

Saddleback Valley
Unified School District



Notice of Rights/Worker's Compensation Form

You are required to read all of the notices included in this pamphlet. In addition, you must certify by initialing on the Volunteer form I that you read and agree to comply therewith the documents.

Folleto de información y guías para trabajadores lesionados

Usted está obligado a leer todos los avisos incluidos en este folleto. Además, deberá certificar mediante iniciales en el formulario de Voluntario I que leyó y acepta cumplir con estos documentos.

MPN Notification of Rights Material

****Important Information Regarding Worker's Compensation Benefits****
Workers' Compensation Medical Provider Network: WellComp MPN

Dear Employee/Volunteer:

California Law requires your employer to provide and pay for medical treatment if you are injured at work. Saddleback Valley USD is pleased to provide this medical care through a Workers' Compensation Medical Provider Network – WellComp MPN. A Medical Provider Network (MPN) is a group of health care providers set up by an employer and approved by California's Division of Workers' Compensation to treat workers injured on the job. The enclosed/attached pamphlet contains important information regarding WellComp and your workers' compensation medical benefits. Please read it carefully.

Your medical treatment for a work-related injury or illness will be provided through the WellComp Medical Provider Network if your injury or illness occurred on or after April 4, 2008. You still have the option of treating with your personal physician (pursuant to Labor Code Section 4600) if you have properly notified the Benefits Department of your desire to treat with your personal physician prior to your injury or illness and your personal physician agrees to treat you for your work-related injury or illness. If your personal physician is a participating provider in WellComp then you are automatically covered by the MPN, unless your personal physician was pre-designated. If you already have a work-related injury or illness that occurred prior to the implementation of the WellComp Medical Provider Network and your treating physician is or becomes a participating physician in WellComp then you are automatically covered, or, alternatively, you may request to have your treatment transferred to a WellComp participating physician.

For additional information, please review the enclosed/attached pamphlet. To obtain updates to the attached pamphlet on access standards, out-of area medical treatment, the specialist referral process, and how to obtain a copy of your medical records, or to obtain a complete copy of the Employee Handbook, you may contact WellComp Patient Services Department directly via phone or through the WellComp web-site: www.wellcomp.net.

Sincerely,

Darvin Jackson, Ed.D.,
Assistant Superintendent, Human Resources



****Información importante****
Red de Proveedores Médicos del Seguro de Indemnización
por Accidentes de Trabajo: WellComp

Estimado Empleado/Voluntario:

La Ley del Estado de California requiere que su empleador suministre y pague por el tratamiento médico si usted se lesiona en su trabajo. Saddleback Valley USD se complace en proporcionar este cuidado médico a través de la Red de Proveedores Médicos del Seguro de Indemnización por Accidentes de Trabajo – WellComp. Una Red de Proveedores Médicos (MPN por sus siglas en inglés), es un grupo de proveedores de cuidados médicos establecido por un empleador y aprobado por la División del Seguro de Indemnización por Accidentes de Trabajo de California para tratar a los empleados lesionados en su trabajo. El folleto adjunto contiene importante información en lo referente a WellComp y sus beneficios médicos bajo el Seguro de Indemnización por Accidentes de Trabajo. Favor de leerlo cuidadosamente.

Si su lesión o enfermedad ocurrió el 4 de abril del 2008 o después, su atención médica relacionada con esa lesión o enfermedad será proporcionada a través de WellComp MPN. Usted aún tiene la opción de ser tratado por su médico personal (de acuerdo al Código del Trabajo Sección 4600) si usted ha notificado apropiadamente con anticipación al Departamento de Beneficios su deseo de ser tratado por su médico personal en caso de ocurrir una lesión o enfermedad y su médico personal está de acuerdo en tratar la lesión o enfermedad relacionada con su trabajo. Si su médico personal es un proveedor participante en WellComp entonces usted es cubierto por el MPN automáticamente, a menos que su médico personal fue predesignado. Si usted ya tiene una lesión o enfermedad relacionada con su trabajo que ocurrió antes del establecimiento del WellComp MPN y el médico que lo está tratando es, o se convierte en un médico participante en WellComp, entonces usted está protegido automáticamente, o alternativamente, usted puede pedir que su atención médica sea transferida a un médico participante en WellComp.

Para información adicional, por favor revise cuidadosamente el folleto adjunto. Usted puede comunicarse con el Departamento de Servicios para el Paciente de WellComp directamente por teléfono o ingresar a la página del Internet: www.wellcomp.net para obtener actualizaciones de estándares de acceso en el folleto adjunto, tratamiento médico fuera del área, el proceso de referencia a un especialista, y cómo obtener una copia de su expediente médico, o para obtener una copia completa de la Guía de Empleado.

Atentamente,

Darvin Jackson, Ed.D.,
Asistente del Superintendente, Recursos Humanos

PREDESIGNATION OF PERSONAL PHYSICIAN

If you are injured on the job you must go to a facility listed on the AUTHORIZED MEDICAL PANEL (as posted at all locations) **unless** you have predesignated your personal physician. Three requirements must be met for an employee to predesignate a personal physician:

1. Your predesignated personal physician must be your primary treating physician that has previously directed your medical care and who retains your medical history and records.
2. Your predesignated personal physician must be your primary treating physician that has limited his or her practice of medicine to general practice or who is a board certified or board eligible internist, pediatrician, obstetrician-gynecology or family practitioner, or a multi-specialist medical group whose practice is predominantly for non-occupational injuries and illnesses.
3. You must provide the name and address of your predesignated personal physician ***in writing*** prior to being injured and you must provide ***written*** documentation that your physician has agreed to be predesignated.

