



Work-Related Injury Reporting

The most important step in dealing with an employee injured on the job is getting him or her appropriate medical care. Next is making certain that the claim is reported immediately. The sooner claims are reported the better the outcome for both the injured worker and the Archdiocese.

Ways to Report a Claim:

Online

1. Contact Pam Hart to obtain a user name and password. Contact Pam at (661) 775-4075.
2. Go to www.yorkrsg.com, click on Login and then select CALIFORNIA 5020.
3. Enter your USER NAME & PASSWORD information and LOGIN
4. Click on SUBMIT A NEW 5020
5. After you have completed 5020 either:
 - a) Submit New Loss
 - b) Save as Incomplete
 - c) Exit (will not save your 5020)

If you need assistance, please contact York, Pam Hart at (661) 775-4075.

By Fax

Fax sheets are included in the claims kit. All fax should be sent to **(800) 921-7683**.

By Phone

Call **(866) 391-9675** press 1.

The following information will assist in getting claims set up accurately and timely:

Employer Information

- Employer Name
- Location

Injured Worker Information

- Name, Date of Birth, Address, Phone Number
- Social Security Number

- Age, Gender
- Marital Status, Number of Dependents
- Hire Date, Years in Current Position
- Current Wage Information

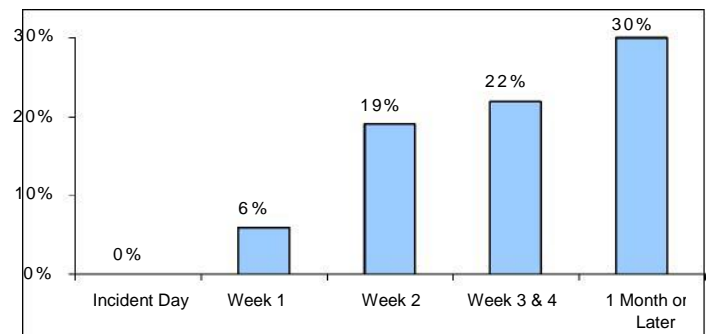
Details of Incident

- When was the accident reported to you and by whom (date, time)?
- Address where injury occurred?
- Type of injury (burn, cut, etc.)?
- Exact body part injured?
- What was the cause of the accident (slip & fall, struck by object, etc.)?
- Do you have any reason to question this injury?
- What are the estimated number of days the employee will lose due to the injury?

Finding Medical Providers

WellComp Managed Care Services is an affiliate of York which includes Medical Management Services for injured employees. The WellComp website, www.WellComp.com, allows the injured worker easy access to the many medical providers in your area. Instructions and contact information is included in the claims kit.

Effect of Timely Reporting on Loss Costs Early reporting of claims is essential to both the injured worker and the employer. Employees return to work sooner and medical costs are reduced.



Includes Medical Only and Lost Time Claims



York Risk Services Group

PO Box 619079

Roseville, CA 95661

FAX (800) 921-7683

Claim Intake Center Only (866) 391-9675

Claims Kit Contents & Instructions

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) (Can be photocopied, in its entirety)

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. MEDICAL CARE

In an emergency, please contact 911. Otherwise, refer to the employee to one of the facilities identified on the enclosed Medical Care Location sheet. You can also find providers online at www.wellcomp.com

3. REPORT OF OCCUPATIONAL INJURY OR ILLNESS (5020)

Within 24 hours of your knowledge, report the claim to York by faxing a copy of the 5020 to our set-up desk at (800) 921-7683. A fax cover sheet has been included in this package for your convenience.

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 or visit www.yorkisg.com and select Claims Connect Access.

4. FAX COVER SHEET

Please use this fax cover sheet when sending claims related documents to York, such as a 5020, DWC-1, or wage statements.

5. POSTING NOTICES ARE ALSO PROVIDED IN THIS PACKAGE. IMMEDIATELY DISPLAY THESE NOTICES IN A LOCATION THAT IS EASILY SEEN BY ALL EMPLOYEES!!

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) (Puede ser fotocopiado, en su totalidad)

El patron le da este formulario al empleado dentro de los 24 horas siguientes al enterarse de la lesion del empleado.

- E. El empleado lee y llena por completo los numeros 1 - 8.
- F. El empleado se queda con la copia verde y le regresa las otras copias al patron.
- G. El patron llena los numeros 9 - 18. (el numero 14 es York)
- H. El patron manda la copia amarilla a York y se queda con las otras copias.

2. EI CUIDADO MEDICO

En una emergencia, contacta por favor 911. De otro modo, se refiere al empleado a uno de las facilidades identificadas en la hoja Médica encerrada de la Ubicación del Cuidado. You can also find providers online at www.wellcomp.com

3. REPORTE DE LESION O ENFERMEDAD OCUPACIONAL (5020)

Dentro de 24 horas de su conocimiento, informe el reclamo a York telecopiando una copia del 5020 a nuestro escritorio del arreglo en (800) 921-7683. Una hoja de la cobertura del fax ha sido incluida en este paquete para su conveniencia.

