



AmTrust North America  
An AmTrust Financial Company

Associated Industries Insurance Company  
Milwaukee Casualty Insurance Company  
Security National Insurance Company  
Wesco Insurance Company

AmTrust Insurance Company of Kansas  
Rochdale Insurance Company  
Technology Insurance Company  
Trinity Lloyds Insurance Company

*Provide 24/7 Toll-Free Claim Reporting*

**For ALL States**

Phone: (866) 272-9267

Fax: (775) 908-3724 or (877) 669-9140

Email: [Amtrustclaims@qrm-inc.com](mailto:Amtrustclaims@qrm-inc.com)

**For Florida Workers Comp Only**

Florida WC Only: (888) 225-2442

Fax: (561) 241-3257

Email: [FLclaims@amtrustgroup.com](mailto:FLclaims@amtrustgroup.com)

**Information Required for All Claims reported.**

1. Name of the insured and policy number
2. Date, Time & Place of Accident
3. Description of accident or incident
4. Name, phone and/or e-mail of person making the report

**Additional Information Required for Specific Claim Types**

A. For Workers' Compensation

1. **MUST have the injured employee's social security number as it is required by law**
2. Description of injury

B. For Property Claims

1. Physical address of the loss
2. If more than one building on property must have specific building(s) involved
3. Type of loss, i.e., Fire, Theft, etc.
4. Description of loss or damage

C. For Motor Vehicle (Auto) Claims

1. Name, address and contact information of **ALL** parties involved.
2. Make, model and VIN of the insured vehicle
3. Make, model of all other vehicles involved
4. Current location of all vehicles
5. Name and contact information **for each driver and all passengers**
6. Name and contact information any known witnesses

D. For General Liability Claims

1. Physical address of where the loss occurred
2. Name, address and contact information for all persons claiming injury or damage
3. Name and contact information any known witnesses



AmTrust North America  
An AmTrust Financial Company

Associated Industries Insurance Company  
Milwaukee Casualty Insurance Company  
Security National Insurance Company  
Wesco Insurance Company

AmTrust Insurance Company of Kansas  
Rochdale Insurance Company  
Technology Insurance Company  
Trinity Lloyds Insurance Company

*Atendemos 24/7 Llamada Gratis para Reportar Accidentes*

**Para Todos los Estados**

**Teléfono: (866) 272-9267**

**Fax: (775) 908-3724 or (877) 669-9140**

**Email: Amtrustclaims@qrm-inc.com**

**Para el Estado de Florida Solamente.**

**Solo Florida: (888) 225-2442**

**Fax: (561) 241-3257**

**Email: FLclaims@amtrustgroup.com**

**Información Necesaria para Reportar un Accidente.**

1. Nombre del Asegurado y numero de Poliza
2. Tiempo, fecha y lugar del accidente.
3. Descripción del accidente o la lesión.
4. Nombre, teléfono/ Email de la persona reportando el accidente.

**Informacion Adicional requerida para casos Especificos.**

- A. Para Accidentes de Trabajo.
  1. Es **NECESARIO** tener el numero de seguro social del empleado requerido por ley.
  2. Descripción específica del accidente.
- B. Para Daños en contra de la Propiedad.
  1. Dirección física donde ocurrió el daño.
  2. Si hay más de un edificio en la propiedad, especificar en cual (es) ocurrió el daño.
  3. Tipo de pérdida, Ejmp. Fuego, Robo, etc.
  4. Descripción de Pérdida o Daño en la Propiedad.
- C. Para vehículos Motorizados (Auto).
  1. Nombre, dirección y teléfono, de **TODOS** los envueltos en el accidente.
  2. Marca, modelo y número de VIN del vehículo asegurado.
  3. Marca y modelo de todos los vehículos envueltos en el accidente.
  4. Locación actual de los vehículos.
  5. Nombre, dirección y teléfono, **de cada conductor y pasajeros.**
  6. Nombre, dirección y teléfono, de todos los testigos presentes.
- D. Para Seguro de Todo Riesgo de Construcción.
  1. Dirección física donde ocurrió el daño.
  2. Nombre dirección y teléfono de toda persona afectada de algún daño.
  3. Nombre, dirección y teléfono, de todos los testigos presentes.



AmTrust North America  
An AmTrust Financial Company

## **IMPORTANT NOTICE**

If injured on the job please contact your supervisor immediately. If medications are required for this injury, contact Carlisle Medical Pharmacy at **1-800-553-1783.**

Prescriptions will be provided to you at **no cost.**

**Employer – please report this claim to AmTrust immediately**



On behalf of your employer, and your insurance company, Carlisle Medical has been selected to provide pharmacy benefits to you for all medications associated with your work-related injury. These medications can be obtained at no out-of-pocket expense to you from our network of over 64,000 participating pharmacies. **Please present this form to the pharmacy in order to receive your medication.** Below is a list of network pharmacies that are located in your area. For additional locations, you may contact us at 800-553-1783 or visit our website at [www.carlislemedical.com](http://www.carlislemedical.com) and enter your city or zip code in the Pharmacy Locator section.

Walmart  
Walgreen's

CVS  
Target

\*\*\* To avoid any unnecessary delays in filling your **first** prescription, please visit the pharmacy Monday through Friday as early in the day as possible.

**Injured Workers' Information:**

**Name:** \_\_\_\_\_

**Date of Injury:** \_\_\_\_\_

**Member ID / SSN:** \_\_\_\_\_

**D.O.B:** \_\_\_\_\_

**Pharmacy information:**

Plan is RESTAT, Bin # 600471

Group/Carrier Number = U354

Person Code = 000

Member id = injured workers' SSN (see above)

- For questions concerning authorization of medication or rejections, contact Carlisle Medical Inc. at 1-800-553-1783 Monday-Friday 7:30 a.m. to 6.00 p.m. CST
- For technical support regarding online transmissions contact RESTAT customer service at 1-800-248-1062



AmTrust North America is pleased to inform you that we have partnered with MedEx Healthcare, Inc. to be your authorized Medical Provider Network (MPN) for your California policy. Please direct your injured workers to a MedEx facility. Under separate cover, MedEx will be in touch with you to discuss formal implementation.

**What is MedEx?**

**MEDEX Healthcare, Inc.** provides effective Workers' Compensation cost containment services for California employers and claims administrators. Products and services include, but are not limited to:

- Health Care Organizations + Medical Provider Networks (HCO + MPN)
- Medical Provider Networks (MPN)
- Utilization Review (UR)
- Nurse Case Management (NCM)
- Medical Bill Review (MBR)

**MEDEX Healthcare, Inc.** offers Health Care Organization (HCO) programs which include a specialized network of quality medical providers. This network was created to provide medical treatment for injured workers; all participating providers were recommended by employer clients and professional claim administrators.

**MEDEX Healthcare, Inc.**

1201 Dove Street, Suite 300  
Newport Beach, CA 90804

Phone: 949.221.1700  
Toll Free: 877.775.7772  
Fax: 949.221.1701

*Please contact MedEx Healthcare, Inc. immediately to initiate the enrollment process for the Medical Provider Network (MPN). Do not delay as this is a benefit to your company.*

# RETURN-TO-WORK; A GREAT IDEA

We at the AmTrust Group, are convinced that an employer who provides light, or restricted work for injured employees, enjoys numerous benefits. This is not just an opinion, it's something we see day in and day out. Consider:

- Unless an injured worker returns to the workplace within 60 days, chances of him/her ever returning drop dramatically. (resulting in a very expensive permanent disability situation.)
- After 6 months away from the workplace, only 50% chance of return.
- After 12 months, only a 10% chance of return.

## **Some Return-to Work Benefits Include:**

- "Test" of malingering potential. Injured employees who refuse light duty are more prone to being malingerers.
- Opportunity for employer to demonstrate true concern for workers' well-being.
- Promotion of rehabilitation and recovery.
- Lower medical and rehabilitation costs.
- Productivity.
- Morale improvement for the injured worker.
- Ability for the employer to monitor the injured employee's recovery progress.
- Decrease of WC claims costs, with resultant downstream WC premium savings.

*(Notice we're not just talking about 'feel-good' issues, but also hard dollars !)*

## **Some common misconceptions (and truths) about Return-to-Work / Light Duty:**

**Misconception:** *We've already got too many "programs" around here, and don't need any more paper.*

**Truth:** While it is true a written, planned program works best, in many cases a Light Duty "program" can be nothing more than a management understanding of the benefits and principles of Return-to-Work, how it works, and the commitment to 'just do it', when light-duty recommendations are made by WC physicians.

**Misconception:** *It will get me into an Americans With Disabilities (ADA) "situation".*

**Truth:** Light-duty and ADA "reasonable accommodation" are two entirely separate issues. Generally, light duty is a temporary assignment, for a relatively short period. ADA accommodations are made for serious, permanent disabilities that impair major life activities.

**Misconception:** *I'll have to devise a whole new job each time an employee needs light duty.*

**Truth:** The vast majority of light-duty restrictions require accommodating only one or two factors, such as "no lifting over 10 pounds", or the like. In many cases, if you break the jobs down into individual **tasks**, you'll see that only one or two tasks within the employee's normal job are affected, and can be handled in some other way.

**Misconception:** *Once an employee gets into a "cushy" light-duty job, s/he'll never leave it, and I'll be stuck with it.*

**Truth:** Light duty is always defined by, and monitored by the attending physician. An employee on light duty is periodically monitored by the physician for improvement, and is released for full-duty as soon as medically indicated.

