

## New Hire Notice -- Injuries Caused By Work

### What does workers' compensation cover?

You may be entitled to workers' compensation benefits if you are injured or become ill because of your job. Workers' compensation covers most work-related physical or mental injuries and illnesses. An injury or illness can be caused by one event (such as hurting your back in a fall) or by repeated exposures such as hurting your wrist from doing the same motion over and over). Generally, independent contractors, and volunteers who receive no compensation are not covered by workers' compensation benefits.

### Benefits:

Workers' compensation benefits include: Medical care, temporary disability, permanent disability, supplemental job displacement voucher, and death benefits

### Medical Care:

You are entitled to medical care that is reasonably required to cure or relieve you from the effects of your work-related injury. Medical care may include doctor visits, hospital services, physical therapy, lab tests, x-rays, and medicines that are reasonably necessary to treat your injury. Providers should never bill you directly for work-related injuries. There is a limit on some medical services. Your employer is required to provide you with a claim form within one business day of learning about your injury. It is extremely important that you complete the "Employee" section of the claim form as your employer is required to authorize medical care within one working day after you file the form. If additional care is necessary after the initial treatment, the claims administrator will authorize any care that is appropriate for your injury, including the referral to specialists.

### Your Primary Treating Physician (PTP):

This is the doctor with overall responsibility for treating your injury or illness. The primary treating physician determines what type of treatment you need and when you may return to work. A multispecialty medical group of licensed doctors and osteopathy can be designated as personal physicians. If your employer or your employer's insurer does not have a Medical Provider Network, you may be able to change your treating physician to your personal chiropractor or acupuncturist following a work-related injury or illness by making a request to the claims administrator. Chiropractors may not continue as the primary treating physician after 24 visits. If specialists, diagnostics, etc. are needed in your case, this physician will be responsible for making the referrals. If you name your personal physician before your injury, you may see him or her for treatment in certain circumstances.

Otherwise, your employer has the right to select the physician who will treat you for the first 30 days. You may be able to switch to a doctor of your choice after 30 days. Special rules apply if your employer offers a Health Care Organization (HCO) or has a medical provider network. You should receive information from your employer if you are covered by an HCO or MPN. Contact your employer for more information.

### Treatment by your personal physician:

You may be treated by your personal physician if you notify your employer prior to your injury. A personal physician includes a medical group of licensed doctors of medicine or osteopathy. Please have your physician complete the attached form and return to your employer. The following requirements must be met:

1. Your employer must offer group health coverage
2. Your personal physician must agree in advance to treat you for any work injuries or illnesses
3. Your physician must be your regular physician and surgeon.
4. Your physician has previously directed your medical treatment and retains your records, including your medical history.

### What happens if your employer disputes your injury?

State law requires employers to authorize medical care within one working day of receiving a DWC 1 claim form. Your employer may be liable for as much as \$10,000 in medical care until your claim is accepted or denied.

### Medical Provider Networks:

Your employer may be using a MPN, which is a selected network of health care providers to provide treatment to workers injured on the job. If you have predesignated your personal physician prior to your work injury, then you may receive treatment from your predesignated doctor. If you have not predesignated and your employer is using a MPN, you are free to choose an appropriate provider from the MPN list after the first medical visit directed by the employer. If you are treating with a non-MPN doctor for an existing injury, you may be required to change to a doctor within the MPN. For more information see the MPN contact information below.

### Medical Access Assistant for California MPNs:

The Medical Access Assistant, or MAA, has the primary duty of assisting employees with finding available medical provider network physicians and scheduling medical appointments. The MAA shall be available Monday

Sedgwick/Harbor 2 MPN  
MPN Identification Number: #2323

through Saturday from 7:00 AM – 8:00 PM (Pacific standard time). The MAA will contact the physician during normal business hours to schedule your appointment. The MAA does not have authority to authorize treatment and maintains different duties than the claims examiner.