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 vía 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 o la visita www.yorkisg.com y selecciona Acceso de Cliente

4. TELECOPIE COBERTURA HOJA

Utiliza por favor esta hoja de cobertura de fax al enviar reclamos relacionaron documentos a York, como un 5020, DWC -1, o declaraciones de sueldo.

5. CARTELES DE AVISO TAMBIEN SON PROPORCIONADOS EN ESTE PAQUETE. DESPLIEGUE A ESTOS AVISOS DE INMEDIATIO, EN UN LUGAR QUE ESTA FACILMENTE A LA VISTA DE TODOS LOS EMPLEADOS!!

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

Toda aquella persona que sabie`ndolo haga o cause que se produzca cualquier **falsas o fraudulentas** alegaciones o representaciones con el fin de **obtener o negar beneficios** o pagos de compensacio`n de trabajadores lesionados es **culpable de uncrimen mayor.**



ARCHDIOCESE OF LOS ANGELES

Medical Care Location Sheet

US Healthworks
19401 S. Vermont Ave, Bldg. L, Suite 100
Torrance, CA 90502
(310) 324-5777

*You can locate additional providers
online at www.wellcomp.com Please reverse for
additional instructions*



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. Use the attached form to file 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 you file a claim, the claims administrator, who is responsible for handling your claim, must notify you within 14 days whether your claim is accepted or whether additional investigation is needed.

To file a claim, complete the "Employee" section of the form, keep one copy and give the rest to your employer. Do this right away to avoid problems with your claim. In some cases, benefits will not start until you inform your employer about your injury by filing a claim form. Describe your injury completely. Include every part of your body affected by the injury. If you mail the form to your employer, use first-class or certified mail. If you buy a return receipt, you will be able to prove that the claim form was mailed and when it was delivered. Within one working day after you file the claim form, your employer must complete the "Employer" section, give you a dated copy, keep one copy, and send one to the claims administrator.

Medical Care: Your claims administrator will pay for all reasonable and necessary medical care for your work injury or illness. Medical benefits are subject to approval and may include treatment by a doctor, hospital services, physical therapy, lab tests, x-rays, medicines, equipment and travel costs. Your claims administrator will pay the costs of approved medical services directly so you should never see a bill. There are limits on chiropractic, physical therapy, and other occupational therapy visits.

The Primary Treating Physician (PTP) is the doctor with the overall responsibility for treatment of your injury or illness.

- If you previously designated your personal physician or a medical group, you may see your personal physician or the medical group after you are injured.
- If your employer is using a medical provider network (MPN) or Health Care Organization (HCO), in most cases, you will be treated in the MPN or HCO unless you predesignated your personal physician or a medical group. An MPN is a group of health care providers who 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 is not using an MPN or HCO, in most cases, the claims administrator can choose the doctor who first treats you unless you predesignated your personal physician or a medical group.
- If your employer has not put up a poster describing your rights to workers' compensation, you may be able to be treated by your personal physician right after you are injured.

Within one working day after you file a claim form, your employer or the claims administrator must authorize up to \$10,000 in treatment for your injury, consistent with the applicable treating guidelines until the claim is accepted or rejected. If the employer or claims administrator does not authorize treatment right away, talk to your supervisor, someone else in management, or the claims administrator. Ask for treatment to be authorized right now, while waiting for a decision on your claim. If the employer or claims administrator will not authorize treatment, use your own health insurance to get medical care. Your health insurer will seek reimbursement from the claims administrator. If you do not have health insurance, there are doctors, clinics or hospitals that will treat you without immediate payment. They will seek reimbursement from the claims administrator.

Switching to a Different Doctor as Your PTP:

- If you are being treated in a Medical Provider Network (MPN), you may switch to other doctors within the MPN after the first visit.
- If you are being treated in a Health Care Organization (HCO), you may switch at least one time to another doctor within the HCO. You may switch to a doctor outside the HCO 90 or 180 days after your injury is reported to your employer (depending on whether you are covered by employer-provided health insurance).
- If you are not being treated in an MPN or HCO and did not predesignate, you may switch to a new doctor one time during the first 30 days after your injury is reported to your employer. Contact the claims administrator to switch doctors. After 30 days, you may switch to a doctor of your choice if

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. Utilice el formulario adjunto 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 usted presenta un reclamo, el administrador de reclamos, quien es responsable por el manejo de su reclamo, debe notificarle dentro de 14 días si se acepta su reclamo o si se necesita investigación adicional.

