



York Risk Services Group

P.O. Box 619079

Roseville, CA 95661

Telephone - (866) 221-2402

FAX - (866) 548-2637

## WORKERS' COMPENSATION INJURY REPORT KIT

These materials are to be used to report an on-the-job injury or illness.

### ***INJURIES MUST BE REPORTED WITHIN 24 HOURS!***

- 1. EMPLOYEE'S CLAIM FOR WORKERS' COMPENSATION BENEFITS (DWC-1)**  
The Employer provides this form to the injured Employee within twenty-four (24) hours of **knowledge of injury**.
  - A. Employee completely reads and fills-in #s 1-8
  - B. Employee keeps the green copy and returns the other copies to the Employer.
  - C. The Employer completes #s 9-18 (Note #14 is York)
  - D. The Employer sends the yellow copy to York and keeps the other copies on file.
- 2. REPORT OF OCCUPATIONAL INJURY OR ILLNESS (5020)**  
In an effort to go paperless and streamline the reporting process, employers are encouraged to report an occupational injury or illness via our secure internet site. York electronically submits your 5020 to the State of California. Contact your Unit Manager for further information.
- 3. EMPLOYER PROVIDES INJURED EMPLOYEE WITH THE FOLLOWING ADDITIONAL ITEMS (in appropriate language format where provided)**
  - A. DWC-1 Claim Form
- 4. POSTING NOTICES ARE ALSO PROVIDED IN THIS PACKAGE. IMMEDIATELY DISPLAY THESE NOTICES IN A LOCATION THAT IS EASILY SEEN BY ALL EMPLOYEES!!**
- 5. MEDICAL PROVIDER NETWORK PAMPHLET(S) (IF APPLICABLE)**

**REMEMBER!**  
**A copy of item 1**  
**MUST be sent to York**

*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.*

**JUEGO DE FORMULARIOS DE INFORME DE LESION DE LA COMPENSACION PARA LOS TRABAJADORES**  
Este material debe ser usado para reportar un accidente en el trabajo.

### ***LESIONES DEBEN SER REPORTADAS EN 24 HORAS A MAS TARDAR!***

- 1. RECLAMO DEL EMPLEADO PARA BENEFICIOS DE COMPENSACION DEL TRABAJADOR (DWC-1)**  
El patron le da este formulario al empleado dentro de los 24 horas siguientes al enterarse de la lesion del empleado.
  - A. El empleado lee y llena por completo los numeros 1 - 8.
  - B. El empleado se queda con la copia verde y le regresa las otras copias al patron.
  - C. El patron llena los numeros 9 - 18. (el numero 14 is York)
  - D. El patron manda la copia amarilla a York y se queda con las otras copias.
- 2. REPORTE DE LESION O ENFERMEDAD OCUPACIONAL (5020)**  
En un esfuerzo de usar menos papel y carenar el proceso que informa, los empleadores son alentados a informar una herida o la enfermedad profesionales via nuestro sitio seguro de internet. York se somete electrónicamente su 5020 al Estado de California. Contáctese a su Director/Directora de cuenta para la información adicional.
- 3. EL PATRON LE PROPORCIONA AL EMPLEADO LESIONADO LOS SIGUIENTES ARTICULOS ADICIONALES (en el lenguaje apropiado cuando es posible).**
  - A. Formulario (DWC-1)
- 4. CARTELES DE AVISO TAMBIEN SON PROPORCIONADOS EN ESTE PAQUETE. DESPLIEGUE A ESTOS AVISOS DE INMEDIATO, EN UN LUGAR QUE ESTA FACILMENTE A LA VISTA DE TODOS LOS EMPLEADOS!!**
- 5. FOLLETO(S) DE RED DE PROVEEDORES MÉDICOS (SÍ APLICA)**

**RECUERDE!**  
**Una copia del articulo 1 TIENE**  
**que ser MANDADA a York**

*Toda aquella persona que sabiendo haga o cause que se produzca cualquier falsas o fraudulentas alegaciones o representaciones con el fin de obtener o negar beneficios o pagos de compensación de trabajadores lesionados es culpable de un crimen mayor.*

# 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 despida, 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

**EMPLOYER'S REPORT  
OF OCCUPATIONAL  
INJURY OR ILLNESS**

Fatality

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

NOTICE: California law requires employers to report within **five days** of knowledge every occupational injury or illness which results in lost time beyond the date of the incident **OR** 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 **five days** of knowledge an amended report indicating death. In addition, every serious injury/illness or death must be **reported immediately** by telephone or telegraph to the nearest office of the California Division of Occupational Safety and Health.