If you wish to predesignate a personal physician, please complete the enclosed “PREDESIGNATION OF PERSONAL PHYSICIAN FOR JOB RELATED INJURY OR ILLNESS” form, have your physician sign the form, and return it to the Benefits Department.

YOU MUST BE EVALUATED BY A PANEL DOCTOR OR YOUR PREDESIGNATED PERSONAL PHYSICIAN BEFORE YOU CAN REQUEST A CHANGE OF PHYSICIAN.

PREDESIGNATION OF PERSONAL PHYSICIAN

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

- on the date of your work injury you have health care coverage for injuries or illnesses that are not work-related;
- the doctor is your regular physician, who shall be either a physician who has limited his or her practice of medicine to general practice or who is a board-certified or board-eligible internist, pediatrician, obstetrician-gynecologist, or family practitioner, and has previously directed your medical treatment, and retains your medical records;
- your "personal physician" may be a medical group if it is a single corporation or partnership composed of licensed doctors of medicine or osteopathy, which operates an integrated multispecialty medical group providing comprehensive medical services predominantly for nonoccupational illnesses and injuries;
- prior to the injury your doctor agrees to treat you for work injuries or illnesses;
- prior to the injury you provided your employer the following in writing: (1) notice that you want your personal doctor to treat you for a work-related injury or illness, and (2) your personal doctor's name and business address.

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

NOTICE OF PREDESIGNATION OF PERSONAL PHYSICIAN

Employee: Complete this section.

To: Saddleback Valley Unified School District If I have a work-related injury or illness, I choose to be treated by:

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

(street address, city, state, ZIP)

(area code and telephone number)

Employee Name (please print): _____

Employee Personal Identification Number (PIN) _____

Employee's Full Address: _____

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

Employee's Signature _____ Date: _____

Physician: I agree to this Predesignation:

Signature: _____ Date: _____
(Physician or Designated Employee of the Physician or Medical Group)

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

Title 8, California Code of Regulations, section 9783.
(Optional DWC Form 9783 July 1, 2014)

Pre-designation Of Personal Physician

In the event you sustain an injury or illness related to your employment, you may be treated for such injury/illness by your personal medical doctor (M.D) or doctor of osteopathic medicine (D.O.) or medical group if: You have health care insurance for injuries/illness that are not work related, the doctor is your regular physician, who shall be either a physician who has limited his or her practice of medicine to general practice or who is a board-certified or board-eligible internist, pediatrician, obstetrician-gynecologist, or family practitioner, and has previously directed your medical treatment, and retains your medical records; your "personal physician" may be a medical group if it is a single corporation or partnership composed of licensed doctors of medicine or osteopathy, which operates an integrated multispecialty medical group providing comprehensive medical services predominantly for non-occupational illnesses and injuries; prior to the injury your doctor agrees to treat you for work injuries or illnesses; prior to the injury you provided your employer the following in writing: (1) notice that you want your personal doctor to treat you for a work-related injury/illness, and (2) your personal doctor's name and business address.

You may use this form, a form provided by your employer or provide all the information in writing to notify your employer if you wish to have your personal medical doctor or a doctor osteopathic medicine treat you for a work-related injury/illness and the above requirements are met.

Notice Of Pre-designation Of Personal Physician Employee: Complete this section

Employer _____

If I have a work-related injury or illness, I choose to be treated by:

(Name of doctor) (M.D., D.O., or medical group)

(street address, city, state, zip)

(telephone number)

Employee Name (please print): _____

Employee's Address: _____

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

Employee Signature: _____ Date _____

Note to Employee: Unless you agree in writing, neither your employer or York may contact your personal physician to confirm a pre-designation. If your physician does not sign this form, other documentation that they agreed to be pre-designated prior to the injury will be required. If you agree, your employer or York may contact your personal physician to confirm this pre-designation, sign and date below:

Employee Signature _____

Employee # _____ Date _____

Physician: I agree to this Pre-designation:

Signature: _____ Date _____

(Physician or Designated Employee of the Physician)

The physician is not required to sign this form, however, if the physician or designated employee of the physician or medical group does not sign, other documentation of the physician's agreement to be pre-designated will be required pursuant to Title 8, California Code of Regulations, section 9780.1(a)(3). (Optional DWC Form 9783 July 1, 2014)

Notice Of Personal Chiropractic Or Personal Acupuncturist

If your employer or your employer's insurer does not have a Medical Provider Network (MPN), you may be able to change your treating physician to your personal chiropractor (D.C.) or acupuncturist (L.A.C.) following a work-related injury/illness. In order to be eligible to make this change, you must give your employer the name and business address of a personal D.C. or L.A.C. in writing prior to the injury/illness. York generally has the right to select your treating physician within the first 30 days after your employer knows of your injury/illness. After your employer or York has initiated your treatment with another physician during this period, you may then, upon request, have your treatment transferred to your personal D.C. or L.A.C. You may use this form to notify your employer of your personal D.C. or L.A.C., or your employer may have their own form. The D.C. or L.A.C. must be your regular D.C. or L.A.C. who has directed your treatment and retains your chiropractic records and history. If your employer has an MPN, you may only switch to a D.C. or L.A.C. within the MPN. A chiropractor cannot be your treating physician after 24 visits. If you still require medical treatment thereafter, you will have to select a physician who is not a chiropractor. This prohibition shall not apply to visits for postsurgical physical medicine visits prescribed by the surgeon, or physician designated by the surgeon, under the postsurgical component of the Division of Workers' Compensation's Medical Treatment Utilization Schedule.

Name of chiropractor or acupuncturist (D.C., L.A.C.)

