Un Folleto para el Nuevo Empleado

Este folleto puede ser dado a todos los empleados recién contratados en el estado de California. Los empleadores y administradores de reclamos pueden utilizar el contenido de este documento y poner sus logos e información adicional en ello.

¿ Qué es la *compensación de trabajadores?*

Si usted se lesiona en el trabajo, su empleador está obligado por ley a pagarle los beneficios de compensación de trabajadores. Usted podría lesionarse por:

Un incidente en el trabajo. Ejemplos: lastimarse la espalda al caerse, quemarse con un producto químico que le salpica la piel, lesionarse en un accidente automovilístico mientras hace entregas.

—o—

Exposiciones repetidas en el trabajo. Ejemplos: lastimarse la muñeca por hacer movimientos repetitivos, perder la audición debido a la presencia de ruidos fuertes y constantes.

—o—

Crimen en el lugar de trabajo. Ejemplos: se lesiona en un robo de una tienda, físicamente atacado por un cliente insatisfecho.

¿Cuáles son *los beneficios ?*

ATENCIÓN MÉDICA: Pagados por su empleador para ayudarle a recuperarse de una lesión o enfermedad causada por el trabajo. Visitas al médico, servicios de hospital, terapia física, exámenes de laboratorio y rayos x son algunos servicios médicos que pueden ser proporcionados. Estos servicios deben ser necesarios para tratar su lesión. Hay límites en algunos servicios como terapia física y cuidado quiropráctico.

BENEFICIOS POR INCAPACIDAD TEMPORAL: Pagos que usted recibe por el sueldo perdido si su lesión le impide hacer su trabajo usual mientras se recupera. La cantidad que puede recibir es hasta dos tercios de su sueldo. Hay límites de pagos mínimos y máximos establecidos por la ley estatal. Será pagado cada dos semanas si es elegible. Para la mayoría de las lesiones, los pagos no pueden exceder más de 104 semanas dentro de cinco años después de su lesión. La incapacidad temporal (temporary disability-TD) termina cuando usted regresa a trabajar o cuando su médico le permite regresar a trabajar o indica que su lesión ha alcanzado el máximo mejoramiento médico. Usted puede presentar un reclamo con el Departamento del Desarrollo de Empleo (Employment Development Department-EDD) para obtener beneficios de incapacidad estatal cuando los beneficios de TD son demorados, negados o han terminado.

LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL

Es ilegal bajo el Código Laboral sección 132a que su empleador lo castigue o despida porque:

- Usted ha presentado un reclamo de compensación de trabajadores
- Tiene la intención de presentar un reclamo de compensación de trabajadores
- Finaliza un reclamo de compensación de trabajadores
- Testifica o tiene la intención de testificar para otro trabajador lesionado.

Si se determina que su empleador discriminó contra usted, él o ella pueden ser ordenados a regresarlo a su trabajo. Su empleador también puede ser obligado a pagar por sueldos perdidos, aumentos en beneficios de compensación de trabajadores además de costos y gastos establecidos por la ley estatal.

BENEFICIOS POR INCAPACIDAD PERMANENTE:

Pagos si no se recupera completamente. La cantidad de pago total está basada en:

- El informe médico de su doctor
- Su edad
- Su ocupación
- Cuánto puede ganar en el futuro.

Será pagado cada dos semanas si es elegible. Hay tasas de pago semanales mínimas y máximas.

BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS POR LA PÉRDIDA DE TRABAJO:

Vales que ayudan a pagar por reentrenamiento/capacitación o desarrollo de habilidades si es que no se recupera completamente y no regresa a trabajar para su empleador. Los vales varían entre $4,000 y $10,000 dependiendo en su nivel de incapacidad permanente. Este vale es para que lo use en una escuela aprobada por el estado si:

- Usted tiene una incapacidad permanente
- Su empleador no le ofrece trabajo modificado o alternativo y
- No regresa con su empleador dentro de 60 días después de que termina su *TD*.

