Time of Hire Notice

This notice, or a similar one that has been approved by the Administrative Director, must 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. The content of this notice applies to all industrial injuries that occur on or after January 1, 2013.

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 or getting hurt in a car accident while making deliveries.

—or—

Repeated exposures at work. Examples: hurting your hand, back, or other part of your body from doing the same repeated motion or 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.

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, and costs and expenses set by state law.

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 and occupational therapy and chiropractic care.

- **Temporary Disability (TD) 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.

- **Permanent Disability (PD) benefits**: Payments if you don't recover completely. You will be paid every two weeks if you are eligible. There are minimum and maximum weekly payment rates established by state law. The amount of payment is based on:

    - Your doctor's medical reports
    - Your age
    - Your occupation

- **Supplemental Job Displacement Benefits (SJDB):** This is a voucher for up to $6,000 that you can use for retraining or skill enhancement at an approved school, books, tools, licenses or certification fees, or other resources to help you find a new job.
  You are eligible for this voucher if:

    - You have a permanent disability.
    - Your employer does not offer regular, modified, or alternative work, **within 60 days** after the claims administrator receives a doctor's report saying you have made a maximum medical recovery.

- **Return-to-Work Supplemental Program (RTWSP):** For dates of injury after 1/1/2013, you may qualify for additional money from the Division of Workers' compensation program known as the Return-to-Work Supplement Program (RTWSP) if you received the Supplemental Job Displacement Voucher (SJDB). If you have questions or think you qualify, contact the Information & Assistance Unit by calling 1-800-736-7401 or visit website: **https://www.dir.ca.gov/RTWSP/RTWSP.html**

- **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.

OTHER BENEFITS

You may file a claim with the Employment Development Department (EDD) to get state disability benefits when workers' compensation benefits are delayed, denied, or have ended. There are time restrictions so for more information contact the local office of EDD or go to their web site **www.edd.ca.gov**.

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.

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. If you cannot report to the employer or don't hear from the claims administrator after you have reported your injury, contact the claims administrator yourself.

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

Canon Cochran Management Services, Inc

Address: 1800 Sutter St. Ste 460 Concord, CA 94520

Phone: (925) 685-0653

You may be able to find the name of your employer's workers' compensation insurer at **www.caworkcompcoverage.com.** If no coverage exists or coverage has expired, contact the Division of Labor Standards Enforcement at **www.dir.ca.gov/DLSE** as all employees must be covered by law.

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 treatment.

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:

Please refer to medical provider network clinic list

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.

MORE ABOUT MEDICAL CARE

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 a MPN.

What is a Medical Provider Network (MPN)?

A MPN is a select group of health care providers who treat injured workers. Check with your employer to see if they are using a MPN. If you have not named a doctor before you get hurt and your employer is using a MPN, you will see a MPN doctor. After your first visit, you are free to choose another doctor from the MPN list.

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 you have health care coverage for non-work injuries and illnesses. 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 notice. After you fill in the form, be sure to give it to your employer. 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 notice. After you fill in the form, be sure to give it to your employer.

With some exceptions, state law does not allow a chiropractor to continue as your treating physician after 24 visits. Once you have received 24 chiropractic visits, if you still require medical treatment, you will have to select a new physician who is not a chiropractor. The term "chiropractic visit" means any chiropractic office visit, regardless of whether the services performed involve chiropractic manipulation or are limited to evaluation and management.

Exceptions to 24 visits include postsurgical physical medicine visits prescribed by the surgeon, or physician designated by the surgeon, under the postsurgical component of the Division of Workers' Compensation's Medical Treatment Utilization Schedule, or if your employer has authorized additional visits in writing.

WHAT IF THERE IS A PROBLEM?

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 **https:// www.dir.ca.gov/dwc/ianda.html**
or call **1-800-736-7401.**

The nearest I&A Unit is located at:

Address: 1880 N. Main St. Ste 100 Salinas, CA 93906

Phone number: (831) 443-3058

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 **1-415-538-2120** or go visit their website at **www.californiaspecialist.org**. You may also get a list of attorneys from your local I&A Unit by calling **1-800-736-7401.**

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 California Fair Employment and Housing Act (FEHA). For additional information, contact California Civil Rights Department (CRD) at 1-800-884-1684 or the Equal Employment Opportunity Commission (EEOC) at 1-800-669-4000.

The information contained in this notice 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.

Please visit the Division of Workers' Compensation website at: **www.dwc.ca.gov** or call 1-800-736-7401

Department of Industrial Relations
1515 Clay Street, 17th Floor
Oakland, CA 94612

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:

- on the date of your work injury you have health care coverage for injuries or illnesses that are not work related;
- 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:_____

Name of Insurance Company, Plan, or Fund providing health coverage for nonoccupational injuries or illnesses: _____

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.