(street address, city, state, zip code)

(telephone number)

Employee Name (Please Print): _____

Employee's Address: _____

Employee's Signature:

Date: _____

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

WHEN A WORK INJURY OCCURS...

- **Quickly seek first aid.**
- **Call 9-1-1 for help immediately if emergency medical care is needed.**
- **Immediately report injuries to your supervisor or employer representative at** __Company Nurse - 1-800-770-0929 _____
Benefits Department - 949-580-3424 _____

Information & Assistance Office: ___Dept of Worker's Compensation___

___1065 N. Pacific Center Drive, Anaheim, CA 92806-2141_____

___714-414-1801_____

Employer MUST complete this information



The Facts About Workers' Compensation



YORK™

Risk Services Group

York Risk Services Group, Inc.

P.O. Box 619079

Roseville, CA 95661

Phone (866) 221-2402

Fax (866) 548-2637

What is workers' compensation? Its purpose is to insure that an employee who is found to sustain an industrial injury or illness will be provided with benefits to medically cure or relieve them from the effects of the injury/illness, provide temporary compensation when they are medically unable to perform any occupational function, compensation for any residual handicap and/or impairment of bodily function, benefits for dependents if an employee dies as a result of an injury/illness, protection from discrimination by his/her employer because of the injury/illness.

Am I Covered? Nearly every person employed in California is protected by workers' compensation, however there are a few exceptions. People that are self-employed or volunteer workers may not be covered. Similar laws cover federal and maritime workers. York Risk Services Group (York) is your employer's claims administrator. Your employer or York can answer any questions you might have about coverage.

What Does Workers' Compensation Cover? If you have an injury/illness due to your job, it is covered. The cause can be a single event, like a fall or it can be due to repeated exposures, such as hearing loss due to constant loud noise. Injuries ranging from first-aid to serious accidents are covered. Even injuries related to a workplace crime, such as psychological or physical injuries, are covered under workers' compensation. Some injuries that result from voluntary activity, such as off duty social or athletic activities may not be covered. Check with your employer or York if you have questions. Coverage begins the moment you start your job. There is no probationary period or wage rate.

Duty Of The Employee. Immediately notify your employer or York so you can get the medical help that you need without delay. If your injury is greater than a first-aid injury, your supervisor will give you a Claim Form (Form DWC-1) for you to describe where, when and how it happened. To submit a claim, fill out the "Employee" section of the DWC-1. Keep one copy of this form and give the remaining pages to your supervisor. Your employer will fill out the "Employer" section and return a signed and dated copy of the form to you. Your employer will keep a copy of this form and forward another to York. York is in charge of handling your claim and informing you about your eligibility for benefits.

Your claim benefits do not start until your employer knows about your injury, so report and file the DWC-1 as quickly as possible. California law requires your employer to authorize medical treatment within one working day of receipt of your Claim Form. Employers are liable for up to \$10,000 in treatment pending a decision by York for a claim to be accepted or rejected. Waiting to report may delay workers' compensation benefits. You may not receive benefits if you fail to file a claim within one year of the date of injury, the date you know the injury was work related, or the date benefits were last provided.

Duty of the Employer: Provide this form to every employee at the time of hire or by the end of their first pay period.

Within one working day, upon knowledge or notice from any source of a work injury/illness greater than first-aid, provide the employee with a Claim Form (DWC-1) and authorize medical treatment and report the claim to York Risk Services Group.

What are the benefits? You may be entitled to various kinds of benefits under California workers' compensation law including:

Medical Care: Medical treatment that is reasonably required to cure or relieve the injured worker from the effects of the injury/illness. There is no deductible or co-payment. These medical benefits may include lab tests, physical therapy, hospital services, medication and treatment by a doctor.

State law limits certain medical services as of January 1, 2004. You should never receive a medical bill. If additional treatment is necessary, York will coordinate medical care that meets applicable treatment guidelines for the injury. The doctor may be a specialist for your specific type of injury, and he or she will be familiar with workers' compensation requirements and will report promptly to York so your benefits can be paid.

The physician with overall responsibility for treating your injury/illness is your primary treating physician (PTP). The PTP decides what kind of medical care you need and if you have work restrictions. If necessary, the PTP will review your job description with you and your employer to define any limitation or restrictions that you may have. This doctor also is responsible for coordinating care between other medical providers and will write reports about any permanent impairment of bodily function(s) or the need for future medical care. Generally, your employer selects the PTP you will see for the first 30 days, but if you want to change doctors for any reason, ask your employer or York. They're as interested as you are in your prompt recovery and return to work and will select a different doctor for you. If your employer has a Medical Provider Network (MPN) you will be directed to treat with a physician within the MPN and different rules apply regarding changing your physician.

You can be treated by your personal physician or medical group immediately if you have health care insurance for injuries or illness that are not work related, and your physician agrees in advance to treat you for any work injuries/illnesses and has previously directed your treatment and retains your medical records and agrees, prior to your injury/illness, to treat you for workplace injuries/illnesses and you gave your employer your physician's name and address in writing before the injury. You may use the form inside of this pamphlet or your employer may have a form for you to use.

If you give the name of your personal chiropractor or acupuncturist, different rules apply, and you may need to see an employer-selected physician first.