<b>EMPLOYER</b>	1. FIRM NAME			1A. POLICY NUMBER	<b>DO NOT USE THIS COLUMN</b>				
	2. MAILING ADDRESS (Number, Street, City and Zip)			2A. PHONE NUMBER		Case No.			
	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.			Industry			
6. TYPE OF EMPLOYER <input type="checkbox"/> PRIVATE <input type="checkbox"/> STATE <input type="checkbox"/> CITY <input type="checkbox"/> COUNTY <input type="checkbox"/> SCHOOL DIST. <input type="checkbox"/> OTHER GOVERNMENT - SPECIFY _____					Occupation				
<b>INJURY OR ILLNESS</b>	7. DATE OF INJURY OR ONSET OF ILLNESS (mm/dd/yy)		8. TIME INJURY/ILLNESS OCCURRED _____ A.M. _____ P.M.		9. TIME EMPLOYEE BEGAN WORK _____ A.M. _____ P.M.	10. IF EMPLOYEE DIED, DATE OF DEATH (mm/dd/yy)		Sex	
	11. UNABLE TO WORK FOR AT LEAST ONE FULL DAY AFTER DATE OF INJURY? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		12. DATE LAST WORKED (mm/dd/yy)		13. DATE RETURNED TO WORK (mm/dd/yy)		14. IF STILL OFF WORK, CHECK THIS BOX <input type="checkbox"/>		Age
	15. PAID FULL WAGES FOR DAY OF INJURY OR LAST DAY WORKED? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		16. SALARY BEING CONTINUED? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		17. DATE OF EMPLOYER'S KNOWLEDGE/NOTICE OF INJURY/ILLNESS (mm/dd/yy)		18. DATE EMPLOYEE WAS PROVIDED EMPLOYEE CLAIM FORM (mm/dd/yy)		Daily hours
	19. SPECIFIC INJURY/ILLNESS AND PART OF BODY AFFECTED, MEDICAL DIAGNOSIS, if available, e.g., second degree burns on right arm, tendonitis of left elbow, lead poisoning.								Days per week
	20. LOCATION WHERE EVENT OR EXPOSURE OCCURRED (Number, Street and City)				20A. COUNTY		21. ON EMPLOYER'S PREMISES? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		Weekly Hours
	22. DEPARTMENT WHERE EVENT OR EXPOSURE OCCURRED, e.g., shipping department, machine shop.					23. OTHER WORKERS INJURED/ILL IN THIS EVENT? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			Weekly wage
	24. EQUIPMENT, MATERIALS AND CHEMICALS THE EMPLOYEE WAS USING WHEN EVENT OR EXPOSURE OCCURRED, e.g., acetylene, welding torch, farm tractor, scaffold.								County
	25. SPECIFIC ACTIVITY THE EMPLOYEE WAS PERFORMING WHEN EVENT OR EXPOSURE OCCURRED, e.g., welding seams of metal forms, loading boxes onto truck.								Nature of injury
	26. HOW INJURY/ILLNESS OCCURRED. DESCRIBE SEQUENCE OF EVENTS. SPECIFY OBJECT OR EXPOSURE WHICH DIRECTLY PRODUCED THE INJURY/ILLNESS, eg., 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.								Part of body
									Source
27. NAME AND ADDRESS OF PHYSICIAN (Number, Street, City and Zip)					27A. PHONE NUMBER			Event	
28. HOSPITALIZED AS AN INPATIENT OVERNIGHT? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO IF YES THEN, NAME AND ADDRESS OF HOSPITAL (Number, Street, City and Zip)					28A. PHONE NUMBER			Sec. Source	
					29. EMPLOYEE TREATED IN EMERGENCY Room? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			Extent of injury	

**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)(2)(E)2.**

NOTE: Shaded boxes indicate confidential employee information as listed in CCR Title 8 14300.35(b)(2)(E)2.\*

<b>EMPLOYEE</b>	30. EMPLOYEE NAME			31. SOCIAL SECURITY		32. DATE OF BIRTH (mm/dd/yy)		
	33. HOME ADDRESS (Number, Street, City and Zip)					33A. PHONE NUMBER		
	34. SEX <input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE		35. OCCUPATION (Regular job title - NO initials, abbreviations or numbers)				36. DATE OF HIRE (mm/dd/yy)	
	37. EMPLOYEE USUALLY WORKS _____ hours per day _____ days per week _____ total weekly hours			37A. EMPLOYMENT STATUS (check applicable status at time of injury) <input type="checkbox"/> regular full-time <input type="checkbox"/> part-time <input type="checkbox"/> temporary <input type="checkbox"/> seasonal			37B. Under what class code of your policy were wages assigned?	
38. GROSS WAGES/SALARY \$ _____ per _____				39. OTHER PAYMENTS NOT REPORTED AS WAGES/SALARY (e.g., tips, meals, lodging, overtime, bonuses, etc.)? <input type="checkbox"/> YES, \$ _____ per _____ <input type="checkbox"/> NO				

\*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.