**Misconception:** *We're a union company. Our union won't allow us to pay lower rates, or move employees between classifications, or between bargaining groups.*

**Truth:** Any Local that objects to a Return-to-Work program should be referred to its national body for guidance. Return to Work is universally recognized as a very positive influence on an injured worker (as well as benefiting the employer). Labor unions, whose major purpose for existence is the benefit of the workers they represent, should not only "tolerate" Return-to-Work programs, but enthusiastically promote, and assist in such programs' implementation and operation. It is strongly suggested that management approach labor representatives to solicit their input, and assistance in making Return to Work a positive force in your workplace.

**Misconception:** *I might be willing to place a worker in a light-duty position, but I can't afford pay them their full pay, for the decreased productivity.*

**Truth:** Talk to your WC insurer's claims professional. In many cases, states' WC plans provide for "make-up" pay to replace some, or all of the injured employees' decreased earnings. The goal of getting them back to the workplace, and doing some productive work is that important!

# Workers' Compensation Claim Form (DWC 1) & Notice of Potential Eligibility

## Formulario de Reclamo de Compensación de Trabajadores (DWC 1) y Notificación de Posible Elegibilidad



If you are injured or become ill, either physically or mentally, because of your job, including injuries resulting from a workplace crime, you may be entitled to workers' compensation benefits. Attached is the form for filing a workers' compensation claim with your employer. **You should read all of the information below.** Keep this sheet and all other papers for your records. You may be eligible for some or all of the benefits listed depending on the nature of your claim. If required you will be notified by the claims administrator, who is responsible for handling your claim, about your eligibility for benefits.

To file a claim, complete the "Employee" section of the form, keep one copy and give the rest to your employer. Your employer will then complete the "Employer" section, give you a dated copy, keep one copy and send one to the claims administrator. Benefits can't start until the claims administrator knows of the injury, so complete the form as soon as possible.

**Medical Care:** Your claims administrator will pay all reasonable and necessary medical care for your work injury or illness. Medical benefits may include treatment by a doctor, hospital services, physical therapy, lab tests, x-rays, and medicines. Your claims administrator will pay the costs directly so you should never see a bill. There is a limit on some medical services.

**The Primary Treating Physician (PTP)** is the doctor with the overall responsibility for treatment of your injury or illness. Generally your employer selects the PTP you will see for the first 30 days, however, in specified conditions, you may be treated by your predesignated doctor or medical group. If a doctor says you still need treatment after 30 days, you may be able to switch to the doctor of your choice. Different rules apply if your employer is using a Health Care Organization (HCO) or a Medical Provider Network (MPN). A MPN is a selected network of health care providers to provide treatment to workers injured on the job. You should receive information from your employer if you are covered by an HCO or a MPN. Contact your employer for more information. If your employer has not put up a poster describing your rights to workers' compensation, you may choose your own doctor immediately.

Within one working day after you file a claim form, your employer shall authorize the provision of all treatment, consistent with the applicable treating guidelines, for the alleged injury and shall continue to be liable for up to \$10,000 in treatment until the claim is accepted or rejected.

**Disclosure of Medical Records:** After you make a claim for workers' compensation benefits, your medical records will not have the same level of privacy that you usually expect. If you don't agree to voluntarily release medical records, a workers' compensation judge may decide what records will be released. If you request privacy, the judge may "seal" (keep private) certain medical records.

**Payment for Temporary Disability (Lost Wages):** If you can't work while you are recovering from a job injury or illness, for most injuries you will receive temporary disability payments for a limited period of time. These payments may change or stop when your doctor says you are able to return to work. These benefits are tax-free. Temporary disability payments are two-thirds of your average weekly pay, within minimums and maximums set by state law. Payments are not made for the first three days you are off the job unless you are hospitalized overnight or cannot work for more than 14 days.

**Return to Work:** To help you to return to work as soon as possible, you should actively communicate with your treating doctor, claims administrator, and employer about the kinds of work you can do while recovering. They may coordinate efforts to return you to modified duty or other work that is medically appropriate. This modified or other duty may

Si Ud. se lesiona o se enferma, ya sea físicamente o mentalmente, debido a su trabajo, incluyendo lesiones que resulten de un crimen en el lugar de trabajo, es posible que Ud. tenga derecho a beneficios de compensación de trabajadores. Se adjunta el formulario para presentar un reclamo de compensación de trabajadores con su empleador. **Ud. debe leer toda la información a continuación.** Guarde esta hoja y todos los demás documentos para sus archivos. Es posible que usted reúna los requisitos para todos los beneficios, o parte de éstos, que se enumeran, dependiendo de la índole de su reclamo. Si se requiere, el administrador de reclamos, quien es responsable por el manejo de su reclamo, le notificará sobre su elegibilidad para beneficios.

Para presentar un reclamo, llene la sección del formulario designada para el "Empleado," guarde una copia, y déle el resto a su empleador. Entonces, su empleador completará la sección designada para el "Empleador," le dará a Ud. una copia fechada, guardará una copia, y enviará una al administrador de reclamos. Los beneficios no pueden comenzar hasta, que el administrador de reclamos se entere de la lesión, así que complete el formulario lo antes posible.

**Atención Médica:** Su administrador de reclamos pagará toda la atención médica razonable y necesaria, para su lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. Es posible que los beneficios médicos incluyan el tratamiento por parte de un médico, los servicios de hospital, la terapia física, los análisis de laboratorio y las medicinas. Su administrador de reclamos pagará directamente los costos, de manera que usted nunca verá un cobro. Hay un límite para ciertos servicios médicos.

**El Médico Primario que le Atiende-Primary Treating Physician PTP** es el médico con la responsabilidad total para tratar su lesión o enfermedad. Generalmente, su empleador selecciona al PTP que Ud. verá durante los primeros 30 días. Sin embargo, en condiciones específicas, es posible que usted pueda ser tratado por su médico o grupo médico previamente designado. Si el doctor dice que usted aún necesita tratamiento después de 30 días, es posible que Ud. pueda cambiar al médico de su preferencia. Hay reglas diferentes que se aplican cuando su empleador usa una Organización de Cuidado Médico (HCO) o una Red de Proveedores Médicos (MPN). Una MPN es una red de proveedores de asistencia médica seleccionados para dar tratamiento a los trabajadores lesionados en el trabajo. Usted debe recibir información de su empleador si su tratamiento es cubierto por una HCO o una MPN. Hable con su empleador para más información. Si su empleador no ha colocado un cartel describiendo sus derechos para la compensación de trabajadores, Ud. puede seleccionar a su propio médico inmediatamente.

Dentro de un día después de que Ud. presente un formulario de reclamo, su empleador autorizará todo tratamiento médico de acuerdo con las pautas de tratamiento aplicables a la presunta lesión y será responsable por \$10,000 en tratamiento hasta que el reclamo sea aceptado o rechazado.

**Divulgación de Expedientes Médicos:** Después de que Ud. presente un reclamo para beneficios de compensación de trabajadores, sus expedientes médicos no tendrán el mismo nivel de privacidad que usted normalmente espera. Si Ud. no está de acuerdo en divulgar voluntariamente los expedientes médicos, un juez de compensación de trabajadores posiblemente decida qué expedientes se revelarán. Si Ud. solicita privacidad, es posible que el juez "selle" (mantenga privados) ciertos expedientes médicos.

**Pago por Incapacidad Temporal (Sueldos Perdidos):** Si Ud. no puede trabajar, mientras se está recuperando de una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, Ud. recibirá pagos por incapacidad temporal para la mayoría de las lesiones por un periodo limitado. Es posible que estos pagos cambien o paren, cuando su médico diga que Ud. está en condiciones de regresar a trabajar. Estos beneficios son libres de impuestos. Los pagos

# Workers' Compensation Claim Form (DWC 1) & Notice of Potential Eligibility

## Formulario de Reclamo de Compensación de Trabajadores (DWC 1) y Notificación de Posible Elegibilidad



be temporary or may be extended depending on the nature of your injury or illness.

**Payment for Permanent Disability:** If a doctor says your injury or illness results in a permanent disability, you may receive additional payments. The amount will depend on the type of injury, your age, occupation, and date of injury.

**Supplemental Job Displacement Benefit (SJDB):** If you were injured after 1/1/04 and you have a permanent disability that prevents you from returning to work within 60 days after your temporary disability ends, and your employer does not offer modified or alternative work, you may qualify for a nontransferable voucher payable to a school for retraining and/or skill enhancement. If you qualify, the claims administrator will pay the costs up to the maximum set by state law based on your percentage of permanent disability.

**Death Benefits:** If the injury or illness causes death, payments may be made to relatives or household members who were financially dependent on the deceased worker.

**It is illegal for your employer** to punish or fire you for having a job injury or illness, for filing a claim, or testifying in another person's workers' compensation case (Labor Code 132a). If proven, you may receive lost wages, job reinstatement, increased benefits, and costs and expenses up to limits set by the state.

You have the right to disagree with decisions affecting your claim. If you have a disagreement, contact your claims administrator first to see if you can resolve it. If you are not receiving benefits, you may be able to get State Disability Insurance (SDI) benefits. Call State Employment Development Department at (800) 480-3287.

You can obtain free information from an information and assistance officer of the State Division of Workers' Compensation (DWC), or you can hear recorded information and a list of local offices by calling (800) 736-7401. You may also go to the DWC website at [www.dwc.ca.gov](http://www.dwc.ca.gov).

**You can consult with an attorney.** Most attorneys offer one free consultation. If you decide to hire an attorney, his or her fee will be taken out of some of your benefits. For names of workers' compensation attorneys, call the State Bar of California at (415) 538-2120 or go to their web site at [www.californiaspecialist.org](http://www.californiaspecialist.org).

por incapacidad temporal son dos tercios de su pago semanal promedio, con cantidades mínimas y máximas establecidas por las leyes estatales. Los pagos no se hacen durante los primeros tres días en que Ud. no trabaje, a menos que Ud. sea hospitalizado una noche o no pueda trabajar durante más de 14 días.