Para presentar un reclamo, llene la sección del formulario designada para el "Empleado," guarde una copia, y déle el resto a su empleador. Haga esto de inmediato para evitar problemas con su reclamo. En algunos casos, los beneficios no se iniciarán hasta que usted le informe a su empleador acerca de su lesión mediante la presentación de un formulario de reclamo. Describa su lesión por completo. Incluya cada parte de su cuerpo afectada por la lesión. Si usted le envía por correo el formulario a su empleador, utilice primera clase o correo certificado. Si usted compra un acuse de recibo, usted podrá demostrar que el formulario de reclamo fue enviado por correo y cuando fue entregado. Dentro de un día laboral después de presentar el formulario de reclamo, su empleador debe completar la sección designada para el "Empleador," le dará a Ud. una copia fechada, guardará una copia, y enviará una al administrador de reclamos.

Atención Médica: Su administrador de reclamos pagará por toda la atención médica razonable y necesaria para su lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. Los beneficios médicos están sujetos a la aprobación y pueden incluir tratamiento por parte de un médico, los servicios de hospital, la terapia física, los análisis de laboratorio, las medicinas, equipos y gastos de viaje. Su administrador de reclamos pagará directamente los costos de los servicios médicos aprobados de manera que usted nunca verá una factura. Hay límites en terapia quiropráctica, física y otras visitas de terapia ocupacional.

El Médico Primario que le Atiende (Primary Treating Physician- PTP) es el médico con la responsabilidad total para tratar su lesión o enfermedad.

- Si usted designó previamente a su médico personal o a un grupo médico, usted podrá ver a su médico personal o grupo médico después de lesionarse.
- Si su empleador está utilizando una red de proveedores médicos (*Medical Provider Network- MPN*) o una Organización de Cuidado Médico (*Health Care Organization- HCO*), en la mayoría de los casos, usted será tratado en la *MPN* o *HCO* a menos que usted hizo una designación previa de su médico personal o grupo médico. Una *MPN* es un grupo de proveedores de asistencia médica quien da 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 está utilizando una *MPN* o *HCO*, en la mayoría de los casos, el administrador de reclamos puede elegir el médico que lo atiende primero a menos de que usted hizo una designación previa de su médico personal o grupo médico.
- Si su empleador no ha colocado un cartel describiendo sus derechos para la compensación de trabajadores, Ud. puede ser tratado por su médico personal inmediatamente después de lesionarse.

Dentro de un día laboral después de que Ud. Presente un formulario de reclamo, su empleador o el administrador de reclamos debe autorizar hasta \$10000 en tratamiento para su lesión, de acuerdo con las pautas de tratamiento aplicables, hasta que el reclamo sea aceptado o rechazado. Si el empleador o administrador de reclamos no autoriza el tratamiento de inmediato, hable con su supervisor, alguien más en la gerencia, o con el administrador de reclamos. Pida que el tratamiento sea autorizado ya mismo, mientras espera una decisión sobre su reclamo. Si el empleador o administrador de reclamos no autoriza el tratamiento, utilice su propio seguro médico para recibir atención médica. Su compañía de seguro médico buscará reembolso del administrador de reclamos. Si usted no tiene seguro médico, hay médicos, clínicas u hospitales que lo tratarán sin pago inmediato. Ellos buscarán reembolso del administrador de reclamos.

Cambiando a otro Médico Primario o PTP:

- Si usted está recibiendo tratamiento en una Red de Proveedores Médicos

your employer or the claims administrator has not created or selected an MPN.

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.

Problems with Medical Care and Medical Reports: At some point during your claim, you might disagree with your PTP about what treatment is necessary. If this happens, you can switch to other doctors as described above. If you cannot reach agreement with another doctor, the steps to take depend on whether you are receiving care in an MPN, HCO, or neither. For more information, see "Learn More About Workers' Compensation," below.

If the claims administrator denies treatment recommended by your PTP, you may request independent medical review (IMR) using the request form included with the claims administrator's written decision to deny treatment. The IMR process is similar to the group health IMR process, and takes approximately 40 (or fewer) days to arrive at a determination so that appropriate treatment can be given. Your attorney or your physician may assist you in the IMR process. IMR is not available to resolve disputes over matters other than the medical necessity of a particular treatment requested by your physician.

If you disagree with your PTP on matters other than treatment, such as the cause of your injury or how severe the injury is, you can switch to other doctors as described above. If you cannot reach agreement with another doctor, notify the claims administrator in writing as soon as possible. In some cases, you risk losing the right to challenge your PTP's opinion unless you do this promptly. If you do not have an attorney, the claims administrator must send you instructions on how to be seen by a doctor called a qualified medical evaluator (QME) to help resolve the dispute. If you have an attorney, the claims administrator may try to reach agreement with your attorney on a doctor called an agreed medical evaluator (AME). If the claims administrator disagrees with your PTP on matters other than treatment, the claims administrator can require you to be seen by a QME or AME.

Payment for Temporary Disability (Lost Wages): If you can't work while you are recovering from a job injury or illness, you may receive temporary disability payments for a limited period. 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.

