

## Workers' Compensation Claim Form (DWC 1) & Notice of Potential Eligibility

### Formulario de Reclamo de Compensación para de Trabajadores (DWC 1) y Notificación de Posible Elegibilidad



If you are injured or become ill, either physically or mentally, because of your job, including injuries resulting from a workplace crime, you may be entitled to workers' compensation benefits. Attached is the form for filing a workers' compensation claim with your employer. **You should read all of the information below.** Keep this sheet and all other papers for your records. You may be eligible for some or all of the benefits listed depending on the nature of your claim. If required you will be notified by the claims administrator, who is responsible for handling your claim, about your eligibility for benefits.

To file a claim, complete the "Employee" section of the form, keep one copy and give the rest to your employer. Your employer will then complete the "Employer" section, give you a dated copy, keep one copy and send one to the claims administrator. Benefits can't start until the claims administrator knows of the injury, so complete the form as soon as possible.

**Medical Care:** Your claims administrator will pay all reasonable and necessary medical care for your work injury or illness. Medical benefits may include treatment by a doctor, hospital services, physical therapy, lab tests, x-rays, and medicines. Your claims administrator will pay the costs directly so you should never see a bill. ~~For injuries occurring on or after 1/1/04, there is a limit on some medical services.~~

**The Primary Treating Physician (PTP)** is the doctor with the overall responsibility for treatment of your injury or illness. Generally your employer selects the PTP you will see for the first 30 days, however, in specified conditions, you may be treated by your predesignated doctor or medical group. If a doctor says you still need treatment after 30 days, you may be able to switch to the doctor of your choice. ~~Special Different~~ rules apply if your employer ~~offers~~ is using a Health Care Organization (HCO) or ~~after 1/1/05, has a~~ Medical Provider Network (MPN). A MPN is a selected network of health care providers to provide treatment to workers injured on the job. You should receive information from your employer if you are covered by an HCO or a MPN. Contact your employer for more information. If your employer has not put up a poster describing your rights to workers' compensation, you may choose your own doctor immediately.

~~Within one working day after an employee you files a claim form, the your employer shall authorize the provision of all treatment, consistent with the applicable treating guidelines, for the alleged injury and shall continue to be liable for up to \$10,000 in provide treatment until the date that liability for the claim is accepted or rejected. Until the date the claim is accepted or rejected, liability for medical treatment shall be limited to ten thousand dollars (\$10,000).~~

**Disclosure of Medical Records:** After you make a claim for workers' compensation benefits, your medical records will not have the same level of privacy that you usually expect. If you don't agree to voluntarily release medical records, a workers' compensation judge may decide what records will be released. If you request privacy, the judge may "seal" (keep private) certain medical records.

**Payment for Temporary Disability (Lost Wages):** If you can't work while you are recovering from a job injury or illness, for most injuries you will receive temporary disability payments for a limited period of time. These payments may change or stop when your doctor says you are able to return to work. These benefits are tax-free. Temporary disability payments are two-thirds of your average weekly pay, within minimums and maximums set by state law. Payments are not made for the first three days you are off the job unless you are hospitalized overnight or cannot work for more than 14 days.

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 para de trabajadores. Se adjunta el formulario para presentar un reclamo de compensación para de trabajadores con su empleador. **Ud. debe leer toda la información a continuación.** Guarde esta hoja y todos los demás documentos para sus archivos. Es posible que usted reúna los requisitos para todos los beneficios; o parte de éstos, que se enumeran, dependiendo de la índole de su reclamo. Si se requiere, ~~el~~ administrador~~(a)~~ de reclamos, quien es responsable ~~del~~ por el manejo de su reclamo, le notificará sobre a usted, ~~lo referente a~~ su elegibilidad para beneficios.

Para presentar un reclamo, complete llene la sección del formulario designada para el "Empleado"; guarde una copia, y déle el resto a su empleador. Entonces, su empleador completará la sección designada para el "Empleado"; le dará a Ud. una copia fechada, guardará una copia, y enviará una ~~al~~ administrador~~(a)~~ de reclamos. Los beneficios no pueden comenzar hasta, que ~~el~~ administrador~~(a)~~ de reclamos se entere de la lesión, así que complete el formulario lo antes posible.

**Atención Médica:** Su administrador~~(a)~~ de reclamos pagará toda la atención médica razonable y necesaria, para su lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. Es posible que los beneficios médicos incluyan el tratamiento por parte de un médico, los servicios de hospital, la terapia física, los análisis de laboratorio y las medicinas. Su administrador~~(a)~~ de reclamos pagará directamente los costos, de manera que usted nunca verá un cobro. ~~Para lesiones que ocurren en o después de 1/1/04, h~~Hay un límite de visitas para ciertos servicios médicos.