**Sedgwick Medical Access Assistant:**

Phone: 1-87-SEDGWICK or 1-877-334-9425

**Current MPN toll free number: 800-625-6588**

**MPN Website: [www.SedgwickProviders.com/CAMPN2](http://www.SedgwickProviders.com/CAMPN2)**

- Select method of search: physician name, address search, or region search
- Input the state and zip code information
- Click “Find Provider”

**Current MPN Address:**

Sedgwick CMS  
8855 Haven Ave  
Rancho Cucamonga, CA 91730  
MPN Effective Date: 07/01/2022

**What if my employer does not have a Medical Provider Network?**

If your employer does not have a Medical Provider Network, you may be able to change your treating physician to your personal chiropractor or acupuncturist following a work-related injury or illness within 30 days of reporting your injury. You may use the attached Notice of Personal Chiropractor or Personal Acupuncturist form to notify your employer of this change.

**Emergency Medical Care:**

If you need emergency care, call 911 for help immediately from the hospital, ambulance, fire department or police department.

**First Aid:**

If you need first aid treatment, contact your employer. If you have more than a simple first aid injury, you will need to ask your employer for a claim form.

**Temporary Disability (TD) Benefits:**

You may be entitled to payments if you lose wages while recovering. Your temporary disability rate is calculated by multiplying your average weekly wage by two thirds. The first 3 days of disability are not payable under California law unless there is hospitalization at the time of injury or the disability exceeds 14 days. If your physician returns you to work on a modified basis, you may be entitled to wage loss. This is generally calculated by multiplying the difference between your average weekly wage and your earnings during modified duties times two thirds. This is

subject to the benefit minimums and maximums set by the California Legislature. Temporary disability benefits are payable within 14 days of the date of injury or knowledge of the injury. Subsequent payments are due every 14 days. For injuries occurring on or after 1/1/08, no more than 104 weeks of temporary disability are payable within 5 years from the date of injury. For longer term conditions (hepatitis B & C, amputations, severe burns, HIV, high velocity eye injuries, chemical burns to the eyes, pulmonary fibrosis, and chronic lung disease) no more than 240 weeks within five years from the date of injury are payable. You may be eligible for state disability benefits from the Employment Development Department (EDD) if TD benefits are stopped, delayed, or denied. There are time limits so contact EDD for more information.

**Permanent Disability (PD) Benefits:**

You may be entitled to payments if your physician says your injury has limited your ability to work. The permanent disability rate is calculated by multiplying your average weekly wage by two thirds, subject to statutory minimums and maximums. The amount of permanent disability or impairment may depend on your doctor’s opinion, as well as your age, occupation type of injury and date of injury. If you have permanent disability or your claims examiner suspects you have permanent disability, a letter will be sent to you explaining your benefits, including the estimate or total value of permanent disability, weekly payment amount, how the benefit was calculated, and all of your related rights under the California Labor Code, including your right to object to the report upon which the determination is being based. Permanent Disability benefits are payable within 14 days of the last payment of temporary disability benefits or after you physician indicates there is permanent disability. The benefit is payable every fourteen days.

**Supplemental Job Displacement Benefit:**

You may be entitled to a nontransferable voucher payable to a state approved school. To qualify, your injury must result in a permanent impairment and your employer is unable to offer modified or alternative work within 60 days of receipt of a report asserting that all medical conditions have reached maximum medical improvement. If your employer does not offer a modified or alternate job within 60 days of determination of maximum medical improvement, you may chose to receive a nontransferable voucher to use at a state accredited school for education-related retraining or skill replacement. If you qualify for the supplemental job displacement benefit, your claims examiner will provide a voucher for up to \$6,000.00.

**Return to Work Fund**

If your injury results in permanent impairment and it is determined that the amount awarded is disproportionately low in comparison to your loss of earnings, you may be entitled to additional compensation.