Stay at Work or Return to Work: Being injured does not mean you must stop working. If you can continue working, you should. If not, it is important to go back to work with your current employer as soon as you are medically able. Studies show that the longer you are off work, the harder it is to get back to your original job and wages. While you are recovering, your PTP, your employer (supervisors or others in management), the claims administrator, and your attorney (if you have one) will work with you to decide how you will stay at work or return to work and what work you will do. Actively communicate with your PTP, your employer, and the claims administrator about the work you did before you were injured, your medical condition and the kinds of work you can do now, and the kinds of work that your employer could make available to you.

Payment for Permanent Disability: If a doctor says you have not recovered completely from your injury and you will always be limited in the work you can do, you may receive additional payments. The amount will depend on the type of injury, extent of impairment, your age, occupation, date of injury, and your wages before you were injured.

Supplemental Job Displacement Benefit (SJDB): If you were injured on or after 1/1/04, and your injury results in a permanent disability and your employer does not offer regular, modified, or alternative work, you may qualify for a nontransferable voucher payable for retraining and/or skill enhancement. If you qualify, the claims administrator will pay the costs up to the maximum set by state law.

Death Benefits: If the injury or illness causes death, payments may be made to a

(Medical Provider Network- MPN), usted puede cambiar a otros médicos dentro de la MPN después de la primera visita.

- Si usted está recibiendo tratamiento en un Organización de Cuidado Médico (Healthcare Organization- HCO), es posible cambiar al menos una vez a otro médico dentro de la HCO. Usted puede cambiar a un médico fuera de la HCO 90 o 180 días después de que su lesión es reportada a su empleador (dependiendo de si usted está cubierto por un seguro médico proporcionado por su empleador).
- Si usted no está recibiendo tratamiento en una MPN o HCO y no hizo una designación previa, usted puede cambiar a un nuevo médico una vez durante los primeros 30 días después de que su lesión es reportada a su empleador. Póngase en contacto con el administrador de reclamos para cambiar de médico. Después de 30 días, puede cambiar a un médico de su elección si su empleador o el administrador de reclamos no ha creado o seleccionado una MPN.

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 serán revelados. Si usted solicita privacidad, es posible que el juez "selle" (mantenga privados) ciertos expedientes médicos.

Problemas con la Atención Médica y los Informes Médicos: En algún momento durante su reclamo, podría estar en desacuerdo con su PTP sobre qué tratamiento es necesario. Si esto sucede, usted puede cambiar a otros médicos como se describe anteriormente. Si no puede llegar a un acuerdo con otro médico, los pasos a seguir dependen de si usted está recibiendo atención en una MPN, HCO o ninguna de las dos. Para más información, consulte la sección "Aprenda Más Sobre la Compensación de Trabajadores," a continuación.

Si el administrador de reclamos niega el tratamiento recomendado por su PTP, puede solicitar una revisión médica independiente (*Independent Medical Review-IMR*), utilizando el formulario de solicitud que se incluye con la decisión por escrito del administrador de reclamos negando el tratamiento. El proceso de la IMR es parecido al proceso de la IMR de un seguro médico colectivo, y tarda aproximadamente 40 (o menos) días para llegar a una determinación de manera que se pueda dar un tratamiento apropiado. Su abogado o su médico le pueden ayudar en el proceso de la IMR. La IMR no está disponible para resolver disputas sobre cuestiones aparte de la necesidad médica de un tratamiento particular solicitado por su médico.

Si no está de acuerdo con su PTP en cuestiones aparte del tratamiento, como la causa de su lesión o la gravedad de la lesión, usted puede cambiar a otros médicos como se describe anteriormente. Si no puede llegar a un acuerdo con otro médico, notifique al administrador de reclamos por escrito tan pronto como sea posible. En algunos casos, usted arriesga perder el derecho a objetar a la opinión de su PTP a menos que hace esto de inmediato. Si usted no tiene un abogado, el administrador de reclamos debe enviarle instrucciones para ser evaluado por un médico llamado un evaluador médico calificado (*Qualified Medical Evaluator-QME*) para ayudar a resolver la disputa. Si usted tiene un abogado, el administrador de reclamos puede tratar de llegar a un acuerdo con su abogado sobre un médico llamado un evaluador médico acordado (*Agreed Medical Evaluator- AME*). Si el administrador de reclamos no está de acuerdo con su PTP sobre asuntos aparte del tratamiento, el administrador de reclamos puede exigirle que sea atendido por un QME o AME.

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. puede recibir pagos por incapacidad temporal por un periodo limitado. Estos pagos pueden cambiar o parar cuando su médico diga que Ud. está en condiciones de regresar a trabajar. Estos beneficios son libres de impuestos. Los pagos 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 puede trabajar durante más de 14 días.