**Regreso al Trabajo:** Para ayudarle a regresar a trabajar lo antes posible, Ud. debe comunicarse de manera activa con el médico que le atiende, el administrador de reclamos y el empleador, con respecto a las clases de trabajo que Ud. puede hacer mientras se recupera. Es posible que ellos coordinen esfuerzos para regresarle a un trabajo modificado, o a otro trabajo, que sea apropiado desde el punto de vista médico. Este trabajo modificado u otro trabajo podría ser temporal o podría extenderse dependiendo de la índole de su lesión o enfermedad.

**Pago por Incapacidad Permanente:** Si el doctor dice que su lesión o enfermedad resulta en una incapacidad permanente, es posible que Ud. reciba pagos adicionales. La cantidad dependerá de la clase de lesión, su edad, su ocupación y la fecha de la lesión.

**Beneficio Suplementario por Desplazamiento de Trabajo:** Si Ud. se lesionó después del 1/1/04 y tiene una incapacidad permanente que le impide regresar al trabajo dentro de 60 días después de que los pagos por incapacidad temporal terminen, y su empleador no ofrece un trabajo modificado o alternativo, es posible que usted reúna los requisitos para recibir un vale no-transferible pagadero a una escuela para recibir un nuevo entrenamiento y/o mejorar su habilidad. Si Ud. reúne los requisitos, el administrador de reclamos pagará los gastos hasta un máximo establecido por las leyes estatales basado en su porcentaje de incapacidad permanente.

**Beneficios por Muerte:** Si la lesión o enfermedad causa la muerte, es posible que los pagos se hagan a los parientes o a las personas que viven en el hogar y que dependían económicamente del trabajador difunto.

**Es ilegal que su empleador** le castigue o despidan, por sufrir una lesión o enfermedad en el trabajo, por presentar un reclamo o por testificar en el caso de compensación de trabajadores de otra persona. (El Código Laboral sección 132a.) De ser probado, usted puede recibir pagos por pérdida de sueldos, reposición del trabajo, aumento de beneficios y gastos hasta los límites establecidos por el estado.

Ud. tiene derecho a no estar de acuerdo con las decisiones que afecten su reclamo. Si Ud. tiene un desacuerdo, primero comuníquese con su administrador de reclamos para ver si usted puede resolverlo. Si usted no está recibiendo beneficios, es posible que Ud. pueda obtener beneficios del Seguro Estatal de Incapacidad (SDI). Llame al Departamento Estatal del Desarrollo del Empleo (EDD) al (800) 480-3287.

Ud. puede obtener información gratis, de un oficial de información y asistencia, de la División Estatal de Compensación de Trabajadores (*Division of Workers' Compensation - DWC*) o puede escuchar información grabada, así como una lista de oficinas locales llamando al (800) 736-7401. Ud. también puede consultar con la página Web de la DWC en [www.dwc.ca.gov](http://www.dwc.ca.gov).

**Ud. puede consultar con un abogado.** La mayoría de los abogados ofrecen una consulta gratis. Si Ud. decide contratar a un abogado, los honorarios serán tomados de algunos de sus beneficios. Para obtener nombres de abogados de compensación de trabajadores, llame a la Asociación Estatal de Abogados de California (*State Bar*) al (415) 538-2120, ó consulte con la página Web en [www.californiaspecialist.org](http://www.californiaspecialist.org).





**WORKERS' COMPENSATION CLAIM FORM (DWC 1)**

**PETITION DEL EMPLEADO PARA DE COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR (DWC 1)**

**Employee:** Complete the "Employee" section and give the form to your employer. Keep a copy and mark it "Employee's Temporary Receipt" until you receive the signed and dated copy from your employer. You may call the Division of Workers' Compensation and hear recorded information at (800) 736-7401. An explanation of workers' compensation benefits is included as the cover sheet of this form.

You should also have received a pamphlet from your employer describing workers' compensation benefits and the procedures to obtain them.

**Any person who makes or causes to be made any knowingly false or fraudulent material statement or material representation for the purpose of obtaining or denying workers' compensation benefits or payments is guilty of a felony.**

**Empleado:** Complete la sección "Empleado" y entregue la forma a su empleador. Quédese con la copia designada "Recibo Temporal del Empleado" hasta que Ud. reciba la copia firmada y fechada de su empleador. Ud. puede llamar a la División de Compensación al Trabajador al (800) 736-7401 para oír información gravada. En la hoja cubierta de esta forma esta la explicación de los beneficios de compensación al trabajador.

Ud. también debería haber recibido de su empleador un folleto describiendo los beneficios de compensación al trabajador lesionado y los procedimientos para obtenerlos.

**Toda aquella persona que a propósito haga o cause que se produzca cualquier declaración o representación material falsa o fraudulenta con el fin de obtener o negar beneficios o pagos de compensación a trabajadores lesionados es culpable de un crimen mayor "felonia".**

**Employee—complete this section and see note above      Empleado—complete esta sección y note la notación arriba.**

1. Name. *Nombre.* \_\_\_\_\_ Today's Date. *Fecha de Hoy.* \_\_\_\_\_
2. Home Address. *Dirección Residencial.* \_\_\_\_\_
3. City. *Ciudad.* \_\_\_\_\_ State. *Estado.* \_\_\_\_\_ Zip. *Código Postal.* \_\_\_\_\_
4. Date of Injury. *Fecha de la lesión (accidente).* \_\_\_\_\_ Time of Injury. *Hora en que ocurrió.* \_\_\_\_\_ a.m. \_\_\_\_\_ p.m.
5. Address and description of where injury happened. *Dirección/lugar dónde ocurrió el accidente.* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Describe injury and part of body affected. *Describe la lesión y parte del cuerpo afectada.* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Social Security Number. *Número de Seguro Social del Empleado.* \_\_\_\_\_
8. Signature of employee. *Firma del empleado.* \_\_\_\_\_

**Employer—complete this section and see note below.      Empleador—complete esta sección y note la notación abajo.**

9. Name of employer. *Nombre del empleador.* \_\_\_\_\_
10. Address. *Dirección.* \_\_\_\_\_
11. Date employer first knew of injury. *Fecha en que el empleador supo por primera vez de la lesión o accidente.* \_\_\_\_\_
12. Date claim form was provided to employee. *Fecha en que se le entregó al empleado la petición.* \_\_\_\_\_
13. Date employer received claim form. *Fecha en que el empleado devolvió la petición al empleador.* \_\_\_\_\_
14. Name and address of insurance carrier or adjusting agency. *Nombre y dirección de la compañía de seguros o agencia administradora de seguros.* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
15. Insurance Policy Number. *El número de la póliza de Seguro.* \_\_\_\_\_
16. Signature of employer representative. *Firma del representante del empleador.* \_\_\_\_\_
17. Title. *Título.* \_\_\_\_\_ 18. Telephone. *Teléfono.* \_\_\_\_\_

**Employer:** You are required to date this form and provide copies to your insurer or claims administrator and to the employee, dependent or representative who filed the claim within **one working day** of receipt of the form from the employee.

SIGNING THIS FORM IS NOT AN ADMISSION OF LIABILITY

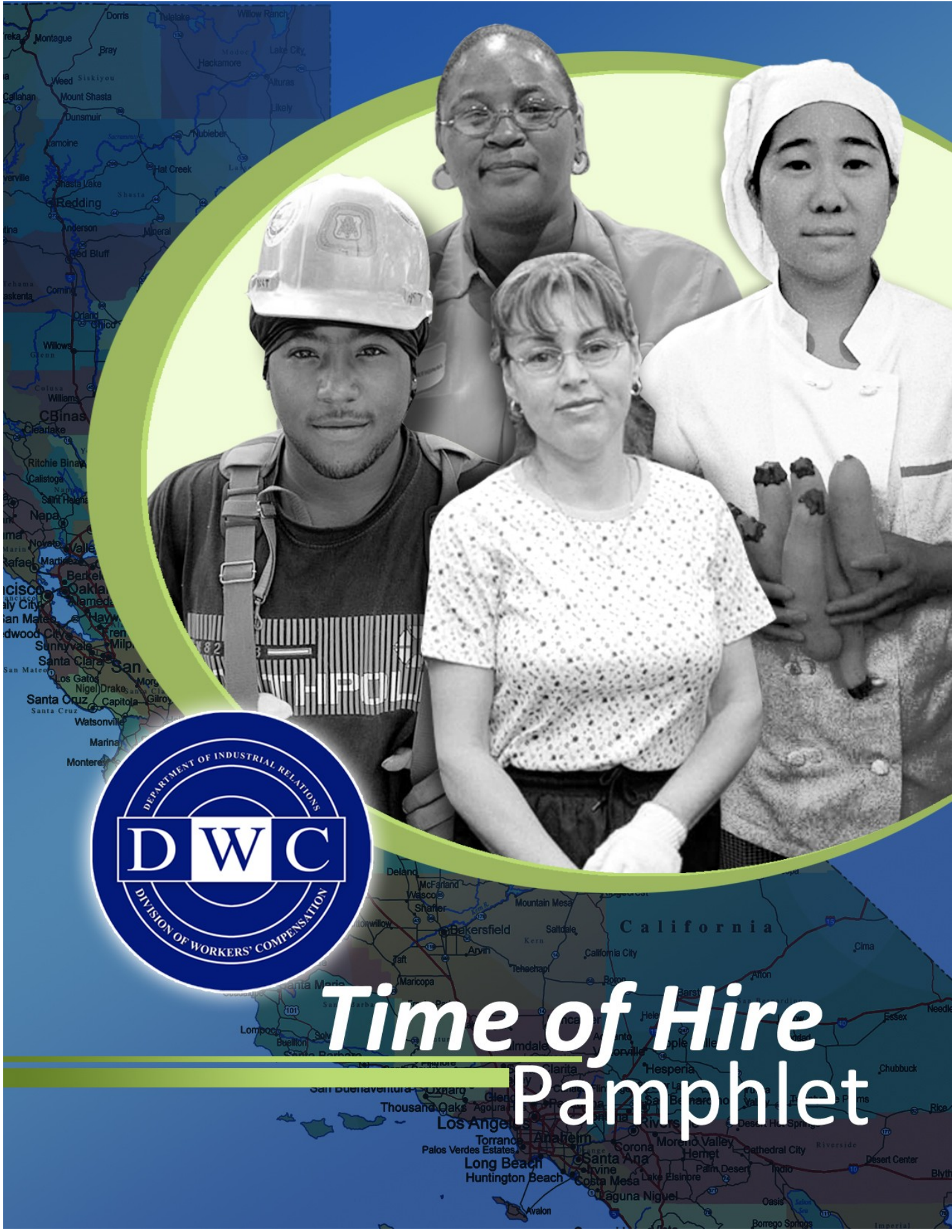
Employer copy/Copia del Empleador       Employee copy/ Copia del Empleado