Sedgwick/Harbor 2 MPN  
MPN Identification Number: #2323

A fund was established to supplement permanent impairment benefits under specific circumstances. This fund is administered by the Division of Workers Compensation. Your examiner can assist in directing you to the correct resource to determine eligibility.

#### Death Benefits:

Death benefits are paid to dependents of a worker who dies from a work-related injury or illness. The benefit is calculated and paid in the same manner as temporary disability. This benefit is paid at a minimum rate of \$224 per week. The death benefit rates are set by state law and the amount depends upon the number of dependents. If dependent minor children are involved, death benefits are payable at least until the youngest child reaches majority age. Burial expenses are also provided under this benefit.

#### Report Your Injury:

Report the injury immediately to your supervisor or to:

Employer representative: \_\_\_\_\_

Phone number: \_\_\_\_\_

Don't delay. There are time limits. If you wait too long, you may lose your right to benefits. Your employer is required to provide you a claim form within one working day after learning about your injury. Within one working day after you file a claim form, your employer shall authorize the provision of all treatment, consistent with the applicable treating guidelines, for your alleged injury and shall be liable for up to ten thousand dollars (\$10,000) in treatment until 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). If your claim is denied, you have the right to appeal the decision within one year of the date of injury.

#### Discrimination:

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

#### Questions?

If you have questions, see your employer or the claims examiner who handles workers' compensation claims for your employer.

#### Claims Administrator:

Sedgwick Claims Management Services, Inc.

Address: P.O. Box 14442

City: Lexington State: KY Zip: 40512-4442

Phone: 714-258-5000

The employer is insured for workers' compensation by:  
Judicial Branch Workers' Compensation Program -  
Permissibly Uninsured

#### How do I locate information regarding my employer's current workers' compensation carrier?

For information regarding your employer's workers' compensation carrier, please visit the below website.

<https://www.caworkcompcoverage.com>

If the workers' compensation policy has expired, contact a Labor Commissioner at the Division of Labor Standards Enforcement - their number can be found in your local White Pages under California State Government, Department of Industrial Relations.

You can get free information from a State Division of Workers' Compensation Information & Assistance Officer.

The nearest Information & Assistance Officer is at:  
<https://www.dir.ca.gov/dwc/landA.html>

Hear recorded information and a list of local offices by calling toll-free (800) 736-7401. Learn more online:  
[www.dir.ca.gov](http://www.dir.ca.gov).

#### False claims and false denials:

Any person who makes or causes to be made any knowingly false or fraudulent material statement or material representation for the purpose of obtaining or denying workers' compensation benefits or payments is guilty of a felony and may be fined and imprisoned.

Your employer may not be liable for the payment of workers' compensation benefits for any injury that arises from your voluntary participation in any off-duty recreational, social, or athletic activity that is not part of your work-related duties.

**DWC FORM 9783 (July 1, 2014) 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.) or doctor of osteopathic medicine (D.O.) if:

- On the date of your work injury you have health care coverage for injuries/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.

<b>EMPLOYEE</b>	
You (the employee) sign this section.	
<b>Employer</b>	_____
<b>Employee Name*</b>	_____ _____
<b>Employee ID#*</b>	_____
<b>Date of Hire</b>	_____
<b>Date of Birth</b>	_____
<b>Address</b>	_____ _____
<b>City</b>	_____
<b>St, Zip</b>	_____
In the event of any on-the-job, work-related injury, I request that I be treated by my personal physician.	
<b>Signature</b>	<u>  X  </u> _____
<b>Date</b>	_____

<b>PHYSICIAN</b>	
We cannot process this form without the fields marked bold with an asterisk.	
<b>Please PRINT clearly.</b>	
<b>Physician First Name*</b>	_____
<b>Physician Last Name*</b>	_____
<b>Street Address*</b>	_____
of the physician's practice	
<b>City*</b>	_____
<b>St, Zip*</b>	_____
Telephone Number	
of the physician's practice ( _ _ _ ) _ _ _ - _ _ _ _	
Group Name: _____	
CA License _____	
I agree to this Predesignation:	
<b>Physician Signature</b>	<u>  X  </u> _____
<b>Date of Acceptance</b>	_____

The physician is not required to sign this form, however, if the physician or designated employee of the physician 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).



