

**ESTADO DE COLORADO**  
**OFICINA DE TRIBUNALES ADMINISTRATIVOS**

1525 Sherman Street, Denver, CO 80203

Demandante,

vs.

Empleador, y

Demandado.

**SÓLO PARA USO**  
▲ **DEL TRIBUNAL** ▲

**NÚMERO DE WC:**

**FECHA DE LA LESIÓN:**

**SOLICITUD DE AUDIENCIA**

A. **Solicitud de Audiencia:** Archivado por o para: \_\_\_\_\_  
(Nombre en letra de imprentas de la Parte)

It is requested that this matter be set for hearing in (check one):  
Durango      Glenwood Spgs      Grand Jct.      Colorado Springs      Greeley      Pueblo      Denver

Marque aquí para certificar que ha intentado resolver con la otra(s) parte(s), todas las cuestiones mencionadas en la Solicitud De Audiencia (Sección 8-43-211 (4), CRS)

Marque aquí si se cuestiona la indemnización o si esta audiencia se solicita en respuesta a una admisión final de responsabilidad o para impugnar una conclusión en un examen médico independiente patrocinado por la División.

Las siguientes cuestiones serán consideradas en la audiencia:

Compensabilidad	Beneficios Totales Temporales de
Beneficios médicos	_____ a _____ En continuidad
Proveedor autorizado	Beneficios parciales temporales de
Razonablemente necesario	_____ a _____ En continuidad
Salario semanal promedio	Beneficios por discapacidad parcial permanente
Petición para reabrir el reclamo	Beneficios por discapacidad total permanente
Desfiguración	Beneficios por muerte

Sanciones: Describa específicamente los motivos por los cuales se impone una sanción, incluido el mandato, norma o sección del estatuto presuntamente violado y las fechas en las que reclama que dicha violación comenzó y terminó.  
(Adjunte páginas adicionales si es necesario)

Otros temas que se escucharán en esta audiencia son (por ejemplo: la mejora médica máxima, terminación de los beneficios, etc.) (Adjunte páginas adicionales según sea necesario):

Testigos a llamar en audiencia o por deposición: Lista de nombres y direcciones:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

(Adjunte páginas adicionales si es necesario)

**B. Solicitud para que la OAC establezca la Materia de la Regla de Audiencia 8 (H) OACRP:**

Si no está representado por un abogado y desea que la Oficina de Tribunales Administrativos defina este caso en su nombre, por favor marque aquí: Complete las Secciones C y D.

El abajo firmante se comunicará con la Oficina de Tribunales Administrativos a través de: [www.colorado.gov/oac](http://www.colorado.gov/oac), para obtener las fechas de la audiencia. El solicitante deberá consultar con la otra(s) parte(s) y presentar una confirmación por escrito ante la OAC.

**C. Firma:**

\_\_\_\_\_  
Firma Número de Registro de Abogado

Primer nombre \_\_\_\_\_ IM \_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Sufijo \_\_\_\_\_

Empresa \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Cód. Post. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

**D: Certificado de correo**

Por la presente certifico que envié por correo o entregué copias verdaderas y correctas de la SOLICITUD DE AUDIENCIA a todas las partes en las direcciones que se muestran a continuación: (El demandante debe proporcionar una copia al empleador y al asegurador, o su abogado).

Parte 1	Primer nombre _____ IM ____ Apellido _____ Sufijo _____
	Empresa _____
	Dirección _____
	Ciudad _____ Estado ____ Cód. Post. _____ Teléfono _____
	E-mail _____ El destinatario es: _____
Parte 2	Primer nombre _____ IM ____ Apellido _____ Sufijo _____
	Empresa _____
	Dirección _____
	Ciudad _____ Estado ____ Cód. Post. _____ Teléfono _____
	E-mail _____ El destinatario es: _____

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que entrega la solicitud

\_\_\_\_\_  
Fecha de entrega

Rev 3/17