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.

NOTE: If your date of injury is January 1, 2004 or later, a chiropractor cannot be your treating physician after you have received 24 chiropractic visits unless your employer has authorized additional visits in writing. The term "chiropractic visit" means any chiropractic office visit, regardless of whether the services performed involve chiropractic manipulation or are limited to evaluation and management. Once you have received 24 chiropractic visits, if you still require medical treatment, you will have to select a new physician who is not a chiropractor. This prohibition shall not apply to visits for postsurgical physical medicine visits prescribed by the surgeon, or physician designated by the surgeon, under the postsurgical component of the Division of Workers' Compensation's Medical Treatment Utilization Schedule.

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: _____

Title 8, California Code of Regulations, section 9783.1.
(Optional DWC Form 9783.1 Effective date July 1, 2014)

Aviso para el nuevo empleado

Este aviso, o uno similar que haya sido aprobado por el Director Administrativo, deben entregarse 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 colocar en él sus logotipos e información adicional. El contenido de este folleto se aplica a todos los accidentes de trabajo ocurridos a partir del 1 de enero de 2013.

¿QUÉ ES LA COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES?

Si se lesiona en el trabajo, su empleador está obligado por ley a pagarle beneficios de compensación de trabajadores. Podría resultar herido por:

Un suceso en el trabajo. Ejemplos: hacerse daño en la espalda en una caída, quemarse con un producto químico que le salpique la piel o lesionarse en un accidente de automóvil mientras hace repartos.

—o—

Exposiciones repetidas en el trabajo. Ejemplos: lastimarse la mano, la espalda u otra parte del cuerpo por hacer el mismo movimiento repetido o perder la audición por ruidos fuertes y constantes.

—o—

Delitos en el lugar de trabajo. Ejemplos: resulta herido en un atraco a una tienda, es agredido físicamente por un cliente descontento.

La discriminación es ilegal

Según la sección 132a del Código Laboral, es ilegal que su empleador lo castigue o despida porque usted:

- Presenta un reclamo de compensación de trabajadores
- Tiene intención de presentar un reclamo de compensación de trabajadores
- Concilia un reclamo de compensación de trabajadores
- Testifica o tiene intención de testificar por otro trabajador lesionado

Si se determina que su empleador lo ha discriminado, puede ordenársele que lo reincorpore a su puesto de trabajo; su empleador también puede verse obligado a pagar los salarios perdidos, el aumento de los beneficios de compensación por accidentes laborales y los costos y gastos establecidos por la legislación estatal.

¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS?

- **Atención médica:** pagada por su empleador para ayudarlo a recuperarse de una lesión o enfermedad causada por el trabajo. Las visitas al médico, los servicios hospitalarios, la fisioterapia, las pruebas de laboratorio y las radiografías son algunos de los servicios médicos que pueden prestarse; estos servicios deben ser necesarios para tratar su lesión. Existen límites para algunos servicios, como la fisioterapia, la terapia ocupacional y la quiropráctica.
- **Beneficios por discapacidad temporal (Temporary Disability, TD):** pagos si pierde salario porque su lesión le impide realizar su trabajo habitual mientras se recupera. El monto que puede recibir es de hasta dos tercios de su salario. Existen límites mínimos y máximos de pago establecidos por la legislación estatal; se le pagará cada dos semanas si es elegible. Para la mayoría de las lesiones, los pagos no pueden superar las 104 semanas en un plazo de cinco años a partir de la fecha de la lesión. La discapacidad temporal (TD) finaliza cuando vuelve al trabajo, o cuando el médico le da el alta para trabajar o dice que su lesión ha mejorado todo lo que va a mejorar.
- **Beneficios por discapacidad permanente (Permanent Disability, PD):** pagos si no se recupera del todo. se le pagará cada dos semanas si es elegible. Existen tasas de pago semanales mínimos y máximos establecidos por la legislación estatal; el monto del pago se basa en:
    - Los informes médicos de su doctor.
    - Su edad.
    - Su profesión.
- **Beneficio suplementario por el desplazamiento de trabajo (Supplemental Job Displacement Benefits, SJDB):** se trata de un vale de hasta $6,000 que puede utilizar para volver a capacitarse o mejorar sus conocimientos en una escuela aprobada, para libros, herramientas, licencias o tarifas de certificación, u otros recursos que lo ayuden a encontrar un nuevo empleo; Es elegible a este vale si:
    - Tiene una discapacidad permanente.
    - Su empleador no le ofrece un trabajo regular, modificado o alternativo, **dentro de los 60 días** posteriores a que el administrador de reclamos reciba un informe médico que indique que usted ha logrado una recuperación médica máxima.
- **Programa Suplementario de Regreso al Trabajo (Return-to-Work Supplemental Program, RTWSP):** para las fechas de lesión después del 1 de enero de 2013, usted puede calificar para dinero adicional del programa de la División de Compensación de Trabajadores conocido como el Programa Suplementario de Regreso al Trabajo (RTWSP) si usted recibió el vale de los Beneficios Suplementarios por el Desplazamiento de Trabajo (SJDB). Si tiene alguna pregunta o cree que reúne los requisitos, póngase en contacto con la Unidad de Información y Asistencia llamando al 1-800-736-7401 o visite el sitio web: https://www.dir.ca.gov/RTWSP/RTWSP.html