Temporary Disability Benefits: If you are not medically able to work for more than three days due to your work-related injury, counting weekends, you have a right to temporary disability (TD) payments to assist substituting your lost wages. After two weeks from reporting the injury, you will receive a check. If your employer has a salary continuation plan, your benefit may be included in your regular paycheck. TD is payable every 14 days until the doctor states you can return to work (Payments won't be made for the first three days, though, unless you're hospitalized as an inpatient or unable to work more than 14 days). The amount of the payments will be two-thirds of your average wage, subject to minimums and maximums set by the state legislature. Although the TD payment will not be the full amount of your regular paycheck, there are no deductions and the payments are tax-free. For injuries occurring on or after January 1, 2008, TD payments are limited to 104 compensable weeks within five years of date of injury. For a few long-term injuries such as chronic lung disease or severe burns, TD payments can last up to 240 weeks within five years from the date of injury. If you reach the maximum TD payment period before you can return to work or before your condition becomes permanent and stationary. See the "Other Benefits" section of this pamphlet for additional information. A timely filing with Employment Development Department may result in additional State Disability benefits when TD benefits are delayed, denied, or terminated.

Permanent Disability: If your doctor says your injury will always leave you with some permanent impairment of bodily function(s), you may receive permanent disability (PD) payments. The amount depends on the doctor's report, how much of the PD was directly caused by your work, and factors such as your age, occupation, type of injury, and date of injury. State law determines minimum and maximum amounts, and they vary by injury date. If you are entitled to PD, York will send you a letter explaining how the benefit was calculated. If the injury

causes PD, the first payment of PD benefits is made within 14 days after the last payment of TD, unless your employer has offered you a position that pays at least 85% of your date of injury wages or if you are returned to a position that pays you 100% of the wages and, compensation paid to you on the date of injury, the PD would be paid after an Award issues.

Supplemental Job Displacement Benefit (SJDB): If you have a permanent whole person impairment, the eligibility for SJDB begins when your employer does not offer regular work, permanent, modified, or alternative work within 60 days of the receipt of a doctor's Medical Maximum Improvement (MMI) report. This is a nontransferable voucher for education-related retraining and/or skill development at state-approved schools, tools, licensing, certification fees and other resources as possible benefits. If you qualify for the supplemental job displacement benefit, York will provide a voucher up to a maximum of \$6,000.

Death Benefits: If the injury/illness causes death, payments may be made to your dependents. State law sets these benefits and the total benefit depends on the number of dependents. The payments are made at the same rate as TD payments. In addition, workers' compensation provides a burial allowance.

Discrimination: It is a violation of Labor Code Section 132(a) and illegal for your employer to punish or fire you for having a workplace injury/illness, for filing a claim or for testifying in another person's workers' compensation case. If your employer is found guilty of discrimination, you would be entitled to increased benefits, reinstatement and reimbursement for lost wages and benefits.

Other Benefits: Sometimes people confuse workers' compensation with State Disability Insurance (SDI). Workers' compensation covers on-the-job injuries/illnesses and is paid for by your employer or their insurance. On the other hand, SDI covers off-the-job injuries or sicknesses, and is paid for by deductions from your paycheck. If you are not getting workers' compensation benefits, you may be able to get State Disability benefits. Contact the local office of the State Employment Development Department listed in the government pages of your phone book for more information.

You may be eligible to access the return-to-work fund, for the purposes of making supplemental payments to injured worker's whose PD benefits are disproportionately low in comparison to their earnings loss. If you have questions or think you qualify, contact the Information & Assistance office listed in this pamphlet or visit the DIR website at: www.dir.ca.gov.

If You Still Have Questions...ask your supervisor or employer representative. Or contact York at the number indicated on workers' compensation posters at work and on this brochure. You can also contact the State Division of Workers' Compensation (DWC) and speak with an Information and Assistance Officer. These officers are available to review problems, answer questions and provide additional written information about workers' compensation at no charge. The local office is listed below and posted at your workplace. You can also call 800-736-7401 or visit the DWC website at: <http://www.dir.ca.gov/dwc>.

WORKERS' COMPENSATION FRAUD IS A FELONY

Anyone who makes or causes to be made any knowingly false or fraudulent material statement for the purpose of obtaining or denying workers' compensation benefits or payments is guilty of a felony. Fines can be up to \$150,000 and imprisonment up to five years.

PREDESIGNACIÓN DE MÉDICO PERSONAL

Si se lesiona en el trabajo debe ir a una instalación enumerada en el PANEL MÉDICO AUTORIZADO (como se publica en todas las ubicaciones) a menos que ha pre designado su médico personal. Se deben cumplir tres requisitos para que un empleado designe previamente a un médico personal:

1. Su médico personal pre designado debe ser su médico tratante primario que haya dirigido previamente su atención médica y conserve su historial médico y expediente.
2. Su médico personal pre designado debe ser su médico tratante primario que haya limitado su práctica de medicina a práctica general o que sea un internista, pediatra, obstetra-ginecólogo o médico de familia certificado por la junta o elegible para ser certificado, o un grupo médico de múltiples especialidades cuya práctica sea predominantemente para lesiones y enfermedades no laborales.
3. Debe proporcionar el nombre y la dirección de su médico personal pre designado *por escrito* antes de lesionarse y debe proporcionar una documentación *escrita* de que su médico ha aceptado ser pre designado.

Si desea pre designar a un médico personal, favor de completar el formulario adjunto “PREDESIGNACIÓN DE MÉDICO PERSONAL PARA UNA LESIÓN O ENFERMADAD RELACIONADA CON EL TRABAJO”, haga que su médico firme el formulario, y devuélvalo al Departamento de Beneficios.

DEBE SER EVALUADO POR UN MÉDICO DEL PANEL O POR SU MÉDICO PERSONAL PRE DESIGNADO ANTES DE PODER SOLICITAR UN CAMBIO DE MÉDICO.