BENEFICIOS POR MUERTE:

Pagos a su cónyuge, hijos u otros dependientes si usted muere debido a una lesión o enfermedad de trabajo. La cantidad de pago total está basada en el número de dependientes. Son pagados cada dos semanas a una tasa de por lo menos $224 por semana. Además el seguro de compensación de trabajadores proporciona una compensación para el entierro.

EL FRAUDE DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES ES UN CRIMEN

Cualquier persona que hace o causa que se haga una declaración intencionadamente falsa para obtener o negar beneficios o pagos de compensación de trabajadores es culpable de una felonía. Si condenado, la persona tendrá que pagar multas de hasta $150,000 y/o cumplir hasta cinco años de cárcel.

¿Qué debo hacer si me *lesiono en el trabajo ?*

INFORME A SU EMPLEADOR SOBRE LA LESIÓN QUE HA SUFRIDO

Dígale inmediatamente a su supervisor no importa que tan leve sea la lesión. No demore – hay plazos específicos. Usted puede perder su derecho a beneficios si su empleador no se entera de su lesión dentro de 30 días. Si su lesión o enfermedad se desarrolló gradualmente, infórmelo tan pronto como se entere que fue causada por su trabajo.

¿QUIÉN ES MI ADMINISTRADOR DE RECLAMOS ?

Administrador de reclamos de compensación de trabajadores, o si su empleador está auto asegurado, la persona responsable por la administración del reclamo es:

_____

Dirección:_____

_____

_____

Número de teléfono:_____

OBTENGA TRATAMIENTO DE EMERGENCIA SI ES NECESARIO

Si es una emergencia médica, vaya a una sala de emergencia inmediatamente. Dígale al proveedor médico que le atienda que su lesión está relacionada con su trabajo. Su empleador le puede decir dónde ir para darle seguimiento a su tratamiento.

NÚMERO DE TELÉFONO DE EMERGENCIA:

Llame al 911 para una ambulancia, el departamento de bomberos o la policía. Para cuidado médico que no es urgente, contacte a su empleador, administrador de reclamos de compensación de trabajadores o vaya a esta instalación:

_____

LLENE EL FORMULARIO DE RECLAMO DWC 1 Y DÉSELO A SU EMPLEADOR Su empleador debe darle un formulario de reclamo DWC 1 dentro de un día laboral después de enterarse de su lesión o enfermedad. Complete la sección del empleado, fírmelo y regréselo a su empleador. Su empleador entonces presentará su reclamo al administrador de reclamos. Su empleador debe autorizar tratamiento dentro de un día laboral después de recibir el formulario de reclamo DWC 1.

Si la lesión es debida a exposiciones repetidas, usted tiene un año de cuando usted se da cuenta que su lesión está relacionada con su trabajo para presentar un reclamo.

En cualquier caso, puede recibir hasta $10,000 en cuidado médico pagado por su empleador hasta que su reclamo sea aceptado o negado. El administrador de reclamos tiene hasta 90 días para decidir si acepta o niega su reclamo. De otra manera, se supondrá que su caso es pagadero.

Su empleador o administrador de reclamos le enviará "avisos de beneficio" que le informarán sobre el estado de su reclamo.

¿Qué es una red de *proveedores médicos (Medical Provider Network- MPN)?*

Una MPN es un grupo selecto de proveedores de cuidado médico que dan tratamiento médico a trabajadores lesionados. Cada MPN incluye una combinación de médicos especializados en lesiones de trabajo y médicos con experiencia en áreas generales de medicina. Chequee con su empleador para ver si están usando una MPN.

Si usted no ha denominado a un médico antes de lesionarse y su empleador está usando una *MPN*, usted verá a un médico de la *MPN*. Después de su primera visita, está libre para escoger otro médico de la lista de la *MPN*. Un aviso de *MPN* completo debe estar puesto en una área de trabajo usada por los empleados y cerca del póster "Aviso a los Empleados". Para más información, consulte con el contacto de *MPN* que se encuentra en el póster "Aviso a los Empleados".