- **Beneficios por muerte:** pagos a su cónyuge, hijos u otras personas a su cargo si fallece a causa de una lesión o enfermedad laboral. El monto del pago depende del número de personas a cargo. El beneficio se paga cada dos semanas a una tasa de, como mínimo, **$224 semanales**; además, la compensación de trabajadores prevé un subsidio de sepelio.

OTROS BENEFICIOS

Puede presentar un reclamo ante el Departamento de Desarrollo del Empleo (Employment Development Department, EDD) para obtener beneficios estatales por discapacidad cuando los beneficios de compensación de trabajadores se retrasen, denieguen o hayan finalizado. Hay restricciones de tiempo, así que para más información póngase en contacto con la oficina local del EDD o visite su sitio web: **www.edd.ca.gov**.

El fraude en la compensación de trabajadores es delito

Toda persona que realice o haga realizar cualquier declaración deliberadamente falsa con el fin de obtener o denegar beneficios o pagos de compensación de trabajadores es culpable de un delito grave; si es declarada culpable, la persona tendrá que pagar multas de hasta $150,000 o cumplir hasta cinco años de cárcel.

¿QUÉ DEBO HACER SI TENGO UNA LESIÓN?

Informe la lesión a su empleador

Informe inmediatamente a su supervisor, por leve que sea la lesión; no se demore, hay plazos. Puede perder el derecho a los beneficios si su empleador no se entera de su lesión en un plazo de 30 días. Si su lesión o enfermedad se desarrolla con el tiempo, notifíquelo en cuanto sepa que ha sido causada por su trabajo. Si no puede informar al empleador o no tiene noticias del administrador de reclamos después de haber informado sobre su lesión, comuníquese usted mismo con el administrador de reclamos.

La persona responsable de tramitar la reclamos de la compañía de seguros de compensación por accidentes laborales, o si el empleador está autoasegurado, es:

Canon Cochran Management Services, Inc

Dirección: 1800 Sutter St. Ste 460 Concord, CA 94520

Teléfono: (925) 685-0653

Puede encontrar el nombre de la compañía de seguros de compensación de trabajadores de su empleador en www.caworkcompcoverage.com. Si no existe cobertura o ésta ha expirado, póngase en contacto con la División de Cumplimiento de las Normas Laborales en www.dir.ca.gov/DLSE ya que todos los empleados deben tener cobertura por ley.

Reciba tratamiento de urgencia si es necesario

Si se trata de una urgencia médica, acuda de inmediato a urgencias. Informe al proveedor médico que lo atiende de que su lesión está relacionada con el trabajo. Su empleador puede indicarle dónde acudir para recibir tratamiento

Número de teléfono de urgencias: llame al 911 para pedir una ambulancia, a los bomberos o a la policía. Para recibir atención médica no urgente, póngase en contacto con su empleador, con el administrador de reclamos de compensación por accidentes laborales o acuda a este centro: ~~Please refer to medical provider network clinic list~~

Rellene el formulario de reclamos DWC 1 y entrégueselo a su empleador

Su empleador debe entregarle un Formulario de reclamos DWC 1 en el plazo de un día hábil tras conocer su lesión o enfermedad. Rellene la parte correspondiente al empleado, fírmela y devuélvala a su empleador. A continuación, su empleador presentará el reclamo al administrador de reclamos. Su empleador debe autorizar el tratamiento en el plazo de un día hábil a partir de la recepción del **formulario de reclamos DWC 1**. Si la lesión se debe a exposiciones repetidas, dispone **de un año** desde el momento en que se dio cuenta de que su lesión estaba relacionada con el trabajo para presentar un reclamo.