PREDESIGNACIÓN DE MÉDICO PERSONAL

En el caso de que sufra de una lesión o enfermedad relacionada con su empleo, usted puede ser atendido/a por esta lesión o enfermedad por su médico personal (M.D.), un médico de medicina osteopática (D.O) o grupo médico si:

- en la fecha de su lesión de trabajo tiene cobertura de atención médica por lesiones o enfermedades que no están relacionadas con el trabajo;
- el doctor es su médico regular, el cual debe ser ya sea, un médico que ha limitado su práctica de medicina a la práctica general o que sea un internista, pediatra, obstetra-ginecólogo o médico de familia certificado por la junta o elegible para ser certificado, y ha dirigido anteriormente su tratamiento médico y conserva su expediente médico;
- su “médico personal” puede ser un grupo médico si es una sola corporación o, si se trata de una asociación compuesta por médicos con licencia de medicina u osteopatía, que opera un grupo médico integrado de múltiples especialidades que proporciona servicios médicos integrales predominantemente para enfermedades o lesiones no relacionadas con accidentes o enfermedades de trabajo;
- antes de la lesión, su médico acepta tratarlo por lesiones o enfermedades de trabajo;
- antes de la lesión, le proporcionó a su empleador por escrito la siguiente información: (1) Notificación donde indique que su médico personal lo trate por cualquier lesión o enfermedad relacionada al trabajo, y (2) el nombre de su médico personal y la dirección de su oficina.

Este formulario puede ser utilizado para notificar a su empleador si desea que su médico personal o un médico de medicina osteopática lo trate por cualquier lesión o enfermedad relacionada con el trabajo y se cumplan los requisitos anteriores.

NOTIFICACIÓN DE PREDESIGNACIÓN DE MÉDICO PERSONAL

Empleado: Complete esta sección.

Para: Saddleback Valley Unified School District Si tengo una lesión o enfermedad relacionada al trabajo, elijo ser tratado/a por:

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

(dirección, ciudad, estado, código postal)

(código de área and número de teléfono)

Nombre del Empleado (Favor de imprimir):

Número de Identificación Personal del Empleado (PIN)

Dirección completa del Empleado:

Nombre de La Compañía de Seguro Médico, Plan, o Fondo proporcionando cobertura de salud para lesiones o enfermedades no relacionadas con el trabajo:

Firma del Empleado _____ Fecha: _____

Médico: Estoy de acuerdo a esta Pre Designación:

Firma: _____ Fecha: _____
(Médico o Empleado Designado del Médico o del Grupo Médico)

El médico no está obligado a firmar este formulario, sin embargo, si el médico o empleado designado del médico o grupo médico no firma, se requerirá otra documentación del acuerdo del médico para ser pre designado de conformidad con el Título 8, Código de Regulaciones de California, sección 9780.1(a)(3).

Título 8, Código de Regulaciones de California, sección 9783.
(Formulario DWC Opcional 9783 1 de julio de 2014)

Designación previa del médico personal

En el caso que usted sufra una lesión o enfermedad relacionada con su empleo, usted puede ser tratado por su lesión/enfermedad por su médico personal con grado de Doctor en Medicina (M.D.), Doctor en Osteopatía (D.O.) o grupo médico si tiene seguro médico para lesiones/enfermedades que no están relacionadas al trabajo, el médico es su médico de cabecera, quien deberá ser un médico que ha limitado su práctica de medicina a la medicina general o que es un internista certificado por el consejo o internista, pediatra, gineco-obstetra, o médico de familia legible por el consejo, y ha dirigido previamente su tratamiento médico, y conserva sus registros médicos; su "médico personal" puede ser un grupo médico si se trata de una corporación o asociación simple compuesta de médicos licenciados en medicina u osteopatía, que opere un grupo médico de múltiples especialidades integradas que presta servicios médicos integrales sobre todo para enfermedades y lesiones no ocupacionales; antes de la lesión su médico está de acuerdo en darle el tratamiento para lesiones o enfermedades ocupacionales; antes de la lesión usted proporcionó a su empleador por escrito lo siguiente: (1) notificación de que usted desea que su médico personal le trate por una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo y (2) el nombre y dirección comerciales de su médico personal.

Usted puede utilizar este formulario, proporcionado por su empleador o proporcionar toda la información por escrito para notificar a su empleador si desea que su médico personal con grado de Doctor en Medicina o Doctor en Osteopatía le trate por su lesión/enfermedad relacionada con el trabajo y se cumplen los requisitos mencionados anteriormente.

Aviso de Designación Previa de Médico Personal

Empleado(a): Complete esta sección

Empleador _____
Si tengo una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo, elijo ser tratado(a) por:

(Nombre del médico) (M.D., D.O., o grupo médico)

(dirección calle, ciudad, estado, código postal)

(número de teléfono)

Nombre de empleado (por favor usar letra de imprenta): _____

Dirección del empleado: _____

Nombre de la Compañía de Seguros, Plan o Fondo que le proporciona cobertura de salud para lesiones o enfermedades no ocupacionales: _____

Firma del empleado: _____

Fecha: _____

Nota para el Empleado: A menos que usted esté de acuerdo por escrito, ni su empleador ni York pueden comunicarse con su médico personal para confirmar una designación previa. Si su médico no firma este formulario, será necesaria la documentación que confirme la aceptación en ser designado antes de la lesión. Si usted está de acuerdo, su empleador o York pueden comunicarse con su médico personal para confirmar esta designación previa, firme y coloque la fecha a continuación:

Firma del empleado: _____

Fecha _____

Médico: Acepto esta designación previa:

Firma: _____ Fecha _____
(Médico o Empleado Designado del Médico)

No se exige que el médico firme este formulario; sin embargo, si el médico o empleado designado por el médico o grupo médico no firma, se exigirá otro documento de la aceptación del médico de la designación previa en

conformidad con el Título 8, Código de Normas de California, sección 9780.1(a)(3).