**Empleador:** Se requiere que Ud. feche esta forma y que provéa copias a su compañía de seguros, administrador de reclamos, o dependiente/representante de reclamos y al empleado que hayan presentado esta petición dentro del plazo de **un día hábil** desde el momento de haber sido recibida la forma del empleado.

EL FIRMAR ESTA FORMA NO SIGNIFICA ADMISION DE RESPONSABILIDAD

Claims Administrator/Administrador de Reclamos       Temporary Receipt/Recibo del Empleado

State of California <b>EMPLOYER'S REPORT OF OCCUPATIONAL INJURY OR ILLNESS</b>		Please complete in triplicate (type if possible) Mail two copies to:		OSHA CASE NO.			
					FATALITY <input type="checkbox"/>		
Any person who makes or causes to be made any knowingly false or fraudulent material statement or material representation for the purpose of obtaining or denying workers compensation benefits or payments is guilty of a felony.		California law requires employers to report within <b>five days</b> of knowledge every occupational injury or illness which results in lost time beyond the date of the incident <b>OR</b> requires medical treatment beyond first aid. If an employee subsequently dies as a result of a previously reported injury or illness, the employer must file within <b>five days</b> of knowledge an amended report indicating death. In addition, every serious injury, illness, or death must be <b>reported immediately</b> by telephone or telegraph to the nearest office of the California Division of Occupational Safety and Health.					
EMPLOYER	1. FIRM NAME			1a. Policy Number		Please do not use this column	
	2. MAILING ADDRESS: (Number, Street, City, Zip)			2a. Phone Number			CASE NUMBER
	3. LOCATION if different from Mailing Address (Number, Street, City and Zip)			3a. Location Code			OWNERSHIP
	4. NATURE OF BUSINESS; e.g.. Painting contractor, wholesale grocer, sawmill, hotel, etc.			5. State unemployment insurance acct.no			
	6. TYPE OF EMPLOYER: Private                  State                  County                  City                  School District <input type="checkbox"/> Other Gov't, Specify: _____					INDUSTRY	
	7. DATE OF INJURY / ONSET OF ILLNESS (mm/dd/yy)		8. TIME INJURY/ILLNESS OCCURRED _____ AM _____ PM		9. TIME EMPLOYEE BEGAN WORK _____ AM _____ PM		10. IF EMPLOYEE DIED, DATE OF DEATH (mm/dd/yy)
11. UNABLE TO WORK FOR AT LEAST ONE FULL DAY AFTER DATE OF INJURY? Yes                  No		12. DATE LAST WORKED (mm/dd/yy)		13. DATE RETURNED TO WORK (mm/dd/yy)		14. IF STILL OFF WORK, CHECK THIS BOX:	
15. PAID FULL DAYS WAGES FOR DATE OF INJURY OR LAST DAY WORKED? Yes                  No		16. SALARY BEING CONTINUED? Yes                  No		17. DATE OF EMPLOYER'S KNOWLEDGE /NOTICE OF INJURY/ILLNESS (mm/dd/yy)		18. DATE EMPLOYEE WAS PROVIDED CLAIM FORM FORM (mm/dd/yy)	
19. SPECIFIC INJURY/ILLNESS AND PART OF BODY AFFECTED, MEDICAL DIAGNOSIS if available, e.g.. Second degree burns on right arm, tendonitis on left elbow, lead poisoning						AGE	
20. LOCATION WHERE EVENT OR EXPOSURE OCCURRED (Number, Street, City, Zip)			20a. COUNTY		21. ON EMPLOYER'S PREMISES? Yes                  No		
22. DEPARTMENT WHERE EVENT OR EXPOSURE OCCURRED, e.g.. Shipping department, machine shop.				23. Other Workers injured or ill in this event? Yes                  No			
24. EQUIPMENT, MATERIALS AND CHEMICALS THE EMPLOYEE WAS USING WHEN EVENT OR EXPOSURE OCCURRED, e.g.. Acetylene, welding torch, farm tractor, scaffold						DAILY HOURS	
25. SPECIFIC ACTIVITY THE EMPLOYEE WAS PERFORMING WHEN EVENT OR EXPOSURE OCCURRED, e.g.. Welding seams of metal forms, loading boxes onto truck.						DAYS PER WEEK	
26. HOW INJURY/ILLNESS OCCURRED. DESCRIBE SEQUENCE OF EVENTS. SPECIFY OBJECT OR EXPOSURE WHICH DIRECTLY PRODUCED THE INJURY/ILLNESS, e.g.. Worker stepped back to inspect work and slipped on scrap material. As he fell, he brushed against fresh weld, and burned right hand. USE SEPARATE SHEET IF NECESSARY						WEEKLY HOURS	
						WEEKLY WAGE	
						COUNTY	
						NATURE OF INJURY	
						PART OF BODY	
ATTENTION This form contains information relating to employee health and must be used in a manner that protects the confidentiality of employees to the extent possible while the information is being used for occupational safety and health purposes. See CCR Title 8 14300.29 (b)(6)-(10) & 14300.35(b)(2)(E)2. Note: Shaded boxes indicate confidential employee information as listed in CCR Title 8 14300.35(b)(2)(E)2*.						SOURCE	
						EVENT	
						SECONDARY SOURCE	
35. OCCUPATION (Regular job title, NO initials, abbreviations or numbers)							
37. EMPLOYEE USUALLY WORKS _____ hours per day, _____ days per week, _____ total weekly hours			37a. EMPLOYMENT STATUS regular, full-time                  part-time temporary                  seasonal		37b. UNDER WHAT CLASS CODE OF YOUR POLICY WHERE WAGES ASSIGNED		
38. GROSS WAGES/SALARY \$ _____ per _____						EXTENT OF INJURY	
39. OTHER PAYMENTS NOT REPORTED AS WAGES/SALARY (e.g. tips, meals, overtime, bonuses, etc.)? Yes                  No							
Completed By (type or print)			Signature & Title			Date (mm/dd/yy)	
* Confidential information may be disclosed only to the employee, former employee, or their personal representative (CCR Title 8 14300.35), to others for the purpose of processing a workers' compensation or other insurance claim; and under certain circumstances to a public health or law enforcement agency or to a consultant hired by the employer (CCR Title 8 14300.30). CCR Title 8 14300.40 requires provision upon request to certain state and federal workplace safety agencies.							



# *Time of Hire* Pamphlet

This pamphlet may be given to all newly hired employees in the State of California. Employers and claims administrators may use the content of this document and put their logos and additional information on it.

## What is *workers' compensation?*

If you get hurt on the job, your employer is required by law to pay for workers' compensation benefits. You could get hurt by:

One event at work. Examples: hurting your back in a fall, getting burned by a chemical that splashes on your skin, getting hurt in a car accident while making deliveries.

—or—

Repeated exposures at work. Examples: hurting your wrist from doing the same motion over and over, losing your hearing because of constant loud noise.

—or—

Workplace crime. Examples: you get hurt in a store robbery, physically attacked by an unhappy customer.



**TEMPORARY DISABILITY BENEFITS:** Payments if you lose wages because your injury prevents you from doing your usual job while recovering. The amount you may get is up to two-thirds of your wages. There are minimum and maximum payment limits set by state law. You will be paid every two weeks if you are eligible. For most injuries, payments may not exceed 104 weeks within five years from your date of injury. Temporary disability (TD) stops when you return to work, or when the doctor releases you for work, or says your injury has improved as much as it's going to. You may file a claim with the Employment Development Department to get additional state disability benefits when TD benefits are delayed, denied or have ended.

## What are *the benefits?*

**MEDICAL CARE:** Paid for by your employer to help you recover from an injury or illness caused by work. Doctor visits, hospital services, physical therapy, lab tests and x-rays are some of the medical services that may be provided. These services should be necessary to treat your injury. There are limits on some services such as physical therapy and chiropractic care.

### DISCRIMINATION IS ILLEGAL



It is illegal under Labor Code section 132a for your employer to punish or fire you because:

- You file a workers' compensation claim
- Intend to file a workers' compensation claim
- Settle a workers' compensation claim
- Testify or intend to testify for another injured worker.