## Notificación de nueva contratación – Lesiones ocasionadas en el trabajo

### ¿Qué cubre la indemnización por accidentes laborales?

Es posible que usted tenga derecho a los beneficios de indemnización por accidentes laborales si se lesiona o enferma a causa de su trabajo. La indemnización por accidentes laborales cubre la mayoría de las lesiones físicas o mentales relativas al trabajo, así como las enfermedades laborales. Una lesión o una enfermedad puede ser provocada por un suceso (como lastimarse la espalda al caerse) o por repetidas exposiciones, como al lastimarse la muñeca por estar haciendo el mismo movimiento una y otra vez. Por lo general, los contratistas independientes y los voluntarios que no reciben una remuneración no tienen la cobertura de beneficios de indemnización por accidentes laborales.

### Beneficios:

Entre los beneficios de indemnización por accidentes laborales están: Atención médica, discapacidad temporal, discapacidad permanente, vale de beneficio suplementario por desplazamiento de trabajo y beneficios a causa de fallecimiento.

### Atención médica:

Usted tiene derecho a recibir la atención médica que razonablemente se requiera para curarle o aliviarle los efectos de su lesión laboral. La atención médica puede incluir las consultas al médico, servicios hospitalarios, terapia física, análisis de laboratorio, radiografías y medicamentos que sean razonablemente necesarios para dar tratamiento a su lesión. Los proveedores nunca deberán cobrarle a usted directamente cuando se trate de lesiones laborales. Existe cierto límite en cuanto a algunos servicios médicos. Su empleador tiene la obligación de darle un formulario de reclamación en un lapso de un día hábil a partir de que se entere de su lesión. Es sumamente importante que en el formulario de reclamación usted llene la sección "Empleado", ya que a su empleador se le exige que autorice la atención médica en un lapso de un día hábil a partir de que usted presente el formulario. En caso de que sea necesaria atención adicional después del tratamiento inicial, el administrador de reclamaciones autorizará lo que sea apropiado para su lesión, inclusive, la derivación a especialistas.

### Su Médico Primario de Tratamiento (PTP):

Se trata del médico con la responsabilidad general de darle tratamiento a su lesión o enfermedad. Su médico primario de tratamiento determina qué tipo de tratamiento necesita y cuándo podrá regresar a su trabajo. Como médico personal se puede designar a un grupo con diversas especialidades de médicos y osteópatas con

licencia. Si su empleador o la compañía aseguradora de su empleador no tienen una Red de Proveedores de Atención Médica, usted puede cambiar al médico que lo atienda por su quiropráctico o acupunturista después de una lesión o enfermedad laboral si presenta una solicitud al administrador de reclamaciones. Después de 24 consultas, los quiroprácticos no pueden seguir siendo médicos primarios de tratamiento. Si en su caso son necesarios especialistas, diagnósticos, etc., este médico será el responsable de hacer las derivaciones correspondientes. Si usted designa a su médico particular antes de que ocurra la lesión, en algunas circunstancias podrá consultarlo para obtener tratamiento. De lo contrario, su empleador tiene derecho a elegir al médico que le dará tratamiento durante los primeros 30 días. Después de 30 días usted podrá cambiar e ir con el médico de su preferencia. Aplican reglas especiales si su empleador le ofrece una Organización de Atención Médica (HCO) o si cuenta con una Red de Proveedores de Atención Médica (MPN). Usted deberá recibir información por parte de su empleador si cuenta con cobertura de una HCO o una MPN. Para más información, consulte a su empleador.