Aviso del Quiropráctico o Acupunturista Personal

Si su empleador o aseguradora de su empleador no tiene una Red de Proveedores Médicos (MPN por sus siglas en inglés), usted puede cambiar que su médico tratante sea su quiropráctico (D.C., por sus siglas en inglés) o acupunturista (L.A.C., por sus siglas en inglés) personales luego de una lesión/enfermedad relacionada con el trabajo. A fin de ser elegible para hacer este cambio, usted debe dar a su empleador el nombre y dirección comercial de un quiropráctico o acupunturista personales por escrito antes de la lesión/enfermedad. York generalmente tiene el derecho de seleccionar a su médico tratante en el periodo de los primeros 30 días luego que su empleador se entere de su lesión/enfermedad. Después que su empleador o York hayan iniciado su tratamiento con otro médico durante este periodo, usted podrá, previa solicitud, hacer que su tratamiento sea transferido a su quiropráctico o acupunturista personales. Usted puede usar este formulario para notificar a su empleador acerca de su quiropráctico o acupunturista personales, o su empleador puede tener su propio formulario. El D.C. o L.A.C. deben ser su D.C. o L.A.C. habituales que han dirigido su tratamiento y conservan sus registros e historia de quiropraxia. Si su empleador tiene una red de proveedores médicos (MPN, por sus siglas en inglés), usted sólo puede cambiar a un D.C. o L.A.C. dentro de la MPN. Si un quiropráctico no puede ser su médico tratante después de 24 visitas. Si aún requiere de tratamiento médico de ahí en adelante, tendrá que elegir un médico que no sea quiropráctico. Esta prohibición no se aplicará a las visitas de medicina física posquirúrgicas prescritas por el cirujano o médico designado por el cirujano, en el marco del componente posquirúrgica de la División de Tratamiento Médico programa de Utilización de Compensación para Trabajadores.

Nombre del quiropráctico o acupunturista (D.C., L.A.C.)

(dirección calle, ciudad, estado, código postal)

(número de teléfono)

Nombre de empleado (Por favor use letra de imprenta): _____

Dirección del empleado: _____

Firma del empleado: _____

Fecha: _____
(Formulario Opcional DWC 9.783,1 Fecha Efectiva 1 de julio 2014)

CUANDO OCURRE UNA LESIÓN EN EL TRABAJO ...

- Busque rápidamente primeros auxilios.
- Llame al 9-1-1 para solicitar ayuda inmediata, si es una emergencia, se requiere atención médica.
- Informe inmediatamente las lesiones a su supervisor o representante del empleador en _____
Equipo { 'Pwtug'3: 22/992/2; 4; _____
Dgpgku'F gr ctvo gpv'; 6; /7: 2/5646 _____

Oficina de Información y Asistencia: Fgr0qh'Y qtngtu'Eqo r _____
3287'P0RcekkEgpvt'Ftkg.'Cpcj glo.'EC"; 4: 28/4363 _____
714-414-1801 _____

El empleador DEBE completar esta información

© 01/JUL/2014 YORK. Todos los derechos reservados



Información Acerca de Compensación del Trabajador



YORKTM
Risk Services Group

York Risk Services Group, Inc.
P.O. Box 619079
Roseville, CA 95661
Teléfono (866) 221-2402
Fax (866) 548-2637

Aprobado por la División de Compensación del Trabajador

¿Qué es la compensación del trabajador? Su propósito es asegurar que un empleado que se ufie no a le sión o e nfermedad ocupacional reciba beneficios para curar o aliviar médicamente los efectos de la lesión/enfermedad, proporcionar compensación temporal, cuando el empleado sea médicamente incapaz de realizar cualquier función ocupacional, compensación por cualquier discapacidad residual y/o impedimento de la función corporal, beneficios para los dependientes si un empleado fallece como consecuencia de una lesión/enfermedad, protección contra la discriminación de su empleador debido a la lesión/enfermedad.

¿Tengo cobertura? Casi todas las personas empleadas en California están protegidas por la compensación del trabajador; sin embargo hay algunas excepciones. Las personas que trabajan de manera independiente o trabajadores voluntarios no pueden tener cobertura. Las leyes similares cubren a los trabajadores federales y marítimos. Su empleador está licitamente asegurado. York Risk Services Group (York) es el administrador de reclamaciones de su empleador. Su empleador o York pueden responder a cualquier pregunta que usted tenga acerca de la cobertura.

¿Qué cubre la Compensación del Trabajador? Si usted tiene una lesión/enfermedad debido a su trabajo, usted tiene cobertura. La causa puede ser un solo evento, como una caída, o puede ser debido a exposiciones repetidas, como la pérdida de audición debido al ruido fuerte y constante. Las lesiones que varían desde primeros auxilios a accidentes graves tienen cobertura. Incluso las lesiones relacionadas con un accidente en el lugar de trabajo, tales como lesiones físicas o psicológicas, tienen cobertura de la compensación del trabajador. Algunas lesiones que resultan de actividades voluntarias, como actividades sociales o deportivas fuera del servicio, no pueden tener cobertura. Consulte con su empleador o York si usted tiene preguntas. La cobertura comienza en el momento de empezar su trabajo. No hay período de prueba o tarifa de salario.

