores *(Workers' Compensation Appeals Board - WCAB).*

- ✓ Audit Referral Form

Si usted necesita ayuda, llame a una oficina de Información y Asistencia *(I&A) o asista a un* taller para trabajadores lesionados. Los números de teléfono de las oficinas locales de *I&A* están adjuntos a esta guía. Usted puede obtener información sobre un taller local de la oficina de *I&A* o en la Web en www.dir.ca.gov/dwc.

La información contenida en esta guía es de índole general y no pretende substituir asesoramiento legal. Los cambios en la ley o los datos específicos de su caso podrían resultar en interpretaciones legales distintas de las que aquí se presentan.

Al enviar documentos a una oficina regional, por favor asegúrese que no estén doblados ni engrapados. Envíelos en un sobre grande de manila. Por favor consulte con el manual de formularios *OCR* de *EAMS* para instrucciones adicionales.

WORKERS' COMPENSATION APPEALS BOARD
DISTRICT OFFICES

ANAHEIM, 92806-2131
1065 N PacifiCenter Drive, Suite 170
Information & Assistance Unit **(714) 414-1800**

BAKERSFIELD, 93301-1929
1800 30th Street, Suite 100
Information & Assistance Unit **(661) 395-2514**

EUREKA, 95501-0481 *** Satellite office ***
100 "H" Street, Suite 202
Information & Assistance Unit **(707) 441-5723**

FRESNO, 93721-2219
2550 Mariposa Street, Suite 4078
Information & Assistance Unit **(559) 445-5355**

LONG BEACH, 90802-4339
300 Oceangate Street, Suite 200
Information & Assistance Unit **(562) 590-5240**

LOS ANGELES, 90013-1105
320 W 4th Street, 9th Floor
Information & Assistance Unit **(213) 576-7389**

MARINA DEL REY, 90292-6902
4720 Lincoln Boulevard, 2nd and 3rd floors
Information & Assistance Unit **(310) 482-3858**

OAKLAND, 94612-1499
1515 Clay Street, 6th Floor
Information & Assistance Unit **(510) 622-2861**

OXNARD, 93030-7912
1901 N Rice Avenue, Suite 100
Information & Assistance Unit **(805) 485-3528**

POMONA, 91768-1653
732 Corporate Center Drive
Information & Assistance Unit **(909) 623-8568**

REDDING, 96002-0940
250 Hemsted Drive, 2nd Fl, Ste. B
Information & Assistance Unit **(530) 225-2047**

RIVERSIDE, 92501-3337
3737 Main Street, Suite 300
Information & Assistance Unit **(951) 782-4347**

SACRAMENTO, 95834-2962
160 Promenade Circle, Suite 300
Information & Assistance Unit **(916) 928-3158**

SALINAS, 93906-2204
1880 N Main Street, Suites 100 & 200
Information & Assistance **(831) 443-3058**

SAN BERNARDINO, 92401-1411
464 W Fourth Street, Suite 239
Information & Assistance Unit **(909) 383-4522**

SAN DIEGO, 92108-4424
7575 Metropolitan Drive, Suite 202
Information & Assistance Unit **(619) 767-2082**

SAN FRANCISCO, 94102-7014
455 Golden Gate Avenue, 2nd Floor
Information & Assistance Unit **(415) 703-5020**

SAN JOSE, 95113-1402
100 Paseo de San Antonio, Suite 241
Information & Assistance Unit **(408) 277-1292**

SAN LUIS OBISPO, 93401-8736
4740 Allene Way, Suite 100
Information & Assistance Unit **(805) 596-4159**

SANTA ANA, 92701-4070
605 W Santa Ana Boulevard, Bldg 28, Suite 451
Information & Assistance Unit **(714) 558-4597**

SANTA BARBARA, 93101-7538 *** Satellite office ***
130 E Ortega St.
Information & Assistance Unit **(805) 568-1390**