### Tratamiento por parte de su médico particular:

Su médico particular puede darle tratamiento si usted se lo notifica a su empleador antes de que ocurra una lesión. El médico particular también puede ser un grupo de médicos u osteópatas con licencia. Por favor pídale a su médico que llene el formulario adjunto y que se lo devuelva a su empleador. Se deben cumplir los siguientes requisitos:

1. Su empleador debe ofrecer seguro médico colectivo.
2. Su médico particular debe estar de acuerdo previamente en darle tratamiento por lesiones o enfermedades laborales.
3. Su médico debe ser su médico de cabecera y cirujano.
4. Su médico previamente se ha encargado de su tratamiento y conserva sus registros, inclusive su historial médico.

### ¿Qué sucede si su empleador cuestiona la lesión?

La ley estatal exige que su empleador autorice atención médica en un lapso de un día a partir de que reciba el formulario de reclamación DWC 1. Su empleador puede ser responsable de hasta \$10,000 en atención médica hasta que la reclamación sea aceptada o rechazada.



### Redes de Proveedores de Atención Médica:

Su empleador puede tener una MPN, que es una red de proveedores de asistencia de salud para proporcionar tratamiento a los trabajadores lesionados en el trabajo. Si se ha designado previamente a su médico personal antes de su lesión en el trabajo, a continuación, puede recibir tratamiento de su médico previamente designado. Si no ha designado previamente y su empleador está usando una MPN, usted es libre de elegir un proveedor apropiado de la lista de la MPN después de la primera visita médica dirigida por el empleador. Si está recibiendo tratamiento con un médico fuera de la MPN, por una lesión existente, es posible que tenga que cambiar a un médico dentro de la MPN. Para obtener más información, consulte la información de contacto de la MPN debajo.

### Asistente de Acceso Médico en California MPN:

El acceso asistente médico, o MAA, tiene el deber primordial de ayudar a los empleados con la búsqueda de médicos de la red de proveedores médicos disponibles y la programación de citas médicas. El MAA estará disponible de lunes a sábado de 7:00 am - 8:00 pm (hora estándar del Pacífico). El MAA pondrá en contacto con el médico durante el horario normal para programar su cita. El MAA no tiene autoridad para autorizar el tratamiento y mantiene diferentes funciones que el examinador de reclamos.

**Sedgwick Acceso Médico Asistente:**  
Teléfono: 1-87-SEDGWICK o 1-877-334-9425

**Número telefónico gratuito de la Red de Proveedores de Atención Médica actual: 800-625-6588**

### Sitio web de la MPN:

[www.SedgwickProviders.com/CAMPN2](http://www.SedgwickProviders.com/CAMPN2)

- Seleccione el método de búsqueda: Nombre del médico, búsqueda de direcciones, o región de búsqueda
- La información de entrada al estado y código postal
- Haga clic en "Encontrar Proveedor"

### Dirección de la Red de Proveedores de Atención Médica actual:

Sedgwick  
8855 Haven Ave  
Rancho Cucamonga, CA 91730  
Fecha en que entra en vigor la MPN:

07/01/2022

### ¿Y si mi empleador no cuenta con una Red de Proveedores de Atención Médica?

Si su empleador no tiene una Red de Proveedores de Atención Médica, usted puede cambiar al médico que lo

atienda por su quiropráctico o acupunturista después de una lesión o enfermedad laboral en un lapso de 30 días a partir de que reporte la lesión. Puede usar el formulario anexo de Notificación al Quiropráctico o Acupunturista Personal para notificar a su empleador sobre este cambio.

### Atención médica de emergencia:

Si necesita atención médica de emergencia, llame inmediatamente al 911 para recibir ayuda del hospital, ambulancia, departamento de bomberos o de la policía.

### Primeros auxilios:

Si necesita primeros auxilios, avise a su empleador. Si tiene más que una lesión simple que requiera primeros auxilios, necesitará pedir a su empleador un formulario de reclamación.