Deber del Empleado. Notifique inmediatamente a su empleador o York de manera que usted pueda conseguir la ayuda médica que usted necesita sin demora. Si su lesión es mayor que una lesión de primeros auxilios, su supervisor le dará un Formulario de Reclamación (Formulario DWC-I) para que usted describa dónde, cuándo y cómo sucedió. Para presentar una reclamación, complete la sección "Empleado" del DWC-I. Guarde una copia de este formulario y entregue las páginas restantes a su supervisor. Su empleador deberá completar la sección "Empleado" y entregarle una copia firmada y fechada. Su empleador conservará una copia de este formulario y enviará otra a York. York está a cargo de manejar su reclamación e informarle a usted acerca de su elegibilidad para recibir beneficios.

Sus beneficios de reclamación no se inician hasta que su empleador se entere de su lesión, por ello informe y presente el DWC-I tan pronto como sea posible. Las leyes de California exigen que su empleador autorice el tratamiento médico en el plazo de un día hábil luego de haber recibido su Formulario de Reclamación. Los empleadores son responsables de un máximo de \$10,000 por el tratamiento en espera de una decisión de York sobre la aceptación o rechazo de una reclamación. Esperar el informe puede retrasar los beneficios de indemnización del trabajador. Usted no puede recibir beneficios si no presenta una reclamación en el período de un año luego de la fecha de la lesión, la fecha en que usted se entera que su lesión era ocupacional, o la fecha en que se proporcionaron por última vez los beneficios.

Deber del Empleador: Entregue este formulario a todos los empleados en el momento de la contratación o al final de su primer período de pago.

En el período de un día hábil, al conocer o recibir aviso por parte de cualquier fuente de una lesión/enfermedad ocupacional mayor que primeros auxilios, entregue al empleado un formulario de reclamación (DWC-I) y autorice tratamiento médico e informe la reclamación a York Risk Services Group.

¿Cuáles son los beneficios? Usted puede tener de varios tipos de beneficios en virtud de la ley de compensación del trabajador de California, incluyendo:

Atención médica: El tratamiento médico sea razonablemente necesario para curar o aliviar al trabajador lesionado de los efectos de la lesión/enfermedad. No hay deducible ni costo. Estos beneficios médicos pueden incluir análisis de laboratorio, terapia física, servicios de hospital, medicamentos y tratamiento por un médico. La ley estatal limita ciertos servicios médicos a partir del 1 de enero de 2004. Usted nunca debe recibir una factura médica. Si el tratamiento adicional es necesario, York coordinará la atención médica que cumpla con la norma aplicable de tratamiento para la lesión. El médico puede ser un especialista para su

tipo específico de lesión, deberá conocer los requisitos de compensación del trabajador e informará con prontitud a York de manera que se pague a usted sus beneficios.

El médico con la responsabilidad general del tratamiento de su lesión/enfermedad es el médico de atención primaria (PTP, por sus siglas en inglés). El PTP decide qué tipo de atención médica usted necesita y si usted tiene restricciones de trabajo. Si es necesario, el PTP revisará la descripción de su trabajo con usted y su empleador para definir cualquier limitación o restricción que usted pueda tener. Este médico también es responsable de coordinar la atención entre los demás proveedores de servicios médicos, si es una lesión grave, escribirá los informes sobre cualquier discapacidad permanente de las funciones corporales o la necesidad de atención médica en el futuro. Generalmente, su empleador selecciona al PTP que usted verá durante los primeros 30 días, pero si usted desea cambiar de médico por cualquier motivo, pregunte a su empleador o York. A su empleador le interesa tanto como a usted su pronta recuperación y retorno al trabajo y seleccionará un médico diferente para usted. Si su empleador tiene una Red de Proveedores Médicos (MPN, por sus siglas en inglés), usted será dirigido a tratarse con un médico dentro de la MPN y se aplican reglas diferentes sobre cómo cambiar a su médico.

Usted puede ser tratado por su médico personal o grupo médico de inmediato si tiene seguro médico para lesiones o enfermedades que no estén relacionadas al trabajo, y si su médico estuvo de acuerdo por adelantado en darle el tratamiento para las lesiones o enfermedades ocupacionales y ha dirigido previamente su tratamiento y conserva sus registros médicos y está de acuerdo, antes de su lesión/enfermedad, en atenderle por sus lesiones o enfermedades ocupacionales, y usted entregó a su empleador el nombre de su médico y la dirección por escrito antes de la lesión. Usted puede utilizar el formulario dentro de este folleto o su empleador puede tener un formulario para que usted lo utilice.

Si usted da el nombre de su quiropráctico o acupunturista personal, se aplican reglas diferentes, y usted puede necesitar ver primero a un médico seleccionado por el empleador.

Beneficios de discapacidad temporal: Si usted no es médicamente capaz de trabajar durante más de tres días debido a su lesión relacionada con el trabajo, contando los fines de semana, usted tiene el derecho a pagos de discapacidad temporal (TD, por sus siglas en inglés) para ayudarle en la sustitución de sus salarios perdidos. Después de dos semanas a partir de la presentación del informe de la lesión, usted recibirá un cheque. Si su empleador tiene un plan de continuación de salario, sus beneficios pueden ser incluidos en su cheque de pago habitual. TD se paga cada 14 días hasta que el médico declare que usted puede retornar al trabajo (sin embargo los pagos no se hacen durante los primeros tres días, a menos que usted esté hospitalizado o no pueda trabajar más de 14 días). El monto de los pagos será dos tercios de su salario promedio sujetos a los mínimos y máximos establecidos por la legislación estatal. Aunque el pago por discapacidad temporal no será el monto total de su cheque de pago habitual, no hay deducciones y los pagos están libres de impuestos. Para lesiones que ocurren a partir del 1 de enero de 2008, los pagos por discapacidad temporal se limitan a 104 semanas compensables en el período de cinco años luego de la fecha de la lesión. Para una o pocas lesiones a largo plazo, tales como enfermedad pulmonar crónica o quemaduras severas, los pagos por discapacidad temporal pueden durar hasta 240 semanas en el período de cinco años a partir de la fecha de la lesión. Si usted alcanza el máximo pago por discapacidad temporal antes que usted pueda retornar al trabajo, su condición se convierte en permanente y estacionaria. Vea la sección "Otros Beneficios" de este folleto para más en la información. La presentación oportuna al Departamento de Desarrollo de Empleo puede dar lugar a beneficios Estatales de Discapacidad adicionales cuando los beneficios por discapacidad temporal se retrasan, deniegan o cancelan.