Permanezca en el Trabajo o Regreso al Trabajo: Estar lesionado no significa que usted debe dejar de trabajar. Si usted puede seguir trabajando, usted debe hacerlo. Si no es así, es importante regresar a trabajar con su empleador actual tan

spouse and other 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.

Resolving Problems or Disputes: You have the right to disagree with decisions affecting your claim. If you have a disagreement, contact your employer or 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) or unemployment insurance (UI) benefits. Call the state Employment Development Department at (800) 480-3287 or (866) 333-4606, or go to their website at www.edd.ca.gov.

You Can Contact an Information & Assistance (I&A) Officer: State I&A officers answer questions, help injured workers, provide forms, and help resolve problems. Some I&A officers hold workshops for injured workers. To obtain important information about the workers' compensation claims process and your rights and obligations, go to www.dwc.ca.gov or contact an I&A officer of the state Division of Workers' Compensation. You can also hear recorded information and a list of local I&A offices by calling (800) 736-7401.

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 website at www.californiaspecialist.org.

Learn More About Workers' Compensation: For more information about the workers' compensation claims process, go to www.dwc.ca.gov. At the website, you can access a useful booklet, "Workers' Compensation in California: A Guidebook for Injured Workers." You can also contact an Information & Assistance Officer (above), or hear recorded information by calling 1-800-736-7401.

pronto como usted pueda medicamente hacerlo. Los estudios demuestran que entre más tiempo esté fuera del trabajo, más difícil es regresar a su trabajo original y a sus salarios. Mientras se está recuperando, su *PTP*, su empleador (supervisores u otras personas en la gerencia), el administrador de reclamos, y su abogado (si tiene uno) trabajarán con usted para decidir cómo va a permanecer en el trabajo o regresar al trabajo y qué trabajo hará. Comuníquese de manera activa con su *PTP*, su empleador y el administrador de reclamos sobre el trabajo que hizo antes de lesionarse, su condición médica y los tipos de trabajo que usted puede hacer ahora y los tipos de trabajo que su empleador podría poner a su disposición.

Pago por Incapacidad Permanente: Si un médico dice que no se ha recuperado completamente de su lesión y siempre será limitado en el trabajo que puede hacer, es posible que Ud. reciba pagos adicionales. La cantidad dependerá de la clase de lesión, grado de deterioro, su edad, ocupación, fecha de la lesión y sus salarios antes de lesionarse.

Beneficio Suplementario por Desplazamiento de Trabajo (Supplemental Job Displacement Benefit- SJDDB): Si Ud. se lesionó en o después del 1/1/04, y su lesión resulta en una incapacidad permanente y su empleador no ofrece un trabajo regular, modificado, o alternativo, usted podría cumplir los requisitos para recibir un vale no-transferible pagadero a una escuela para recibir un nuevo curso de reentrenamiento y/o mejorar su habilidad. Si Ud. cumple los requisitos, el administrador de reclamos pagará los gastos hasta un máximo establecido por las leyes estatales.

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

Es ilegal que su empleador le castigue o despidan por sufrir una lesión o enfermedad laboral, por presentar un reclamo o por testificar en el caso de compensación de trabajadores de otra persona. (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.

Resolviendo problemas o disputas: Ud. tiene derecho a no estar de acuerdo con las decisiones que afecten su reclamo. Si Ud. tiene un desacuerdo, primero comuníquese con su empleador o 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 (*State Disability Insurance- SDI*) o beneficios del desempleo (*Unemployment Insurance- UI*). Llame al Departamento del Desarrollo del Empleo estatal al (800) 480-3287 o (866) 333-4606, o visite su página Web en www.edd.ca.gov.

Puede Contactar a un Oficial de Información y Asistencia (Information & Assistance- I&A): Los Oficiales de Información y Asistencia (*I&A*) estatal contestan preguntas, ayudan a los trabajadores lesionados, proporcionan formularios y ayudan a resolver problemas. Algunos oficiales de *I&A* tienen talleres para trabajadores lesionados. Para obtener información importante sobre el proceso de la compensación de trabajadores y sus derechos y obligaciones, vaya a www.dwc.ca.gov o comuníquese con un oficial de información y asistencia de la División Estatal de Compensación de Trabajadores. También puede escuchar información grabada y una lista de las oficinas de *I&A* locales llamando al (800) 736-7401.

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, o consulte su página Web en www.californiaspecialist.org.

Aprenda Más Sobre la Compensación de Trabajadores: Para obtener más información sobre el proceso de reclamos del programa de compensación de trabajadores, vaya a www.dwc.ca.gov. En la página Web, podrá acceder a un folleto útil, "Compensación del Trabajador de California: Una Guía para Trabajadores Lesionados." También puede contactar a un oficial de Información y Asistencia (arriba), o escuchar información grabada llamando al 1-800-7367401.



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 in the Notice of Potential Eligibility, which is the cover sheet of this form. Detach and save this notice for future reference.