En ambos casos, puede recibir hasta $10,000 en concepto de atención médica pagada por el empleador hasta que se acepte o deniegue su reclamo. El administrador de reclamos tiene hasta 90 días para decidir si acepta o rechaza su reclamo; de lo contrario, su caso se presume pagadero. Su empleador o el administrador de reclamos le enviarán "avisos de beneficios" que le informarán de la situación de su reclamo.

MÁS SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA

¿Qué es un médico tratante principal (Primary Treating Physician, PTP)?

Es el médico responsable del tratamiento de su lesión o enfermedad. Él o ella pueden ser:

- El médico que nombra por escrito antes de lesionarse en el trabajo.
- Un médico de la red de proveedores médicos (Medical Provider Network, MPN).
- El médico elegido por su empleador durante los 30 primeros días de la lesión si su empleador no dispone de una MPN.
- El médico que haya elegido después de los primeros 30 días si su empleador no dispone de una MPN.

¿Qué es una red de proveedores médicos (MPN)?
Una MPN es un grupo selecto de proveedores de atención médica que tratan a trabajadores lesionados. Consulte a su empresa si utiliza una MPN. Si no ha nombrado a un médico antes de lesionarse y su empleador utiliza una MPN, acudirá a un médico de la MPN; después de su primera visita, es libre de elegir otro médico de la lista de la MPN.

¿Qué es la designación previa?
La designación previa es cuando nombra a su médico habitual para que lo trate si se lesiona en el trabajo. El médico debe ser doctor en medicina (Medical Doctor, MD), doctor en medicina osteopática (Doctor of Osteopathic Medicine, DO) o un grupo médico con un MD o DO. Debe nombrar a su médico por escrito antes de lesionarse o enfermarse; puede designar previamente a un médico si tiene cobertura de atención médica para lesiones y enfermedades no laborales. El médico debe:

- Haberlo tratado.
- Haber mantenido su historial y expedientes médicos antes de la lesión.
- Haber acordado tratarlo por una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo antes de que se lesionara o enfermara.

Puede utilizar el formulario de "designación previa de médico personal" incluido en este folleto. Después de rellenar el formulario, no olvide entregárselo a su empleador; si su empleador no tiene una MPN aprobada, puede nombrar a su quiropráctico o acupunturista para que le trate las lesiones relacionadas con el trabajo. El aviso del quiropráctico o acupunturista personal debe hacerse por escrito antes de que se lesione. Puede utilizar el formulario incluido en este folleto; Después de rellenar el formulario, no olvide entregárselo a su empleador;

Con algunas excepciones, la ley estatal no permite que un quiropráctico siga siendo su médico tratante después de **24 consultas**. Una vez que haya recibido 24 consultas quiroprácticas, si sigue necesitando tratamiento médico, tendrá que elegir un nuevo médico que no sea quiropráctico. Por "consulta quiropráctica" se entiende cualquier visita a un consultorio quiropráctico, independientemente de que los servicios prestados impliquen manipulación quiropráctica o se limiten a evaluación y gestión.

Las excepciones a las 24 consultas incluyen las consultas de medicina física posquirúrgicas prescritas por el cirujano, o el médico designado por el cirujano, en virtud del componente posquirúrgico del Programa de Utilización de Tratamientos Médicos de la División de Compensación por Accidentes Laborales, o si su empleador ha autorizado consultas adicionales por escrito.

¿Y SI HAY ALGÚN PROBLEMA?

Si tiene alguna preocupación, dígalo. Hable con su empleador o con el administrador de reclamos que tramita su reclamo e intente resolver el problema; si esto no funciona, pida ayuda probando lo siguiente:

Póngase en contacto con la Unidad de Información y Asistencia (Information and Assistance, I&A) de la División de Compensación de Trabajadores: Division of Workers' Compensation, DWC). Las 24 oficinas de la DWC repartidas por todo el estado ofrecen información y asistencia sobre derechos, beneficios y obligaciones en virtud de las leyes de compensación por accidentes laborales de California. Los funcionarios de la I&A ayudan a resolver conflictos sin procedimientos formales. Su meta es conseguirle beneficios completos y a tiempo; sus servicios son gratuitos. Para ponerse en contacto con la Unidad de I&A más cercana, visite www.dir.ca.gov/dwc/ianda.html o llame al 1-800-736-7401.

