State of California
Department of Industrial Relations
DIVISION OF WORKERS' COMPENSATION

Estado de California
Departamento de Relaciones Industriales
DIVISION DE COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR

EMPLOYEE'S CLAIM FOR WORKERS' COMPENSATION BENEFITS

If you are injured or become ill because of your job, you may be entitled to workers' compensation benefits.

Complete the "**Employee**" section and give the form to your employer. Keep the copy marked "**Employee's Temporary Receipt**" until you receive the dated copy from your employer. You may call the Division of Workers' Compensation at **1-800-736-7401** if you need help in filling out this form or in obtaining your benefits. An explanation of workers' compensation benefits is included on the back 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.

PETICION DEL EMPLEADO PARA BENEFICIOS DE COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR

Si Ud. se ha lesionado o se ha enfermado a causa de su trabajo, Ud. tiene derecho a recibir beneficios de compensación al trabajador.
*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 fechada de su empleador. Si Ud. necesita ayuda para completar esta forma o para obtener sus beneficios, Ud. puede hablar con la Division de Compensación al Trabajador llamando al **1-800-736-7401**. En la parte de atrás de esta forma se encuentra una 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 "felonía".

Employee: ***Empleado:***

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 occurió el accidente.* _____
6. Describe injury and part of body affected. *Describa 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 give the employee a copy immediately as a receipt.
Empleador—complete esta sección y déle inmediatamente una copia al empleado como recibo.

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 del 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

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

WORKERS' COMPENSATION BENEFITS

Medical Care. All medical care for your work injury or illness will be paid for by your employer or employer's insurance company. Medical benefits may include treatment by a doctor, hospital services, physical therapy, lab tests, x-rays, and medicines. Your employer or employer's insurance company will pay the cost directly so you should never see a bill.

Payment for Lost Wages. If you can't work because of a job injury or illness, you will receive "temporary disability" benefit payments. The payments will 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, up to a maximum set by state law. Payments are not made for the first three days you are off the job unless you are hospitalized or cannot work for more than 14 days.

Payment for Permanent Disability. If the injury or illness results in a permanent handicap, permanent disability benefit payments will be paid after recovery. The amount of benefits will depend on the type of injury, and your age and occupation.

Rehabilitation. If the injury or illness prevents you from returning to the same type of job, you may qualify for "vocational rehabilitation benefits". These benefits include services to help you get back to work. If you qualify for vocational rehabilitation, the costs will be paid by your employer or employer's insurance company, up to a maximum set by state law.

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

Disclosure of Medical Records. After you make a claim for workers' compensation benefits, your medical records will not have the same privacy that people usually expect for medical records. Records of all medical treatment you have received, even for injuries or illnesses that are not caused by your work, may be read by a variety of people. If you do not agree to voluntarily release medical records, they can be "subpoenaed" and ordered to be released. A workers' compensation judge may "seal" (keep private) certain medical records if the worker requests privacy.

For More Information. If you need help filling out this form, or if you have questions about workers' compensation benefits, please call an Information and Assistance Officer in the local office of the Division of Workers' Compensation. You may hear recorded information and a list of local offices by calling this toll free number: **1-800-736-7401.** This is a free service of the State of California. You may also consult an attorney.

BENEFICIOS DE COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR

Cuidado Médico. *Todo el cuidado médico por su lesión o enfermedad causada en el trabajo será pagado por su empleador/patrón o su compañía de seguros. Los beneficios médicos pueden incluír tratamiento por un doctor, servicios de hospital, fisioterapia, análisis de laboratorio, rayos-x, y medicamentos. Su empleador o la compañía de seguros de su empleador pagará directamente el costo, así Ud. nunca tendrá que ver una cuenta.*

Pago por Pérdida de Sueldos. *Si Ud. no puede trabajar debido a una enfermedad o lesión causada en el trabajo, Ud. recibirá pagos de beneficio de "incapacidad temporal". Los pagos se detendrán cuando su médico indique que Ud. puede volver a su trabajo. Estos beneficios son libres de impuestos. Los pagos por incapacidad temporal son dos-tercios del promedio de su pago semanal, hasta un máximo asignado por la ley del estado. No se efectúa pago por los tres primeros días que Ud. esta incapacitado a menos que Ud. este hospitalizado o no pueda trabajar por mas de 14 días.*

Pagos por Incapacidad Permanente. *Si los resultados de la lesión o enfermedad producen un impedimento o incapacidad permanente, se efectuarán pagos de incapacidad permanente después de la recuperación.*

Rehabilitación. *Si la lesión o enfermedad le impide a Ud. volver al mismo trabajo, puede ser que Ud. califique para los "beneficios de rehabilitación vocacional". Estos beneficios incluyen servicios para ayudarlo a que Ud. vuelva a trabajar. Si Ud califica para rehabilitación vocational, los costos serán pagados por su empleador o su compañía de seguros, hasta un maximo asignado por la ley del estado.*

Beneficios de Muerte. *Si la lesión o emfermedad resulta en muerte, los pagos pueden ser efectuados a parientes o a miembros de la familia quienes dependen financieramente del trabajador.*

Revelación de Expedientes Médicos. *Después de que Ud. efectúa un reclamo para beneficios de compensación del trabajador sus expedientes médicos no tendrán la misma privacidad que la gente por lo general espera de los expedientes médicos. Un expediente de todos los tratamientos médicos que Ud. haya recibido, inclusive de lesiones o enfermedades que no hayan sido causadas por su trabajo, pueden ser leídos por distintas personas. Si Ud. no esta de acuerdo a entregar voluntariamente los archivos médicos, pueden ser ordenados en un "comparendo" (orden judicial) y que ordenan su entrega. Un juez de compensaciones al trabajador, puede "cerrar" (mantenidos en privado) ciertos expedientes médicos si el trabajador solicita privacidad.*

Información y Asistencia. *Si Ud. necesita ayuda para completar esta forma, o si Ud. tiene preguntas relacionadas con sus beneficios, por favor póngase en contacto con un Oficial de Información y Asistencia en la oficina local de la División de Compensación al Trabajador. Ud. puede escuchar información grabada y una lista de las oficinas locales llamando gratis al número: 1-800-736-7401. Este es un servicio gratis del Estado de California. Ud. también puede consultar a un abogado.*

94 85508