¿Qué es un *médico primario (Primary Treating Physician- PTP)?*

Es el médico que tiene la responsabilidad total sobre el tratamiento para su lesión o enfermedad. Él o ella pueden ser:

- El médico que usted denomina por escrito *antes* de que se lesione en el trabajo
- Un médico de la red de proveedores médicos (medical provider network - *MPN)*
- El médico escogido por su empleador durante los primeros 30 días después de su lesión si su empleador no tiene una MPN o
- El médico que usted escogió después de los primeros 30 días después de su lesión si su empleador no tiene una *MPN*.

¿Qué es la *designación previa ?*

La designación previa es cuando usted denomina a su médico particular para que lo atienda si usted se lastima en el trabajo. El médico debe ser un doctor en medicina (M.D.), doctor en medicina osteopatía (D.O.) o un grupo médico con un M.D. o D.O. Debe denominar a su médico por escrito *antes* de que usted se lastime o enferme.

Usted puede designar de antemano a un médico si su empleador ofrece un plan de seguro médico y el médico debe haberle:

- Atendido
- Mantenido su expediente/historial médico antes de su lesión y
- Indicado que está de acuerdo en atenderlo para una lesión o enfermedad de trabajo antes de que usted se lastime o enferme.

Usted puede usar el formulario "predesignation of personal physician" incluido con este folleto para denominar a su médico. Después de llenar el formulario, asegúrese de dárselo a su empleador.

Si su empleador no tiene una MPN aprobada, usted puede denominar a su quiropráctico o acupunturista para que lo atienda para sus lesiones de trabajo. El aviso de quiropráctico o acupunturista personal debe ser por escrito *antes* de lastimarse. Puede usar el formulario incluido en folleto. Después de llenar el formulario, asegúrese de dárselo a su empleador.

¿Qué pasa si hay algún *problema con mis beneficios?*

Si tiene alguna inquietud, diga algo. Hable con su empleador o con el administrador de reclamos encargado de su reclamo para tratar de resolver el problema. Si esto no funciona, consiga ayuda intentando lo siguiente:

PÓNGASE EN CONTACTO CON LA UNIDAD DE INFORMACIÓN Y ASISTENCIA DE LA DIVISIÓN DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES

Todas de las 24 oficinas de la División de Compensación de Trabajadores (Division of Workers' Compensation-DWC) alrededor del estado proporcionan información y asistencia sobre derechos, beneficios y obligaciones bajo las leyes de compensación de trabajadores en California. Los oficiales de Información y Asistencia (Information and Assistance-I&A) ayudan a resolver disputas sin entablar juicio. Su meta es de conseguirle beneficios completos y a tiempo. Los servicios son gratis.

Para contactar a la más cercana Unidad de I&A, vaya a www.dwc.ca.gov en la barra de arriba, haga clic en "I&A". En este sitio encontrará hojas de información, guías e información para ayudarle.

LA MÁS CERCANA UNIDAD DE *I&A* ESTÁ UBICADA EN :

Dirección:_____

_____

_____

Número de teléfono:_____

CONSULTE CON UN ABOGADO

La mayoría de los abogados ofrecen una consulta gratis. Si decide retener a un abogado, sus honorarios pueden ser tomados de algunos de sus beneficios. Para nombres de abogados de compensación de trabajadores, llame al Colegio de Abogados (State Bar Association) de California al (415) 538-2120 o vaya a la página web a www.californiaspecialist.org. Puede conseguir una lista de abogados de su Unidad de I&A local o consulte las páginas amarillas.

ADVERTENCIA

Es posible que su empleador no pague beneficios de compensación de trabajadores si se lastima en una actividad voluntaria fuera de su trabajo, recreativa, social o atlética que no sea parte de sus deberes laborales.

DERECHOS ADICIONALES

Usted también puede tener otros derechos bajo la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act-ADA) o la Ley de Igualdad en el Empleo y la Vivienda (Fair Employment and Housing Act-FEHA). Para información adicional, comuníquese con FEHA al (800) 884-1684 o la Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo (Equal Employment Opportunity Commission-EEOC) al (800) 669-4000.