If it is found that your employer discriminated against you, he or she may be ordered to return you to your job. Your employer may also be made to pay for lost wages, increased workers' compensation benefits, costs and expenses set by state law.

**PERMANENT DISABILITY BENEFITS:** Payments if you don't recover completely. The amount of payment is based on:

- Your doctor's medical reports
- Your age
- Your occupation
- How much you can earn in the future.

You will be paid every two weeks if you are eligible. There are minimum and maximum weekly payment rates.

**SUPPLEMENTAL JOB DISPLACEMENT BENEFITS:**

Vouchers to help pay for retraining or skill enhancement if you don't recover completely and don't return to work for your employer. The vouchers range from \$4,000 to \$10,000 depending on your level of permanent disability. This voucher is for you to use at a state approved school if:

- You have a permanent disability
- Your employer does not offer modified or alternative work and
- You don't return to your employer within 60 days after your TD ends.

**DEATH BENEFITS:** Payments to your spouse, children or other dependents if you die from a job injury or illness. The amount of payment is based on the number of dependents. The benefit is paid every two weeks at a rate of at least \$224 per week. In addition, workers' compensation provides a burial allowance.

## What should I do if I have an injury?

**REPORT YOUR INJURY TO YOUR EMPLOYER**

Tell your supervisor right away no matter how slight the injury may be. Don't delay — there are time limits. You could lose your right to benefits if your employer does not learn of your injury within 30 days. If your injury or illness is one that develops over time, report it as soon as you learn it was caused by your job.

**WHO IS MY CLAIMS ADMINISTRATOR?**

Workers' compensation claims administrator, or if employer is self-insured, person responsible for handling the claim is:

\_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_

**GET EMERGENCY TREATMENT IF NEEDED**

If it's a medical emergency, go to an emergency room right away. Tell the medical provider who treats you that your injury is job related. Your employer may tell you where to go for follow up treatment.

### WORKERS' COMPENSATION FRAUD IS A CRIME



Any person who makes or causes to be made any knowingly false statement in order to obtain or deny workers' compensation benefits or payments is guilty of a felony. If convicted, the person will have to pay fines up to \$150,000 and/or serve up to five years in jail.

**EMERGENCY TELEPHONE NUMBER:**

Call 911 for an ambulance, fire department or police. For non-emergency medical care, contact your employer, the workers' compensation claims administrator or go to this facility:

\_\_\_\_\_

## **FILL OUT DWC 1 CLAIM FORM AND GIVE IT TO YOUR EMPLOYER**

Your employer must give you a [DWC 1 claim form](#) within one working day after learning about your injury or illness. Complete the employee portion, sign and give it back to your employer. Your employer will then file your claim with the claims administrator. Your employer must authorize treatment within one working day of receiving the DWC 1 claim form.

If the injury is from repeated exposures, you have one year from when you realized your injury was job related to file a claim.

In either case you may receive up to \$10,000 in employer-paid medical care until your claim is either accepted or denied. The claims administrator has up to 90 days to decide whether to accept or deny your claim. Otherwise your case is presumed payable.

Your employer or the claims administrator will send you “benefit notices” that will advise you of the status of your claim.



## **What is a medical provider network (MPN)?**

An MPN is a select group of health care providers who treat injured workers. Each MPN includes a mix of doctors specializing in work-related injuries and doctors with expertise in general areas of medicine. Check with your employer to see if they are using an MPN.

If you have not named a doctor before you get hurt and your employer is using an MPN, you will see an MPN doctor. After your first visit, you are free to choose another doctor from the MPN list. A complete MPN notice must be posted in a work area used by employees and near the “Notice to Employees” poster. For more information, see the MPN contact on the “Notice to Employees” poster.

## **What is predesignation?**

Predesignation is when you name your regular doctor to treat you if you get hurt on the job. The doctor must be a medical doctor (M.D.), doctor of osteopathic medicine (D.O.) or a medical group with an M.D. or D.O. You must name your doctor in writing *before* you get hurt or become ill.

You may predesignate a doctor if your employer offers group health coverage and the doctor must have:

- Treated you
- Maintained your medical history and records before your injury and
- Agreed to treat you for a work-related injury or illness before you get hurt or become ill.

You may use the “predesignation of personal physician” form included with this pamphlet. After you fill in the form, be sure to give it to your employer.

## **What is a primary treating physician (PTP)?**

This is the doctor with overall responsibility for treating your injury or illness. He or she may be:

- The doctor you name in writing *before* you get hurt on the job
- A doctor from the medical provider network (MPN)
- The doctor chosen by your employer during the first 30 days of injury if your employer does not have an MPN or
- The doctor you chose after the first 30 days if your employer does not have an MPN.

If your employer does not have an approved MPN, you may name your chiropractor or acupuncturist to treat you for work related injuries. The notice of personal chiropractor or acupuncturist must be in writing *before* you get hurt. You may use the form included in this pamphlet. After you fill in the form, be sure to give it to your employer.

## What if there is a *problem with my benefits?*

If you have a concern, speak up. Talk to your employer or the claims administrator handling your claim and try to solve the problem. If this doesn't work, get help by trying the following:

### **CONTACT THE DIVISION OF WORKERS' COMPENSATION (DWC) INFORMATION AND ASSISTANCE (I&A) UNIT**

All 24 DWC offices throughout the state provide information and assistance on rights, benefits and obligations under California's workers' compensation laws. I&A officers help resolve disputes without formal proceedings. Their goal is to get you full and timely benefits. Their services are free.

To contact the nearest I&A Unit, go to [www.dwc.ca.gov](http://www.dwc.ca.gov) in the top bar, click on "I&A." At this site you will find fact sheets, guides and information to help you.

#### **THE NEAREST I&A UNIT IS LOCATED AT:**

Address: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_

### **CONSULT WITH AN ATTORNEY**

Most attorneys offer one free consultation. If you decide to hire an attorney, his or her fees may be taken out of some of your benefits. For names of workers' compensation attorneys, call the State Bar of California at (415) 538-2120 or go to their Web site at [www.californiaspecialist.org](http://www.californiaspecialist.org). You may get a list of attorneys from your local I&A Unit or look in the yellow pages.

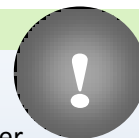


#### **WARNING**



Your employer may not pay workers' compensation benefits if you get hurt in a voluntary off-duty recreational, social or athletic activity that is not part of your work-related duties.

#### **ADDITIONAL RIGHTS**



You may also have other rights under the Americans with Disabilities Act (ADA) or the Fair Employment and Housing Act (FEHA). For additional information, contact FEHA at (800) 884-1684 or the Equal Employment Opportunity Commission (EEOC) at (800) 669-4000.

The information contained in this pamphlet conforms to the informational requirements found in Labor Code sections 3551 and 3553 and California Code of Regulation, Title 8, sections 9880 and 9883. This document is approved by the Division of Workers' Compensation administrative director.



# Un Folleto para el Nuevo Empleado



Este folleto puede ser dado a todos los empleados recién contratados en el estado de California. Los empleadores y administradores de reclamos pueden utilizar el contenido de este documento y poner sus logos e información adicional en ello.

## ¿Qué es la compensación de trabajadores?

Si usted se lesiona en el trabajo, su empleador está obligado por ley a pagarle los beneficios de compensación de trabajadores. Usted podría lesionarse por:

Un incidente en el trabajo.

Ejemplos: lastimarse la espalda al caerse, quemarse con un producto químico que le salpica la piel, lesionarse en un accidente automovilístico mientras hace entregas.

—o—

Exposiciones repetidas en el trabajo. Ejemplos: lastimarse la muñeca por hacer movimientos repetitivos, perder la audición debido a la presencia de ruidos fuertes y constantes.

—o—

Crimen en el lugar de trabajo. Ejemplos: se lesiona en un robo de una tienda, físicamente atacado por un cliente insatisfecho.

## ¿Cuáles son los beneficios?

**ATENCIÓN MÉDICA:** Pagados por su empleador para ayudarle a recuperarse de una lesión o enfermedad causada por el trabajo. Visitas al médico, servicios de hospital, terapia física, exámenes de laboratorio y rayos x son algunos servicios médicos que pueden ser proporcionados. Estos servicios deben ser necesarios para tratar su lesión. Hay límites en algunos servicios como terapia física y cuidado quiropráctico.

### **BENEFICIOS POR INCAPACIDAD TEMPORAL:**

Pagos que usted recibe por el sueldo perdido si su lesión le impide hacer su trabajo usual mientras se recupera. La cantidad que puede recibir es hasta dos tercios de su sueldo. Hay límites de pagos mínimos y máximos establecidos por la ley estatal. Será pagado cada dos semanas si es elegible. Para la mayoría de las lesiones, los pagos no pueden exceder más de 104 semanas dentro de cinco años después de su lesión. La incapacidad temporal (temporary disability-TD) termina cuando usted regresa a trabajar o cuando su médico le permite regresar a trabajar o indica que su lesión ha alcanzado el máximo mejoramiento médico. Usted puede presentar un reclamo con el Departamento del Desarrollo de Empleo (Employment Development Department-EDD) para obtener beneficios de incapacidad estatal cuando los beneficios de TD son demorados, negados o han terminado.



### **LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL**



Es ilegal bajo el Código Laboral sección 132a que su empleador lo castigue o despida porque:

- Usted ha presentado un reclamo de compensación de trabajadores
- Tiene la intención de presentar un reclamo de compensación de trabajadores
- Finaliza un reclamo de compensación de trabajadores
- Testifica o tiene la intención de testificar para otro trabajador lesionado.