You should also have received a pamphlet from your employer describing workers' compensation benefits and the procedures to obtain them. You may receive written notices from your employer or its claims administrator about your claim. If your claims administrator offers to send you notices electronically, and you agree to receive these notices only by email, please provide your email address below and check the appropriate box. If you later decide you want to receive the notices by mail, you must inform your employer in writing.

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 Division de Compensación al Trabajador al (800) 7367401 para oír información gravada. Una explicación de los beneficios de compensación de trabajadores está incluido en la Notificación de Posible Elegibilidad, que es la hoja de portada de esta forma. Separe y guarde esta notificación como referencia para el futuro.

Ud. también debería haber recibido de su empleador un folleto describiendo los beneficios de compensación al trabajador lesionado y los procedimientos para obtenerlos. Es posible que reciba notificaciones escritas de su empleador o de su administrador de reclamos sobre su reclamo. Si su administrador de reclamos ofrece enviarle notificaciones electrónicamente, y usted acepta recibir estas notificaciones solo por correo electrónico, por favor proporcione su dirección de correo electrónico abajo y marque la caja apropiada. Si usted decide después que quiere recibir las notificaciones por correo, usted debe de informar a su empleador por escrito.

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. <i>Nombre.</i> Today's Date. <i>Fecha de Hoy.</i>			
1. Home Address. <i>Dirección Residencial.</i>			
2. City. <i>Ciudad.</i>		State. <i>Estado.</i>	Zip. <i>Código Postal.</i>
3. Date of Injury. <i>Fecha de la lesión (accidente).</i>		Time of Injury. <i>Hora en que ocurrió.</i>	a.m. p.m.
4. Address and description of where injury happened. <i>Dirección/lugar dónde ocurrió el accidente.</i>			
5. Describe injury and part of body affected. <i>Describe la lesión y parte del cuerpo afectada.</i>			
6. Social Security Number. <i>Número de Seguro Social del Empleado.</i>			
1. <input type="checkbox"/> Check if you agree to receive notices about your claim by email only. <i>Employee's e-mail.</i>		U <input type="checkbox"/> Marque si usted acepta recibir notificaciones sobre su reclamo solo por correo electrónico. <i>Correo electrónico del empleado.</i>	
You will receive benefit notices by regular mail if you do not choose, or your claims administrator does not offer, an electronic service option. <i>Usted recibirá notificaciones de beneficios por correo ordinario si usted no escoge, o su administrador de reclamos no le ofrece, una opción de servicio electrónico.</i>			
7. Signature of employee. <i>Firma del empleado.</i>			
Employer—complete this section and see note below.		Empleador—complete esta sección y note la notación abajo.	
8. Name of employer. <i>Nombre del empleador.</i>			
9. Address. <i>Dirección.</i>			
10. Date employer first knew of injury. <i>Fecha en que el empleador supo por primera vez de la lesión o accidente.</i>			
11. Date claim form was provided to employee. <i>Fecha en que se le entregó al empleado la petición.</i>			
12. Date employer received claim form. <i>Fecha en que el empleado devolvió la petición al empleador.</i>			
13. Name and address of insurance carrier or adjusting agency. <i>Nombre y dirección de la compañía de seguros o agencia administradora de seguros.</i>			
York Risk Services Group, Inc. P.O. Box 619079 Roseville, CA 95661			
14. Insurance Policy Number. <i>El número de la póliza de Seguro.</i>			
15. Signature of employer representative. <i>Firma del representante del empleador.</i>			
16. Title. <i>Título.</i>		19. Telephone. <i>Teléfono.</i> (866) 221-2402	

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

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

Employer copy/Copia del Empleador Employee copy/Copia del Empleado Claims Administrator/Administrador de Reclamos Temporary Receipt/Recibo del Empleado



How to Navigate the Network

You may log on to www.WellComp.com and select Search WellComp .

You will need to enter your Employer name which is **Archdiocese**. Select from the options, “**Archdiocese of Los Angeles**”. From the list provided, select “**Find a Provider**”. Click **continue** when the Archdiocese of Los Angeles address appears on the screen. This option will take you to the WellComp search screen. You will need to click on and enter your City, Zip Code or Area Code to find providers in your area. Press Find Your Provider to generate a list of providers within 15 miles of your designated City, Zip or Area Code. If you do not change the search selection to City, Zip or Area code, your search will default to the Archdiocese main location in Los Angeles.

You may customize your physician search either by increasing or decreasing the drop down radius and/or selecting a physician specialty in the specialty drop down menu. You may also choose to search for physicians by name instead of location by choosing and clicking the “by name” option on the left in the blue box. Once you have entered your search parameters, click on Find Your Provider. Your search results will show on the screen including number of pages your search produced.