**El Médico Primario que le Atiende-Primary Treating Physician PTP** es el médico con ~~toda~~ la responsabilidad total para ~~dar el tratamiento~~ tratar ~~para~~ su lesión o enfermedad. Generalmente, su empleador selecciona al PTP que Ud. verá durante los primeros 30 días. Sin embargo, en condiciones específicas, es posible que usted pueda ser tratado por su médico ~~pre-designado~~ o grupo médico previamente designado. Si el doctor dice que usted aún necesita tratamiento después de 30 días, es posible que Ud. pueda cambiar al médico de su preferencia. Hay reglas especiales diferentes que ~~son aplicables~~ se aplican cuando su empleador ~~ofrece~~ usa una Organización del Cuidado Médico (HCO) o ~~depués de 1/1/05 tiene una~~ Sistema Red de Proveedores de Atención Médicaos (MPN). Una MPN es una red de proveedores de asistencia médica seleccionados para dar tratamiento a los trabajadores lesionados en el trabajo. Usted debe recibir información de su empleador si su tratamiento es cubierto por una HCO o una MPN. Hable con su empleador para más información. Si su empleador no ha colocado un poster cartel describiendo sus derechos para la compensación para de trabajadores, Ud. puede seleccionar a su propio médico inmediatamente.

~~El Dentro de un día después de que Ud. Presente un formulario de reclamo, su empleador autorizará todo tratamiento médico consistente de acuerdo con las directivas pautas de tratamiento aplicables a la presunta lesión o enfermedad, durante el primer día laboral después que el empleado efectúa un reclamo para beneficios de compensación, y continuará provveyendo este tratamiento será responsable por \$10,000 en tratamiento hasta la fecha en que el reclamo sea aceptado o rechazado. Hasta la fecha en que el reclamo sea aceptado o rechazado, el tratamiento médico será limitado a diez mil dólares (\$10,000).~~

**Divulgación de Expedientes Médicos:** Después de que Ud. presente un reclamo para beneficios de compensación para de los trabajadores, sus expedientes médicos no tendrán ~~la~~ el mismo nivel de privacidad que usted normalmente espera. Si Ud. no está de acuerdo en divulgar voluntariamente los expedientes médicos, un~~(a)~~ juez de compensación para de trabajadores posiblemente decida qué expedientes se revelarán. Si Ud. solicita privacidad, es posible que ~~el~~ juez "selle" (mantenga privados)

# Workers' Compensation Claim Form (DWC 1) & Notice of Potential Eligibility

## Formulario de Reclamo de Compensación ~~para~~ de Trabajadores (DWC 1) y Notificación de Posible Elegibilidad



**Return to Work:** To help you to return to work as soon as possible, you should actively communicate with your treating doctor, claims administrator, and employer about the kinds of work you can do while recovering. They may coordinate efforts to return you to modified duty or other work that is medically appropriate. This modified or other duty may be temporary or may be extended depending on the nature of your injury or illness.

**Pavment for Permanent Disability:** If a doctor says your injury or illness results in a permanent disability, you may receive additional payments. The amount will depend on the type of injury, your age, occupation, and date of injury.

**Vocational Rehabilitation (VR):** ~~If a doctor says your injury or illness prevents you from returning to the same type of job and your employer doesn't offer modified or alternative work, you may qualify for VR. If you qualify, your claims administrator will pay the costs, up to a maximum set by state law. VR is a benefit for injuries that occurred prior to 2004.~~

**Supplemental Job Displacement Benefit (SJDB):** ~~If you do not were injured after 1/1/04 and you have a permanent disability that prevents you from returning to work within 60 days after your temporary disability ends, and your employer does not offer modified or alternative work, you may qualify for a nontransferable voucher payable to a school for retraining and/or skill enhancement. If you qualify, the claims administrator will pay the costs up to the maximum set by state law based on your percentage of permanent disability. SJDB is a benefit for injuries occurring on or after 1/1/04.~~

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

**It is illegal for your employer** to punish or fire you for having a job injury or illness, for filing a claim, or testifying in another person's workers' compensation case (Labor Code 132a). If proven, you may receive lost wages, job reinstatement, increased benefits, and costs and expenses up to limits set by the state.

You have the right to disagree with decisions affecting your claim. If you have a disagreement, contact your claims administrator first to see if you can resolve it. If you are not receiving benefits, you may be able to get State Disability Insurance (SDI) benefits. Call State Employment Development Department at (800) 480-3287.

You can obtain free information from an information and assistance officer of the State Division of Workers' Compensation (DWC), or you can hear recorded information and a list of local offices by calling (800) 736-7401. You may also go to the DWC website at [www.dir.ca.gov/dwc](http://www.dir.ca.gov/dwc). ~~Link to Workers' Compensation.~~

**You can consult with an attorney.** Most attorneys offer one free consultation. If you decide to hire an attorney, his or her fee will be taken out of some of your benefits. For names of workers' compensation attorneys, call the State Bar of California at (415) 538-2120 or go to their web site at [www.californiaspecialist.org](http://www.californiaspecialist.org).

ciertos expedientes médicos.