Discapacidad permanente: Si su médico dice que su lesión siempre le dejará con cierta discapacidad permanente de las funciones corporales, usted puede recibir pagos de discapacidad permanente (PD, por sus siglas en inglés). El monto depende del informe médico, la cantidad de discapacidad permanente que fue causada directamente por su trabajo, y factores como su edad, ocupación, tipo de lesión, y fecha de la lesión. La ley estatal determina los montos mínimos y máximos, y varían según la fecha de la lesión. Si usted tiene derecho a discapacidad permanente, York le enviará una carta explicando cómo se calculó el beneficio. Si la lesión causó una discapacidad permanente, el primer pago vence en el período de 14 días a partir del pago final por discapacidad temporal, salvo que su empleador le haya ofrecido a usted un puesto de trabajo que pague un mínimo del 85% del salario de su fecha de lesión o si regresó a un puesto de trabajo que paga el 100% del salario y, las

prestaciones pagadas a usted en la fecha de la lesión, la discapacidad permanente se pagará después que se emita la adjudicación.

Beneficio complementario por desplazamiento laboral (SJDB, por sus siglas en inglés): Si usted tiene una discapacidad permanente, la elegibilidad para el beneficio complementario por desplazamiento laboral comienza cuando su empleador no tiene trabajo regular, permanente, modificado o alternativo en un período de 60 días a partir del recibo de un informe de Mejoría Máxima Médica (MMI por sus siglas en inglés). Esto es un vale no transferible para cuotas de reentrenamiento y/o desarrollo de habilidades relacionadas con la educación en escuelas autorizadas por el estado, herramientas, autorización de licencias y certificación así como otros recursos como beneficios posibles. Si usted califica para el beneficio complementario por desplazamiento laboral, York ofrecerá un vale por un monto máximo de \$6,000.

Beneficios por defunción: Si la lesión/enfermedad causa la muerte, los pagos se pueden efectuar a sus dependientes. Las leyes estatales establecen estos beneficios y el beneficio total depende del número de dependientes. Los pagos se hacen a la misma tarifa que los pagos por discapacidad temporal. Además, la compensación del trabajador ofrece un monto asignado por concepto de sepelio.

Discriminación: Es una infracción del Código Laboral, Sección 132(a) e ilegal que su empleador le castigue o despidan por sufrir una lesión/enfermedad ocupacional, presentar una reclamación o atestiguar en el caso de compensación del trabajador de otra persona. Si su empleador es declarado culpable de discriminación, usted tendría derecho a un aumento de beneficios, restitución y reembolso de los salarios y beneficios perdidos.

Otros beneficios: A veces se confunde la compensación del trabajador con el Seguro Estatal de Discapacidad (SDI, por sus siglas en inglés). La compensación del trabajador las lesiones/enfermedades ocupacionales, y es pagada por su empleador o su aseguradora. Por otro lado, el SDI cubre las lesiones o enfermedades ocurridas fuera del trabajo, y es pagado mediante deducciones de su cheque de pagos. Si usted no está recibiendo beneficios de compensación del trabajador, puede ser capaz de obtener los beneficios de Discapacidad del Estado. Póngase en contacto con la oficina local del Departamento de Desarrollo de Empleo del Estado que aparece en las páginas gubernamentales de su directorio telefónico para obtener más información.

Puede ser elegible para acceder al fondo de regreso al trabajo, con el fin de hacer pagos complementarios a trabajadores lesionados cuyos beneficios de discapacidad permanente son desproporcionalmente bajos en comparación con su pérdida de ganancias. Si tiene alguna pregunta o cree que califica, póngase en contacto con la oficina de Información y asistencia indicada en este folleto o visite el sitio web de DIR en: www.dir.ca.gov.

Si usted todavía tiene preguntas... pregunte a su supervisor o representante del empleador. O póngase en contacto con York llamando al número que se indica en los archivos de compensación del trabajador colocados en el trabajo y en este folleto. También puede comunicarse con la División Estatal de Compensación del Trabajador (DWC, por sus siglas en inglés) y hablar con un Funcionario de Información y Asistencia. Estos funcionarios están disponibles para examinar los problemas, responder preguntas y proporcionar información adicional escrita sobre la compensación del trabajador de manera gratuita. La oficina local se muestra a continuación y se publicará en su lugar de trabajo. Usted también puede llamar al 800-736-7401 o visitar el sitio web de DWC: <http://www.dir.ca.gov/dwc>

EL FRAUDE DE COMPENSACIÓN LABORAL ES UN DELITO GRAVE

Toda persona que haga o disponga que se haga una declaración material deliberadamente falsa o fraudulenta con el fin de obtener o denegar los beneficios o pagos de la compensación laboral es culpable de un delito grave. Las multas pueden ser de hasta un máximo de \$150,000 y el encarcelamiento de hasta un máximo de cinco años.