Once you have identified a list of physicians, you will find that you have all information needed to contact the provider, from city and phone to specialty. You may click on any of the sub titles in the blue bar above the search results to sort by that category. For example, click on city and you will have your search results sorted alphabetically by city. This same feature can be used to sort by name, phone and specialty. UC is urgent care and can be clicked to identify all urgent care facilities equipped to see patients without appointments, further identified by a red dot. For address information you may click on the physician and detailed information, including maps will be available for your viewing and printing options.

Helpful hints:

- We recommend that you first search *all providers* then narrow your search to specialty physicians.
- Keeping your radius search low in metropolitan areas will help reduce the number of pages your results produce. Increasing the radius in rural areas will provide greater options.
- Additional information can be found under Downloads and Contact Us

If you need assistance finding a provider or UC location you may contact WellComp directly.

WellComp MPN Services:

800.544.8150



YORK RISK SERVICES GROUP

FACSIMILE TRANSMITTAL SHEET

TO:	FROM:
Set-up Desk	
COMPANY:	DATE:
ADLA – Client #3810	
FAX NUMBER:	TOTAL NO. OF PAGES INCLUDING COVER:
(800) 921-7683	
PHONE NUMBER:	SENDER'S REFERENCE NUMBER:
RE:	YOUR REFERENCE NUMBER:
New Claim	

URGENT FOR REVIEW PLEASE COMMENT PLEASE REPLY PLEASE RECYCLE

NOTES/COMMENTS:

Attached are the following documents:

- Employers First Report of Injury (5020)
- Employee Claim Form (DWC-1)
- Wage Statement – 12 months from Date of Injury

Notice of Confidentiality: This transmission (including attachments) contains information that may be privileged, confidential and protected from disclosure. Unless you are the intended recipient of the message (or are authorized to receive it for the intended recipient), you may not copy, forward or otherwise use it, or disclose it or its contents to anyone. If you received this transmission in error, please notify us immediately, permanently delete the transmission (including attachments), and destroy all hard copies. Thank you.

P O B O X 6 1 9 0 7 9 R O S E V I L L E , C A 9 5 6 6 1
F A X (8 0 0) 9 2 1 - 7 6 8 3
C L A I M I N T A K E C E N T E R O N L Y - (8 6 6) 3 9 1 - 9 6 7 5

Please complete in triplicate (typeif possible). Mail two copies to:

York Risk Services Group, Inc.

351 East Foothill Blvd, Upland, CA 91786-3952
(909) 608-1111 Fax: (909) 608-1165 (661) 775-9550 Fax: (866)548-237

**OSHA
Case No.**

Fatality

Any Person who makes or causes to be made any knowingly false or fraudulent statement or y 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.

E M P L O Y E R	1. FIRM NAME				1A. POLICY NUMBER		DO NOT USE THIS COLUMN		
	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 PRIVATE STATE CITY COUNTY SCHOOL DIST. OTHER GOVERNMENT - SPECIFY							Occupation	
	I N J U R Y O R I L L N E S S	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? 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		Age	
15. PAID FULL WAGES FOR DAY 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 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? YES NO		Weekly Hours	
22. DEPARTMENT WHERE EVENT OR EXPOSURE OCCURRED, e.g., shipping department, machine shop.					23. OTHER WORKERS INJURED/ILL IN THIS EVENT? YES 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		
27. NAME AND ADDRESS OF PHYSICIAN (Number, Street, City and Zip)							27A. PHONE NUMBER		Event
28. HOSPITALIZED AS AN INPATIENT OVERNIGHT? YES 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? YES 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.*

E M P L O Y E E	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 MALE 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) regular full-time part-time temporary 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.)? YES, \$ _____ per _____ 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, medicines, medical equipment and travel costs that are reasonably necessary to treat your injury. You should never see a bill. There are limits on chiropractic, physical therapy and occupational therapy visits.
- **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 you do not recover completely and your injury causes a permanent loss of physical or mental function that a doctor can measure.
- **Supplemental Job Displacement Benefit:** A nontransferable voucher, if you are injured on or after 1/1/2004, your injury causes permanent disability, and your employer does not offer you regular, modified, or alternative work.
- **Death Benefits:** Paid to your dependents if you die 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. You must obtain their agreement 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 with a claim form within one working day after learning about your injury. Within one working day after you file a claim form, your employer or claims administrator must authorize the provision of all treatment, up to ten thousand dollars, consistent with the applicable treatment guidelines, for your alleged injury 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 your personal physician or a medical group, you may see your personal physician or the medical group after you are injured.
 - If your employer is using a medical provider network (MPN) or a health care organization (HCO), in most cases you will be treated within the MPN or HCO unless you predesignated a personal physician or medical group. An MPN is a group of physicians and health care providers who 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 is not using an MPN or HCO, in most cases the claims administrator can choose the doctor who first treats you when you are injured, unless you predesignated a personal physician or medical group.
4. **Medical Provider Networks.** Your employer may be using an MPN, which is a group of health care providers designated to provide treatment to workers injured on the job. If you have predesignated a personal physician or medical group prior to your work injury, then you may go there to receive treatment from your predesignated doctor. 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:

MPN website:

MPN Effective Date:

MPN Identification number:

If you need help locating an MPN physician, call your MPN access assistant at: _____

If you have questions about the MPN or want to file a complaint against the MPN, call the MPN Contact Person at: _____

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)

You can also get free information from a State Division of Workers' Compensation Information (DWC) & Assistance Officer. The nearest Information & Assistance Officer can be found at location: _____ or by calling toll-free (800) 736-7401. Learn more information about workers' compensation online: www.dwc.ca.gov and access a useful booklet "Workers' Compensation in California: A Guidebook for Injured Workers."

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 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, medicinas, equipo médico y costos de viajar que son razonablemente necesarias para tratar su lesión. Usted nunca deberá ver un cobro. Hay límites para visitas quiroprácticas, de terapia física y de terapia ocupacional.

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 usted no se recupera completamente y si su lesión le causa una pérdida permanente de su función física o mental que un médico puede medir.

Beneficio Suplementario por Desplazamiento de Trabajo: Un vale no-transferible si su lesión surge en o después del 1/1/04, y su lesión le ocasiona una incapacidad permanente, y su empleador no le ofrece a usted un trabajo regular, modificado, o alternativo. **Beneficios por Muerte:** Pagados a sus dependientes si usted 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. Usted debe ponerse de acuerdo con su médico para que atienda 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 o administrador de reclamos debe autorizar todo tratamiento médico, hasta diez mil dólares, de acuerdo con las pautas de tratamiento aplicables a su presunta lesión, 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, usted puede consultar a su médico personal o grupo médico después de lesionarse.
 - Si su empleador está utilizando una Red de Proveedores Médicos (MPN) o una Organización de Cuidado Médico (HCO), en la mayoría de los casos usted será tratado dentro de la MPN o la HCO a menos que usted designó previamente un médico personal o grupo médico. Una MPN es un grupo de médicos y proveedores de atención médica que proporcionan tratamiento a trabajadores lesionados en el trabajo. Usted debe recibir información de su empleador si está cubierto por una HCO o una MPN. Hable con su empleador para más información.
 - Si su empleador no está utilizando una MPN o HCO, en la mayoría de los casos el administrador de reclamos puede escoger el médico que lo atiende primero, cuando usted se lesiona, a menos que usted designó previamente a un médico personal o grupo médico.
- 4. Red de Proveedores Médicos (MPN):** Es posible que su empleador use una MPN, lo cual es un grupo de proveedores de asistencia médica designados para dar tratamiento a los trabajadores lesionados en el trabajo. **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 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 de contacto de la MPN :

Página web de la MPN: _____

Fecha de vigencia de la MPN: _____ Número de identificación de la MPN: _____

Si usted necesita ayuda en localizar un médico de una MPN, llame a su asistente de acceso de la MPN al: _____

Si usted tiene preguntas sobre la MPN o quiere presentar una queja en contra de la MPN, llame a la Persona de Contacto de la MPN al: _____

Discriminación. 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. 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 _____ (Anoté "autoasegurado" si es apropiado)

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 la compensación del trabajador en el Internet en: www.dwc.ca.gov y acceder a una guía útil "Compensación del Trabajador de California Una Guía para Trabajadores Lesionados."

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.

- **Entablando un reclamo de lesión que no esta relacionado a su tra-bajo**

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 com-pensación 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 pagos, 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.”

La Sección de Código de Seguro 1871-2



Order Form

Please fax or e-mail your request form to:
 Cynthia Le, Client Services Administrative Assistant
Phone #: (909) 942-4802
Fax #: (866) 548-2637
Email Address: cynthia.le@yorkrsg.com

Date Requested: _____

Requested By: _____

[Name] _____

Shipping Information (if different)

[Title] _____

[Name] _____

[Company Name] _____

[Title] _____

[Street Address] _____

[Company Name] _____

[City, ST ZIP Code] _____

[City, ST ZIP Code] _____

[Email] _____

[Email] _____

[Phone] _____

[Phone] _____

Description of Items to Order	Quantity of Request	English/Spanish
<input type="checkbox"/> 5020 Form		
<input type="checkbox"/> DWC-1 Form		
<input type="checkbox"/> Fraud Poster		
<input type="checkbox"/> Posting Notice		
<input type="checkbox"/> Facts About Workers' Compensation		

***As a valued York client, please feel free to make copies and distribute our State approved electronic version of the Facts About Workers' Compensation pamphlet. However, you may not change any of the approved language in the pamphlet before distributing.**

Authorized by

Date

P . O . B O X 6 1 9 0 7 9 R O S E V I L L E , C A 9 5 6 6 1

F A X (8 6 6) 5 4 8 - 2 6 3 7