Si se determina que su empleador discriminó contra usted, él o ella pueden ser ordenados a regresarlo a su trabajo. Su empleador también puede ser obligado a pagar por sueldos perdidos, aumentos en beneficios de compensación de trabajadores además de costos y gastos establecidos por la ley estatal.

## **BENEFICIOS POR INCAPACIDAD PERMANENTE:**

Pagos si no se recupera completamente. La cantidad de pago total está basada en:

- El informe médico de su doctor
- Su edad
- Su ocupación
- Cuánto puede ganar en el futuro.

Será pagado cada dos semanas si es elegible. Hay tasas de pago semanales mínimas y máximas.

## **BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS POR LA PÉRDIDA**

**DE TRABAJO:** Vales que ayudan a pagar por reentrenamiento/capacitación o desarrollo de habilidades si es que no se recupera completamente y no regresa a trabajar para su empleador. Los vales varían entre \$4,000 y \$10,000 dependiendo en su nivel de incapacidad permanente. Este vale es para que lo use en una escuela aprobada por el estado si:

- Usted tiene una incapacidad permanente
- Su empleador no le ofrece trabajo modificado o alternativo y
- No regresa con su empleador dentro de 60 días después de que termina su *TD*.

**BENEFICIOS POR MUERTE:** Pagos a su cónyuge, hijos u otros dependientes si usted muere debido a una lesión o enfermedad de trabajo. La cantidad de pago total está basada en el número de dependientes. Son pagados cada dos semanas a una tasa de por lo menos \$224 por semana. Además el seguro de compensación de trabajadores proporciona una compensación para el entierro.

## **EL FRAUDE DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES ES UN CRIMEN**



Cualquier persona que hace o causa que se haga una declaración intencionadamente falsa para obtener o negar beneficios o pagos de compensación de trabajadores es culpable de una felonía. Si condenado, la persona tendrá que pagar multas de hasta \$150,000 y/o cumplir hasta cinco años de cárcel.

## **¿Qué debo hacer si me lesiono en el trabajo ?**

### **INFORME A SU EMPLEADOR SOBRE LA LESIÓN QUE HA SUFRIDO**

Dígale inmediatamente a su supervisor no importa que tan leve sea la lesión. No demore – hay plazos específicos. Usted puede perder su derecho a beneficios si su empleador no se entera de su lesión dentro de 30 días. Si su lesión o enfermedad se desarrolló gradualmente, infórmelo tan pronto como se entere que fue causada por su trabajo.

### **¿QUIÉN ES MI ADMINISTRADOR DE RECLAMOS ?**

Administrador de reclamos de compensación de trabajadores, o si su empleador está auto asegurado, la persona responsable por la administración del reclamo es:

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

### **OBTenga TRATAMIENTO DE EMERGENCIA SI ES NECESARIO**

Si es una emergencia médica, vaya a una sala de emergencia inmediatamente. Dígale al proveedor médico que le atienda que su lesión está relacionada con su trabajo. Su empleador le puede decir dónde ir para darle seguimiento a su tratamiento.

### **NÚMERO DE TELÉFONO DE EMERGENCIA:**

Llame al 911 para una ambulancia, el departamento de bomberos o la policía. Para cuidado médico que no es urgente, contacte a su empleador, administrador de reclamos de compensación de trabajadores o vaya a esta instalación:

## LLENE EL FORMULARIO DE RECLAMO DWC

**1 Y DÉSELO A SU EMPLEADOR** Su empleador debe darle un [formulario de reclamo DWC 1](#) dentro de un día laboral después de enterarse de su lesión o enfermedad. Complete la sección del empleado, fírmelo y regrese a su empleador. Su empleador entonces presentará su reclamo al administrador de reclamos. Su empleador debe autorizar tratamiento dentro de un día laboral después de recibir el formulario de reclamo DWC 1.

Si la lesión es debida a exposiciones repetidas, usted tiene un año de cuando usted se da cuenta que su lesión está relacionada con su trabajo para presentar un reclamo.

En cualquier caso, puede recibir hasta \$10,000 en cuidado médico pagado por su empleador hasta que su reclamo sea aceptado o negado. El administrador de reclamos tiene hasta 90 días para decidir si acepta o niega su reclamo. De otra manera, se supondrá que su caso es pagadero.

Su empleador o administrador de reclamos le enviará "avisos de beneficio" que le informarán sobre el estado de su reclamo.



## ¿Qué es una red de proveedores médicos (Medical Provider Network- MPN)?

Una MPN es un grupo selecto de proveedores de cuidado médico que dan tratamiento médico a trabajadores lesionados. Cada MPN incluye una combinación de médicos especializados en lesiones de trabajo y médicos con experiencia en áreas generales de medicina. Chequee con su empleador para ver si están usando una MPN.

Si usted no ha denominado a un médico antes de lesionarse y su empleador está usando una MPN, usted verá a un médico de la MPN. Después de su primera visita, está libre para escoger otro médico de la lista de la MPN. Un aviso de MPN completo debe estar puesto en una área de trabajo usada por los empleados y cerca del póster "Aviso a los Empleados". Para más información, consulte con el contacto de MPN que se encuentra en el póster "Aviso a los Empleados".

## ¿Qué es la designación previa?

La designación previa es cuando usted denomina a su médico particular para que lo atienda si usted se lastima en el trabajo. El médico debe ser un doctor en medicina (M.D.), doctor en medicina osteopatía (D.O.) o un grupo médico con un M.D. o D.O. Debe denominar a su médico por escrito *antes* de que usted se lastime o enferme.

Usted puede designar de antemano a un médico si su empleador ofrece un plan de seguro médico y el médico debe haberle:

- Atendido
- Mantenido su expediente/historial médico antes de su lesión y
- Indicado que está de acuerdo en atenderlo para una lesión o enfermedad de trabajo antes de que usted se lastime o enferme.

Usted puede usar el formulario "predesignation of personal physician" incluido con este folleto para denominar a su médico. Después de llenar el formulario, asegúrese de dárselo a su empleador.

## ¿Qué es un médico primario (Primary Treating Physician- PTP)?

Es el médico que tiene la responsabilidad total sobre el tratamiento para su lesión o enfermedad. Él o ella pueden ser:

- El médico que usted denomina por escrito *antes* de que se lesione en el trabajo
- Un médico de la red de proveedores médicos (medical provider network - MPN)
- El médico escogido por su empleador durante los primeros 30 días después de su lesión si su empleador no tiene una MPN o
- El médico que usted escogió después de los primeros 30 días después de su lesión si su empleador no tiene una MPN.

Si su empleador no tiene una MPN aprobada, usted puede denominar a su quiropráctico o acupunturista para que lo atienda para sus lesiones de trabajo. El aviso de quiropráctico o acupunturista personal debe ser por escrito *antes* de lastimarse. Puede usar el formulario incluido en folleto. Después de llenar el formulario, asegúrese de dárselo a su empleador.

## ¿Qué pasa si hay algún problema con mis beneficios?

Si tiene alguna inquietud, diga algo. Hable con su empleador o con el administrador de reclamos encargado de su reclamo para tratar de resolver el problema. Si esto no funciona, consiga ayuda intentando lo siguiente:

### **PÓNGASE EN CONTACTO CON LA UNIDAD DE INFORMACIÓN Y ASISTENCIA DE LA DIVISIÓN DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES**

Todas de las 24 oficinas de la División de Compensación de Trabajadores (Division of Workers' Compensation-DWC) alrededor del estado proporcionan información y asistencia sobre derechos, beneficios y obligaciones bajo las leyes de compensación de trabajadores en California. Los oficiales de Información y Asistencia (Information and Assistance-I&A) ayudan a resolver disputas sin entablar juicio. Su meta es de conseguirle beneficios completos y a tiempo. Los servicios son gratis.

Para contactar a la más cercana Unidad de I&A, vaya a [www.dwc.ca.gov](http://www.dwc.ca.gov) en la barra de arriba, haga clic en "I&A". En este sitio encontrará hojas de información, guías e información para ayudarle.

### **LA MÁS CERCANA UNIDAD DE I&A ESTÁ UBICADA EN :**

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

### **CONSULTE CON UN ABOGADO**

La mayoría de los abogados ofrecen una consulta gratis. Si decide retener a un abogado, sus honorarios pueden ser tomados de algunos de sus beneficios. Para nombres de abogados de compensación de trabajadores, llame al Colegio de Abogados (State Bar Association) de California al (415) 538-2120 o vaya a la página web a [www.californiaspecialist.org](http://www.californiaspecialist.org). Puede conseguir una lista de abogados de su Unidad de I&A local o consulte las páginas amarillas.



### **ADVERTENCIA**



Es posible que su empleador no pague beneficios de compensación de trabajadores si se lastima en una actividad voluntaria fuera de su trabajo, recreativa, social o atlética que no sea parte de sus deberes laborales.

### **DERECHOS ADICIONALES**



Usted también puede tener otros derechos bajo la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act-ADA) o la Ley de Igualdad en el Empleo y la Vivienda (Fair Employment and Housing Act-FEHA). Para información adicional, comuníquese con FEHA al (800) 884-1684 o la Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo (Equal Employment Opportunity Commission-EEOC) al (800) 669-4000.

La información contenida en este folleto se conforma a los requisitos de información encontrados en las secciones 3551 y 3553 del Código Laboral y las secciones 9880 y 9883 del Título 8, Código de Regulaciones de California. Este documento está aprobado por el director administrativo de la División de Compensación de Trabajadores.