La Unidad de I&A más cercana se encuentra en:

Dirección: 1880 N. Main St. Ste 100 Salinas, CA 93906

Número de teléfono: (831) 443-3058

Consulte con un abogado

La mayoría de los abogados ofrecen una consulta gratuita. Si decide contratar a un abogado, sus honorarios pueden deducirse de algunos de sus beneficios. Para obtener los nombres de los abogados de compensación por accidentes laborales, llame al Colegio de Abogados del Estado de California al 1-415-538-2120 o visite su sitio web en www.californiaspecialist.org. También puede obtener una lista de abogados en la Unidad de I&A local llamando al 1-800-736-7401.

Advertencia

Es posible que su empleador no le pague la compensación de trabajadores si se lesiona en una actividad recreativa, social o deportiva voluntaria fuera del trabajo que no forme parte de sus obligaciones laborales.

Derechos adicionales

También puede tener otros derechos en virtud de la Ley federal de Americanos con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA) o la Ley de Justicia en el Empleo y la Vivienda (Fair Employment and Housing Act, FEHA) de California. Para obtener más información, póngase en contacto con el Departamento de Derechos Civiles (Civil Rights Department, CRD) de California, llamando al 1-800-884-1684, o con la Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo (Equal Employment Opportunity Commission, EEOC), llamando al 1-800-669-4000.

La información contenida en este folleto se ajusta a los requisitos informativos que figuran en las secciones 3551 y 3553 del Código Laboral y en las secciones 9880 y 9883 del título 8 del Código de Reglamentos de California. Este documento ha sido aprobado por el director administrativo de la División de Compensación de Trabajadores.

Visite el sitio web de la División de Compensación de Trabajadores
www.dwc.ca.gov o llame al 1-800-736-7401
Departamento de Relaciones Industriales
1515 Clay Street, 17th Floor
Oakland, CA 94612

PRINT CLEAR

DESIGNACIÓN PREVIA DE MÉDICO PERSONAL

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

- En la fecha de su lesión laboral usted tiene cobertura de atención médica para lesiones o enfermedades no laborales;
- el médico es su médico regular, que será o un médico que ha limitado su práctica médica a medicina general o un internista certificado o elegible para serlo, 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 personal" puede ser un grupo médico si es una corporación o sociedad o asociación compuesta de doctores certificados en medicina u osteopatía, que opera un grupo médico multidisciplinario integrado que predominantemente proporciona amplios servicios médicos para lesiones y enfermedades no laborales;
- 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 personal lo trate para una lesión o enfermedad laboral y (2) el nombre y dirección comercial de su médico personal.

Puede usar este formulario para notificarle a su empleador si usted desea que su médico personal o médico osteópata lo trate para una lesión o enfermedad de trabajo y que los requisitos mencionados arriba se cumplan.

AVISO DE DESIGNACIÓN PREVIA DE MÉDICOPERSONAL

Empleado: Rellene esta sección.

A:_____(nombre del empleador) Si sufro una lesión o enfermedad laboral, 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):

_____
Dirección del Empleado:

_____

Nombre de Compañía de Seguros, Plan o Fondo proporcionando cobertura médica para lesiones o enfermedades no laborales:

_____

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 a ser designado previamente de acuerdo al Código de Reglamentos de California, Título 8, sección 9780.1(a) (3).

Título 8, Código de Reglamentos de California, sección 9783.

PRINT CLEAR

§9783.1 Formulario 9783.1 de la DWC: Aviso de Quiropráctico Personal o Acupuntor Personal

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, es posible que pueda cambiar su médico que lo atiende a su quiropráctico o acupuntor personal después de una lesión o enfermedad laboral. Para tener derecho 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.

AVISO: Si la fecha de su lesión es durante o después del 1 de enero, 2004, un quiropráctico no puede ser su médico que lo atiende después de que haya recibido 24 consultas quiroprácticas a no ser que su empleador ha autorizado consultas adicionales por escrito. El término "consulta quiropráctica" significa cualquier consulta en un consultorio quiropráctica, sin importar si los servicios cumplidos conllevan manipulación quiropráctica o se limitan a evaluación y manejo. Una vez que haya recibido 24 consultas quiroprácticas, si aún necesita tratamiento médico, usted tendrá que escoger un nuevo médico que no sea quiropráctico. Esta prohibición no se aplicará a consultas por medicina física pos-quirúrgica prescrita por el cirujano o médico designado por el cirujano, bajo el componente pos-quirúrgico del Catálogo de Utilización de Tratamientos Médicos o MTUS de la División de Compensación de Trabajadores.

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):

_____

Dirección del Empleado:

_____

Firma del Empleado_____ Fecha:_____

Título 8, Código de Reglamentos de California, sección 9783.1. (Formulario 9783.1 Opcional de la DWC Vigente a partir del 1 de julio, 2014)