SANTA ROSA, 95404-4771
50 "D" Street, Suite 420
Information & Assistance Unit **(707) 576-2452**

STOCKTON, 95202-2314
31 E Channel Street, Suite 344
Information & Assistance Unit **(209) 948-7980**

VAN NUYS, 91401-3370
6150 Van Nuys Boulevard, Suite 105
Information & Assistance Unit **(818) 901-5374**

Rev. 5/16

AUDIT REFERRAL FORM

Claims administrator / Company name	Injured worker name
Claims administrator's address	Claim number
City, state, ZIP	Date of injury
Date or period of violations	Employer

SPECIFIC DETAILS OF COMPLAINT

Describe the nature of the complaint, being as specific as possible. For example, late payments of temporary or permanent disability (the number of late payments, if known), failure to pay temporary or permanent disability, or 10% self- imposed penalties for late payments (indicate the periods not paid, if known), failure to pay or object to medical treatment or medical-legal bills, failure to investigate a claim, unsupported denial of liability for a claim, et al. Please attach copies of supporting documentation, if available.

Complainant (name & title) Date

Address, city, state, ZIP

DIR PRIVACY NOTICE: The Department of Industrial Relations, Division of Workers' Compensation uses the information in your complaint (1) to monitor workers' compensation claims administrators; (2) to assist DWC and other government agencies in general civil and criminal law enforcement; and (3) to conduct research on the workers' compensation system. If you indicate that you want your complaint kept confidential, the Audit Unit will not share your complaint with any party named in your complaint. If you do not request confidentiality, the Audit Unit may share your complaint with the claims administrator. Please note that your complaint and your workers' compensation claim information cannot be disclosed to the public under the Public Records Act. If you have questions about this notice please write to Privacy@dir.ca.gov .

EJEMPLO

AUDIT REFERRAL FORM

NOMBRE DEL ADMINISTRADOR DE RECLAMOS Claims administrator / Company name	NOMBRE DEL TRABAJADOR LESIONADO Injured worker name
DIRECCIÓN DEL ADMINISTRADOR DE RECLAMOS Claims administrator's address	NÚMERO DE RECLAMO Claim number
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL DEL ADMINISTRADOR DE RECLAMOS City, state, ZIP	FECHA DE LESIÓN Date of injury
FECHA O TEMPORADA DE LAS VIOLACIONES Date or period of violations	NOMBRE DEL EMPLEADOR Employer

SPECIFIC DETAILS OF COMPLAINT

Describe the nature of the complaint, being as specific as possible. For example, late payments of temporary or permanent disability (the number of late payments, if known), failure to pay temporary or permanent disability, or 10% self- imposed penalties for late payments (indicate the periods not paid, if known), failure to pay or object to medical treatment or medical-legal bills, failure to investigate a claim, unsupported denial of liability for a claim, et al. Please attach copies of supporting documentation, if available.

INDIQUE LA CLASE DE QUEJA QUE TIENE. SEA LO MÁS ESPECÍFICO POSIBLE. POR FAVOR INCLUYA CUALQUIER DOCUMENTACIÓN QUE RESPALDE SU QUEJA.

SU NOMBRE

Complainant (name & title)

FECHA

Date

SU DOMICILIO

Address, city, state, ZIP

DIR PRIVACY NOTICE: The Department of Industrial Relations, Division of Workers' Compensation uses the information in your complaint (1) to monitor workers' compensation claims administrators; (2) to assist DWC and other government agencies in general civil and criminal law enforcement; and (3) to conduct research on the workers' compensation system. If you indicate that you want your complaint kept confidential, the Audit Unit will not share your complaint with any party named in your complaint. If you do not request confidentiality, the Audit Unit may share your complaint with the claims administrator. Please note that your complaint and your workers' compensation claim information cannot be disclosed to the public under the Public Records Act. If you have questions about this notice please write to Privacy@dir.ca.gov .