## DESIGNACIÓN PREVIA DE MÉDICO PARTICULAR

En caso de que usted sufra una lesión o enfermedad relacionada con su empleo, usted puede recibir tratamiento médico por esa lesión o enfermedad de su médico particular (M.D.), médico osteópata (D.O.) o grupo médico si:

- su empleador le ofrece un plan de salud grupal
- el médico es su médico familiar o de cabecera, que será un médico que ha limitado su práctica médica a medicina general o que es un internista certificado o elegible para certificación, pediatra, gineco-obstetra, o médico de medicina familiar y que previamente ha estado a cargo de su tratamiento médico y tiene su expediente médico
- su "médico particular" puede ser un grupo médico si es una corporación o sociedad o asociación compuesta de doctores certificados en medicina u osteopatía, que opera un integrado grupo médico multidisciplinario que predominantemente proporciona amplios servicios médicos para lesiones y enfermedades no relacionadas con el trabajo.
- antes de la lesión su médico está de acuerdo a proporcionarle tratamiento médico para su lesión o enfermedad de trabajo
- antes de la lesión usted le proporcionó a su empleador por escrito lo siguiente:  
(1) notificación de que quiere que su médico particular le brinde tratamiento para una lesión o enfermedad de trabajo y (2) el nombre y dirección comercial de su médico particular.

Puede usar este formulario para notificarle a su empleador que desea que su médico particular o médico osteópata le proporcione tratamiento médico para una lesión o enfermedad de trabajo y que los requisitos mencionados arriba han sido cumplidos.

### NOTICIA DE DESIGNACIÓN PREVIA DE MÉDICO PARTICULAR

**Empleado: Rellene esta sección.**

A: \_\_\_\_\_ (nombre del empleador) Si sufro una lesión o enfermedad de trabajo, yo elijo recibir tratamiento médico de:

\_\_\_\_\_  
(nombre del médico)(M.D., D.O., o grupo médico)

\_\_\_\_\_  
(dirección, ciudad, estado, código postal)

\_\_\_\_\_  
(número de teléfono)

Nombre del Empleado (en letras de molde, por favor):

\_\_\_\_\_  
Domicilio del Empleado:

Firma del

Empleado \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Médico: Estoy de acuerdo con esta Designación Previa:**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Médico o Empleado designado por el Médico o Grupo Médico)

El médico no está obligado a firmar este formulario, sin embargo, si el médico o empleado designado por el médico o grupo médico no firma, será necesario presentar documentación sobre el consentimiento del médico de ser designado previamente de acuerdo al Código de Reglamentos de California, Título 8, sección 9780.1(a)(3).

Código de Reglamentos de California, Título 8, sección 9783.  
(Formulario Opcional 9783 de la DWC 1 de marzo 2007 )

## NOTICIA DE QUIROPRÁCTICO PERSONAL O ACUPUNTOR PERSONAL

Si su empleador o la compañía de seguros de su empleador no tiene una Red de Proveedores Médicos establecida, puede cambiar su médico que le esté proporcionando tratamiento médico a su quiropráctico o acupuntor personal después de una lesión o enfermedad de trabajo. Para ser elegible a hacer este cambio, usted debe antes de la lesión o enfermedad darle por escrito a su empleador el nombre y la dirección comercial de un quiropráctico o acupuntor personal. Generalmente, su administrador de reclamos tiene el derecho de elegir al médico que le proporcionará el tratamiento dentro de los primeros 30 días después de que su empleador sabe de su lesión o enfermedad. Después de que su administrador de reclamos haya iniciado su tratamiento con otro médico durante este tiempo, usted puede, bajo petición, transferir su tratamiento a su quiropráctico o acupuntor personal.

Puede usar este formulario para notificarle a su empleador sobre su quiropráctico o acupuntor personal.

### **Información sobre su Quiropráctico o Acupuntor:**

---

(nombre del quiropráctico o acupuntor)

---

(dirección, ciudad, estado, código postal)

---

(número de teléfono)

Nombre del Empleado (en letras de molde, por favor):

---

Domicilio del Empleado:

Firma del  
Empleado \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**PREDESIGNATION OF PERSONAL PHYSICIAN**

In the event you sustain an injury or illness related to your employment, you may be treated for such injury or illness by your personal medical doctor (M.D.), doctor of osteopathic medicine (D.O.) or medical group if:

- your employer offers group health coverage;
- the doctor is your regular physician, who shall be either a physician who has limited his or her practice of medicine to general practice or who is a board-certified or board-eligible internist, pediatrician, obstetrician-gynecologist, or family practitioner, and has previously directed your medical treatment, and retains your medical records;
- your "personal physician" may be a medical group if it is a single corporation or partnership composed of licensed doctors of medicine or osteopathy, which operates an integrated multispecialty medical group providing comprehensive medical services predominantly for nonoccupational illnesses and injuries;
- prior to the injury your doctor agrees to treat you for work injuries or illnesses;
- prior to the injury you provided your employer the following in writing: (1) notice that you want your personal doctor to treat you for a work-related injury or illness, and (2) your personal doctor's name and business address.

You may use this form to notify your employer if you wish to have your personal medical doctor or a doctor of osteopathic medicine treat you for a work-related injury or illness and the above requirements are met.

**NOTICE OF PREDESIGNATION OF PERSONAL PHYSICIAN**

**Employee: Complete this section.**

To: \_\_\_\_\_ (name of employer) If I have a work-related injury or illness, I choose to be treated by:

\_\_\_\_\_  
(name of doctor)(M.D., D.O., or medical group)

\_\_\_\_\_  
(street address, city, state, ZIP)

\_\_\_\_\_  
(telephone number)

Employee Name (please print):

\_\_\_\_\_  
Employee's Address:

Employee's

Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Physician: I agree to this Predesignation:**

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

(Physician or Designated Employee of the Physician or Medical Group)

The physician is not required to sign this form, however, if the physician or designated employee of the physician or medical group does not sign, other documentation of the physician's agreement to be predesignated will be required pursuant to Title 8, California Code of Regulations, section 9780.1(a)(3).

Title 8, California Code of Regulations, section 9783.

(Optional DWC Form 9783 March 1, 2007 )

**NOTICE OF PERSONAL CHIROPRACTOR OR PERSONAL ACUPUNCTURIST**

If your employer or your employer’s insurer does not have a Medical Provider Network, you may be able to change your treating physician to your personal chiropractor or acupuncturist following a work-related injury or illness. In order to be eligible to make this change, you must give your employer the name and business address of a personal chiropractor or acupuncturist in writing prior to the injury or illness. Your claims administrator generally has the right to select your treating physician within the first 30 days after your employer knows of your injury or illness. After your claims administrator has initiated your treatment with another doctor during this period, you may then, upon request, have your treatment transferred to your personal chiropractor or acupuncturist.

You may use this form to notify your employer of your personal chiropractor or acupuncturist.

**Your Chiropractor or Acupuncturist’s Information:**

\_\_\_\_\_  
**(name of chiropractor or acupuncturist)**

\_\_\_\_\_  
**(street address, city, state, zip code)**

\_\_\_\_\_  
**(telephone number)**

Employee Name **(please print)**:

\_\_\_\_\_

Employee’s address:

\_\_\_\_\_

Employee’s  
Signature \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_





## Notice to Employees--Injuries Caused By Work

You may be entitled to workers' compensation benefits if you are injured or become ill because of your job. Workers' compensation covers most work-related physical or mental injuries and illnesses. An injury or illness can be caused by one event (such as hurting your back in a fall) or by repeated exposures (such as hurting your wrist from doing the same motion over and over).

**Benefits.** Workers' compensation benefits include:

- **Medical Care:** Doctor visits, hospital services, physical therapy, lab tests, x-rays, and medicines that are reasonably necessary to treat your injury. You should never see a bill. There is a limit on some medical services.
- **Temporary Disability (TD) Benefits:** Payments if you lose wages while recovering. For most injuries, TD benefits may not be paid for more than 104 weeks within five years from the date of injury.
- **Permanent Disability (PD) Benefits:** Payments if your injury causes a permanent disability.
- **Supplemental Job Displacement Benefit:** A nontransferable voucher payable to a state approved school if your injury arises on or after 1/1/04 and results in a permanent disability that prevents you from returning to work within 60 days after TD ends, and your employer does not offer you modified or alternative work.
- **Death Benefits:** Paid to dependents of a worker who dies from a work-related injury or illness.

**Naming Your Own Physician Before Injury or Illness (Predesignation).** You may be able to choose the doctor who will treat you for a job injury or illness. If eligible, you must tell your employer, in writing, the name and address of your personal physician or medical group *before* you are injured and your physician must agree to treat you for your work injury. For instructions, see the written information about workers' compensation that your employer is required to give to new employees.