La información contenida en este folleto se conforma a los requisitos de información encontrados en las secciones 3551 y 3553 del Código Laboral y las secciones 9880 y 9883 del Título 8, Código de Regulaciones de California. Este documento está aprobado por el director administrativo de la División de Compensación de Trabajadores.

DESIGNACIÓN PREVIA DE MÉDICO PARTICULAR

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

- su empleador le ofrece un plan de salud grupal
- el médico es su médico familiar o de cabecera, que será un médico que ha limitado su práctica médica a medicina general o que es un internista certificado o elegible para certificación, pediátra, gineco-obstreta, o médico de medicina familiar y que previamente ha estado a cargo de su tratamiento médico y tiene su expediente médico
- su "médico particular" puede ser un grupo médico si es una corporación o sociedad o asociación compuesta de doctores certificados en medicina u osteopatía, que opera un integrado grupo médico multidisciplinario que predominantemente proporciona amplios servicios médicos para lesiones y enfermedades no relacionadas con el trabajo.
- antes de la lesión su médico está de acuerdo a proporcionarle tratamiento médico para su lesión o enfermedad de trabajo
- antes de la lesión usted le proporcionó a su empleador por escrito lo siguente: (1) notificación de que quiere que su médico particular le brinde tratamiento para una lesión o enfermedad de trabajo y (2) el nombre y dirección comercial de su médico particular.

Puede usar este formulario para notificarle a su empleador que desea que su médico particular o médico osteópata le proporcione tratamiento médico para una lesión o enfermedad de trabajo y que los requisitos mencionados arriba han sido cumplidos.

NOTICIA DE DESIGNACIÓN PREVIA DE MÉDICO PARTICULAR

Empleado: Rellene esta sección.

A: _____ (nombre del empleador) Si sufro una lesión o enfermedad de trabajo, yo elijo recibir tratamiento médico de:

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

_____(dirección, ciudad, estado, código postal)

_____(número de teléfono)

Nombre del Empleado (en letras de molde, por favor):

_____

Domicilio del Empleado:
_____

Firma del
Empleado_____Fecha:_____

Médico: Estoy de acuerdo con esta Designación Previa:

Firma:_____Fecha:_____
(Médico o Empleado designado por el Médico o Grupo Médico)

El médico no está obligado a firmar este formulario, sin embargo, si el médico o empleado designado por el médico o grupo médico no firma, será necesario presentar documentación sobre el consentimiento del médico de ser designado previamente de acuerdo al Código de Reglamentos de California, Título 8, sección 9780.1(a)(3).

Código de Reglamentos de California, Título 8, sección 9783.
(Formulario Opcional 9783 de la DWC 1 de marzo 2007)

NOTICIA DE QUIROPRÁCTICO PERSONAL O ACUPUNTOR PERSONAL

Si su empleador o la compañía de seguros de su empleador no tiene una Red de Proveedores Médicos establecida, puede cambiar su médico que le esté proporcionando tratamiento médico a su quiropráctico o acupuntor personal después de una lesión o enfermedad de trabajo. Para ser elegible a hacer este cambio, usted debe antes de la lesión o enfermedad darle por escrito a su empleador el nombre y la dirección comercial de un quiropráctico o acupuntor personal. Generalmente, su administrador de reclamos tiene el derecho de elegir al médico que le proporcionará el tratamiento dentro de los primeros 30 días después de que su empleador sabe de su lesión o enfermedad. Después de que su administrador de reclamos haya iniciado su tratamiento con otro médico durante este tiempo, usted puede, bajo petición, transferir su tratamiento a su quiropráctico o acupuntor personal.

Puede usar este formulario para notificarle a su empleador sobre su quiropráctico o acupuntor personal.

Información sobre su Quiropráctico o Acupuntor:

_____
(nombre del quiropráctico o acupuntor)

_____
(dirección, ciudad, estado, código postal)

_____
(número de teléfono)

Nombre del Empleado (en letras de molde, por favor):

_____

Domicilio del Empleado:

_____

Firma del Empleado_____Fecha:_____

Código de Reglamentos de California, Título 8, sección 9783.1.
(Formulario DWC 9783.1-Fecha de vigencia: marzo 2006)