**Pago por Incapacidad Temporal (Sueldos Perdidos):** Si Ud. no puede trabajar, mientras se está recuperando de una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, Ud. recibirá pagos por incapacidad temporal para la mayoría de las lesiones por un periodo limitado. Es posible que estos pagos cambien o paren, cuando su médico diga que Ud. está en condiciones de regresar a trabajar. Estos beneficios son libres de impuestos. Los pagos 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 ~~(a)~~ de una noche, o no pueda trabajar durante más de 14 días.

**Regreso al Trabajo:** Para ayudarle a regresar a trabajar lo antes posible, Ud. debe comunicarse de manera activa con el médico que le atiende, el ~~la~~ administrador(a) de reclamos y el empleador, con respecto a las clases de trabajo que Ud. puede hacer mientras se recupera. Es posible que ellos coordinen esfuerzos para regresarle a un trabajo modificado, o a otro trabajo, que sea apropiado desde el punto de vista médico. Este trabajo modificado, u otro trabajo, podría ser temporal o podría extenderse o no temporalmente, dependiendo de la índole de su lesión o enfermedad.

**Pago por Incapacidad Permanente:** Si el doctor dice que su lesión o enfermedad resulta en una incapacidad permanente, es posible que Ud. reciba pagos adicionales. La cantidad dependerá de la clase de lesión, su edad, su ocupación y la fecha de la lesión.

**Rehabilitación Vocacional:** ~~Si el doctor dice que su lesión o enfermedad no le permite regresar a la misma clase de trabajo, y su empleador no le ofrece trabajo modificado o alterno, es posible que usted reúna los requisitos para rehabilitación vocacional. Si Ud. reúne los requisitos, su administrador(a) de reclamos pagará los costos, hasta un máximo establecido por las leyes estatales. Este es un beneficio para lesiones que ocurrieron antes de 2004.~~

**Beneficio Suplementario por Desplazamiento de Trabajo:** Si Ud. se lesionó después del 1/1/04 y tiene una incapacidad permanente que le impide regresar no vuelve al trabajo en un plazo dentro de 60 días después de que los pagos por incapacidad temporal terminen, y su empleador no ofrece un trabajo modificado o ~~alterno~~ alternativo, es posible que usted reúna los requisitos para recibir un vale no-transferible pagadero a una escuela para recibir un nuevo entrenamiento y/o mejorar su habilidad. Si Ud. reúne los requisitos, el administrador(a) de reclamos pagará los ~~costos~~ gastos hasta un máximo establecido por las leyes estatales basado en su porcentaje de ~~incapacidad permanente~~. Este es un beneficio para lesiones que ocurren en o después de 1/1/04.

**Beneficios por Muerte:** Si la lesión o enfermedad causa la muerte, es posible que los pagos se hagan a los parientes o a las personas que vivan en el hogar, y que dependían económicamente del ~~de la~~ trabajador(a) difunto(a).

**Es ilegal que su empleador** le castigue o despida, por sufrir una lesión o enfermedad en el trabajo, por presentar un reclamo o por ~~atestiguar~~ testificar en el caso de compensación para de trabajadores de otra persona. (El Código Laboral sección 132a.) ~~Si es De ser probado, usted puede ser que usted reciba recibir~~ Si es De ser probado, usted puede ser que usted reciba recibir pagos por perdida de sueldos, reposición del trabajo, aumento de beneficios; y gastos hasta un los límites establecidos por el estado.

Ud. tiene derecho a no estar en desacuerdo de acuerdo con las decisiones que afecten su reclamo. Si Ud. tiene un desacuerdo, primero comuníquese con su administrador(a) de reclamos, para ver si usted puede resolverlo. Si usted no está recibiendo beneficios, es posible que Ud. pueda obtener

**Workers' Compensation Claim Form (DWC 1) & Notice of Potential Eligibility**

**Formulario de Reclamo de Compensación ~~para~~ de Trabajadores (DWC 1) y Notificación de Posible Elegibilidad**



beneficios del Seguro Estatal de Incapacidad (SDI). Llame al Departamento Estatal del Desarrollo del Empleo (EDD) al (800) 480-3287.

Ud. puede obtener información gratis, de un oficial de información y asistencia, de la División Estatal de Compensación al de Trabajadores (*Division of Workers' Compensation - DWC*), o puede escuchar información grabada, así como una lista de oficinas locales; llamando al **(800) 736-7401**. Ud. también puede ~~ir al sitio electrónico en el Internet~~ consultar con la página Web de la DWC en [www.dir.ca.gov/dwc](http://www.dir.ca.gov/dwc). ~~Enlázese a la sección de Compensación para Trabajadores.~~

**Ud. puede consultar con un(a) abogado(a).** La mayoría de los abogados ofrecen una consulta gratis. Si Ud. decide contratar a un(a) abogado(a), ~~sus~~ los honorarios ~~serán~~ tomados de algunos de sus beneficios. Para obtener nombres de abogados de compensación ~~para~~ de trabajadores, llame a la Asociación Estatal de Abogados de California (*State Bar*) al (415) 538-2120, ó ~~vaya consulte con la a su sitio electrónico en el Internet~~ página Web en [www.californiaspecialist.org](http://www.californiaspecialist.org).