### If You Get Hurt:

1. **Get Medical Care.** If you need emergency care, call 911 for help immediately from the hospital, ambulance, fire department or police department. If you need first aid, contact your employer.
2. **Report Your Injury.** Report the injury immediately to your supervisor or to an employer representative. Don't delay. There are time limits. If you wait too long, you may lose your right to benefits. Your employer is required to provide you a claim form within one working day after learning about your injury. Within one working day after you file a claim form, your employer shall authorize the provision of all treatment, consistent with the applicable treating guidelines, for your alleged injury and shall be liable for up to ten thousand dollars (\$10,000) in treatment until the claim is accepted or rejected.
3. **See Your Primary Treating Physician (PTP).** This is the doctor with overall responsibility for treating your injury or illness. If you predesignated by naming your personal physician or medical group before injury (see above), you may see him or her for treatment in certain circumstances. Otherwise, your employer has the right to select the physician who will treat you for the first 30 days. You may be able to switch to a doctor of your choice after 30 days. Different rules apply if your employer offers a Health Care Organization (HCO) or has a Medical Provider Network (MPN). You should receive information from your employer if you are covered by an HCO or a MPN. Contact your employer for more information.
4. **Medical Provider Networks.** Your employer may be using a MPN, which is a selected network of health care providers to provide treatment to workers injured on the job. If your employer is using a MPN, a MPN notice should be posted next to this poster to explain how to use the MPN. You can request a copy of this notice by calling the MPN number below. **If you have predesignated a personal physician prior to your work injury, then you may receive treatment from your predesignated doctor.** If you have not predesignated and your employer is using a MPN, you are free to choose an appropriate provider from the MPN list after the first medical visit directed by your employer. If you are treating with a non-MPN doctor for an existing injury, you may be required to change to a doctor within the MPN. For more information, see the MPN contact information below:

Current MPN's toll free number: \_\_\_\_\_ MPN website: \_\_\_\_\_

MPN Effective Date \_\_\_\_\_ Current MPN's address: \_\_\_\_\_

**Discrimination.** It is illegal for your employer to punish or fire you for having a work injury or illness, for filing a claim, or testifying in another person's workers' compensation case. If proven, you may receive lost wages, job reinstatement, increased benefits, and costs and expenses up to limits set by the state.

**Questions?** Learn more about workers' compensation by reading the information that your employer is required to give you at time of hire. If you have questions, see your employer or the claims administrator (who handles workers' compensation claims for your employer):

Claims Administrator \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Workers' compensation insurer \_\_\_\_\_ (Enter "self-insured" if appropriate)

Policy Expiration Date \_\_\_\_\_

If the workers' compensation policy has expired, contact a Labor Commissioner at the Division of Labor Standards Enforcement (DLSE).

You can also get free information from a State Division of Workers' Compensation Information & Assistance Officer. The nearest Information & Assistance Officer can be found at location: \_\_\_\_\_ or by calling toll-free (800) 736-7401. Learn more information about DWC and DLSE online: [www.dwc.ca.gov](http://www.dwc.ca.gov) or [www.dir.ca.gov/dlse](http://www.dir.ca.gov/dlse).

**False claims and false denials.** Any person who makes or causes to be made any knowingly false or fraudulent material statement or material representation for the purpose of obtaining or denying workers' compensation benefits or payments is guilty of a felony and may be fined and imprisoned.

Your employer may not be liable for the payment of workers' compensation benefits for any injury that arises from your voluntary participation in any **off-duty, recreational, social, or athletic activity** that is not part of your work-related duties.



## Aviso a los Empleados—Lesiones Causadas por el Trabajo

Es posible que usted tenga derecho a beneficios de compensación de trabajadores si usted se lesiona o se enferma a causa de su trabajo. La compensación de trabajadores cubre la mayoría de las lesiones y enfermedades físicas o mentales relacionadas con el trabajo. Una lesión o enfermedad puede ser causada por un evento (como por ejemplo el lastimarse la espalda en una caída) o por acciones repetidas (como por ejemplo lastimarse la muñeca por hacer el mismo movimiento una y otra vez).

**Beneficios.** Los beneficios de compensación de trabajadores incluyen:

- **Atención Médica:** Consultas médicas, servicios de hospital, terapia física, análisis de laboratorio, radiografías y medicinas que son razonablemente necesarias para tratar su lesión. Usted nunca deberá ver un cobro. Hay un límite para ciertos servicios médicos.
- **Beneficios por Incapacidad Temporal (TD):** Pagos si usted pierde sueldo mientras se recupera. Para la mayoría de las lesiones, beneficios de TD no se pagarán por más de 104 semanas dentro de cinco años después de la fecha de la lesión.
- **Beneficios por Incapacidad Permanente (PD):** Pagos si su lesión le causa una incapacidad permanente.
- **Beneficio Suplementario por Desplazamiento de Trabajo:** Un vale no-transferible pagadero a una escuela aprobada por el estado si su lesión surge en o después del 1/1/04, y le ocasiona una incapacidad permanente que le impida regresar al trabajo dentro de 60 días después de que los pagos por TD terminen y su empleador no le ofrece a usted un trabajo modificado o alternativo.
- **Beneficios por Muerte:** Pagados a los dependientes de un(a) trabajador(a) que muere a causa de una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo.

**Designación de su Propio Médico Antes de una Lesión o Enfermedad (Designación previa).** Es posible que usted pueda elegir al médico que le atenderá en una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. Si elegible, usted debe informarle al empleador, por escrito, el nombre y la dirección de su médico personal o grupo médico, *antes* de que usted se lesione y su médico debe estar de acuerdo de atenderle la lesión causada por el trabajo. Para instrucciones, vea la información escrita sobre la compensación de trabajadores que se le exige a su empleador darle a los empleados nuevos.

**Si Usted se Lastima:**

1. **Obtenga Atención Médica.** Si usted necesita atención de emergencia, llame al 911 para ayuda inmediata de un hospital, una ambulancia, el departamento de bomberos o departamento de policía. Si usted necesita primeros auxilios, comuníquese con su empleador.
2. **Reporte su Lesión.** Reporte la lesión inmediatamente a su supervisor(a) o a un representante del empleador. No se demore. Hay límites de tiempo. Si usted espera demasiado, es posible que usted pierda su derecho a beneficios. Su empleador está obligado a proporcionarle un formulario de reclamo dentro de un día laboral después de saber de su lesión. Dentro de un día después de que usted presente un formulario de reclamo, el empleador autorizará todo tratamiento médico de acuerdo con las pautas de tratamiento aplicables a su presunta lesión y será responsable por diez mil dólares (\$10,000) en tratamiento hasta que el reclamo sea aceptado o rechazado.
3. **Consulte al Médico que le está Atendiendo (PTP).** Este es el médico con la responsabilidad total de tratar su lesión o enfermedad. Si usted designó previamente a su médico personal o grupo médico antes lesionarse (vea uno de los párrafos anteriores), en ciertas circunstancias, usted puede consultarlo para el tratamiento. De otra forma, su empleador tiene el derecho de seleccionar al médico que le atenderá durante los primeros 30 días. Es posible que usted pueda cambiar a un médico de su preferencia después de 30 días. Hay reglas diferentes que se aplican cuando su empleador ofrece una Organización de Cuidado Médico (HCO) o si tiene una Red de Proveedores Médicos (MPN). Usted debe recibir información de su empleador si está cubierto por una HCO o una MPN. Hable con su empleador para más información.
4. **Red de Proveedores Médicos (MPN):** Es posible que su empleador use una MPN, lo cual es una red de proveedores de asistencia médica seleccionados para dar tratamiento a los trabajadores lesionados en el trabajo. Si su empleador usa una MPN, una notificación de la MPN debe estar al lado de este cartel para explicar como usar la MPN. Usted puede pedir una copia de esta notificación hablando al número de la MPN debajo descrito. **Si usted ha hecho una designación previa de un médico personal antes de lesionarse en el trabajo, entonces usted puede recibir tratamiento de su médico previamente designado.** Si usted no ha hecho una designación previa y su empleador está usando una MPN, usted puede escoger un proveedor apropiado de la lista de la MPN después de la primera visita médica dirigida por su empleador. Si usted está recibiendo tratamiento de parte de un médico que no pertenece a la MPN para una lesión existente, puede requerirse que usted se cambie a un médico dentro de la MPN. Para más información, vea la siguiente información del contacto de la MPN :

Número gratuito de la MPN vigente: \_\_\_\_\_ Página web de la MPN: \_\_\_\_\_

Fecha de vigencia de la MPN \_\_\_\_\_ Dirección de la MPN vigente \_\_\_\_\_

**Discriminación.** Es ilegal que su empleador le castigue o despidan por sufrir una lesión o enfermedad en el trabajo, por presentar un reclamo o por testificar en el caso de compensación de trabajadores de otra persona. De ser probado, usted puede recibir pagos por pérdida de sueldos, reposición del trabajo, aumento de beneficios y gastos hasta los límites establecidos por el estado.

**¿Preguntas?** Aprenda más sobre la compensación de trabajadores leyendo la información que se requiere que su empleador le dé cuando es contratado. Si usted tiene preguntas, vea a su empleador o al administrador de reclamos (que se encarga de los reclamos de compensación de trabajadores de su empleador):

Administrador de Reclamos \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Asegurador del Seguro de Compensación de trabajador \_\_\_\_\_ (Anote "autoasegurado" si es apropiado)

Fecha de Vencimiento de la Póliza \_\_\_\_\_

Si la póliza de compensación de trabajadores se ha vencido, comuníquese con el Comisionado Laboral, en la *División para el Cumplimiento de las Normas Laborales* (Division of Labor Standards Enforcement- DLSE).

Usted también puede obtener información gratuita de un Oficial de Información y Asistencia de la División Estatal de Compensación de Trabajadores.

El Oficial de Información y Asistencia más cercano se localiza en \_\_\_\_\_

o llamando al número gratuito (800) 736-7401. Usted puede obtener más información sobre de la DWC y DLSE en el Internet en: [www.dwc.ca.gov](http://www.dwc.ca.gov) o

[www.dir.ca.gov/dlse](http://www.dir.ca.gov/dlse).

**Los reclamos falsos y rechazos falsos del reclamo.** Cualquier persona que haga o que ocasione que se haga una declaración o una representación material intencionalmente falsa o fraudulenta, con el fin de obtener o negar beneficios o pagos de compensación de trabajadores, es culpable de un delito grave y puede ser multado y encarcelado.

Es posible que su empleador no sea responsable por el pago de beneficios de compensación de trabajadores para ninguna lesión que proviene de su participación voluntaria en cualquier actividad fuera del trabajo, recreativa, social, o atlética que no sea parte de sus deberes laborales.