Completed by (type or print)	Signature	Title	Date (mm/dd/yy)
------------------------------	-----------	-------	-----------------



## 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 York Risk Services Group Phone (866) 221-2402

Workers' compensation insurer Self-insured (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 York Risk Services Group Teléfono (866) 221-2402

Asegurador del Seguro de Compensación de trabajador Autoasegurado (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** o **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.**

# FRAUD

## COMMIT WORKERS' COMP FRAUD AND YOU'LL HAVE A LOT OF TIME ON YOUR HANDS

Workers' compensation fraud is now illegal in California. As of January 1, 1994 any person who files or contributes to the filing of a false workers' comp claim is committing a crime punishable by a prison sentence and/or a penalty fine.

### **What is a fraudulent claim?**

Here are some examples of activities for which you can be prosecuted:

#### **•Filing a claim for a non-existing injury**

If you file a claim for an injury or illness that does not exist, you are guilty of workers' compensation fraud.

#### **•Filing a claim for a non-work related injury**

If you are injured off the job, but pretend it happened at work so you can collect workers' comp benefits, you are committing a felony.

#### **•Aiding a co-worker in filing a false claim**

If you make a false statement to support a fellow employee's claim for benefits, you are participating in a crime.

The law also applies to other participants in the workers' compensation systems:

#### **•Attorneys**

If an attorney knowingly makes fraudulent statements for the purpose of obtaining workers' comp benefits for his or her client, he or she is guilty of a felony. If an attorney who negotiates workers' comp claims offers commissions to any person for the referral or solicitation of clients, he or she can face suspension or disbarment and a prison term.

#### **•Doctors**

If a doctor knowingly prepares false written reports in order to obtain payments, he or she can lose his or her medical license. It is a crime to assist or conspire with any person who engages in fraudulent activity.

Fraud harms employers by contributing to the increasingly high cost of insurance and harms employees by undermining the legitimacy of all workers' compensation claims. Do your part to halt fraud today!

“ Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for the payment of a loss is guilty of a crime, and may be subject to imprisonment in the state prison for up to 5 years, or by a fine up to \$150,000, or both.”



# FRAUDE

## COMITÉ FRAUDE DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES Y TENDRA' MUCHO TIEMPO EN SUS MANOS

Fraude de compensación de trabajadores es ahora ilegal en California. Deeds el primer de Enero de 1994, cual quien persona que entabla o, contribuye en la entablación de un reclamo de compensación de trabajadores de fraude esta cometiendo un delito penable por condena de cárcel y, también pena de multa.

### ¿Qué es reclamo de fraudulencia?

Lo siguientes son ejemplos de actividades a lo cual se puede ser procesado:

- **Entabla un reclamo de lesión que no existe**

Si entable un reclamo para lesión o enfermedad que no existe, eres culpable de fraud de compensación de trabajadores.

- **Entablado un reclamo de lesión que no esta relacionado a su trabajo**

Si esta lesionado afuera del trabajo, pero pretende que paso' durante el transcurso del trabajo para que pudiere cobrar beneficios de compensación de trabajadores, esta cometiendo un delito mayor.

- **Asistiendo un compañero del trabajo en entablar reclamo falso**

Si se hace declaración falsa para apoyar el reclamo del campanero del trabajo para poder él/ella cobrar beneficios, sé esta involucrando en un de-

lito.

También se le aplica la ley a otros participantes en el sistema de compensación de trabajadores:

- **Licenciados**

Si un licenciado intencionalmente dária declaraciones falsas, para el propósito de que su cliente obtenga beneficios de compensación de trabajadores, ese licenciado es culpable de un delito mayor. Si un licenciado a quien hace negaciones, ofrezca comisiones a cual quien persona para un refiere o solicitud de cliente para reclamos de compensación de trabajadores, él/ella se puede encontrar enfrentado con suspensión o exclusión del foro y la cárcel.

- **Médicos**

Si un médico intencionalmente prepara reportes por escritos falsos para cobrar pagamentos, él/ella puede perder su titulo de medico. Es un delito asistir o, conspirer con cual quien persona quien se involucra en actividades de fraudulencia.

Fraudulencia daña a los empleadores por contribuyendo a los gastos de seguro que se aumentan cada vez mas y daña a los empleados por socavar la legitimidad de todos los reclamos de compensación de trabajadores. ¡Haga su parte hoy en parar fraudulencia!

“ Cual quien persona quien intencionalmente se presenta con un reclamo fraudulento para recibir beneficios de pagos es culpable de un delito, y puede ser sometido a encarcelación por prisión por hasta 5 años, o por una multa de hasta \$150,000, o ambos.”