### Beneficios por discapacidad temporal (TD):

Es posible que usted tenga derecho a pagos si pierde su salario mientras se recupera. La tarifa por discapacidad temporal se calcula multiplicando su salario semanal promedio por dos tercios. Según la ley de California, los 3 primeros días de incapacidad no se pagan, a menos que haya hospitalización al momento de la lesión o que la incapacidad sea por más de 14 días. Si su médico lo regresa a trabajar con modificaciones, es posible que tenga derecho a pérdida de salario. Generalmente esto se calcula al multiplicar por dos tercios la diferencia entre su salario semanal promedio y sus ingresos durante el tiempo que desempeñe el trabajo modificado. Esto está sujeto al mínimo y máximo de beneficios estipulados por la Legislatura de California. Los beneficios por discapacidad temporal son pagaderos dentro de los 14 días después de la fecha de la lesión o de que se sepa de la lesión. Los pagos posteriores son cada 14 días. Las lesiones que hayan ocurrido el 1 de enero de 2008 o después, sin exceder 104 semanas de discapacidad temporal, son pagaderas en un lapso de 5 años a partir de la fecha de la lesión. Las afecciones a más largo plazo (como hepatitis B y C, amputaciones, quemaduras graves, VIH, lesiones oculares por alta velocidad, quemaduras en los ojos por sustancias químicas, fibrosis pulmonar y enfermedades crónicas de los pulmones) son pagaderas no más de 240 semanas en un lapso de cinco años a partir de la fecha de la lesión. Es posible que usted reúna los requisitos para recibir beneficios estatales por incapacidad por parte del Departamento de Desarrollo del Empleo (EDD) si los beneficios por discapacidad temporal se suspenden, se demoran o se niegan. Existen límites de tiempo, por lo tanto, para más información comuníquese al EDD.

### Beneficios por discapacidad permanente (PD):

Usted puede tener derecho a recibir pagos si su médico determina que su lesión ha limitado su capacidad para trabajar. La tarifa por discapacidad permanente se calcula

al multiplicar su salario semanal promedio por dos tercios y está sujeta al mínimo y máximo establecidos por la ley. La cantidad por discapacidad o impedimento permanente puede depender de la opinión de su médico, así como de su edad, tipo de lesión según su ocupación y la fecha de la lesión. Si usted tiene una discapacidad permanente o su evaluador de reclamaciones sospecha que la tenga, se le enviará una carta en la que le expliquen sus beneficios, incluirá el cálculo o el valor total de la discapacidad permanente, la cantidad de pago semanal, cómo se calcula el beneficio y todos sus derechos respectivos conforme al Código del Trabajo de California, e inclusive su derecho a objetar el informe sobre el cual se basa la resolución. Los beneficios por discapacidad permanente son pagaderos en un lapso de 14 días a partir del último pago de beneficios por discapacidad temporal o después de que su médico haya indicado que existe una discapacidad permanente. El beneficio es pagadero cada 14 días.

#### **Beneficio suplementario por desplazamiento de trabajo:**

Usted puede tener derecho a un vale no transferible pagadero a una escuela estatal aprobada. Para cumplir con los requisitos, su lesión debe causarle una incapacidad, y además no ser posible que su empleador le ofrezca un trabajo modificado o alternativo en un lapso de 60 días a partir de que reciba el reporte que indique que todas las afecciones han llegado al máximo de la mejoría médica. Si su empleador no le ofrece un empleo modificado o alternativo en un lapso de 60 días a partir de que se determine la máxima mejoría médica, usted puede optar por recibir un vale no transferible para que lo utilice en una escuela acreditada por el estado para que tome cursos de readiestramiento o de reemplazo de destrezas. Si reúne los requisitos para el beneficio suplementario por desplazamiento de trabajo, su evaluador de reclamaciones le dará un vale de hasta \$6,000.00.

#### **Fondo para el regreso al trabajo**

Si su lesión da como resultado una incapacidad permanente y se determina que la cantidad otorgada es desproporcionadamente baja en comparación con su pérdida de ingresos, puede tener derecho a una indemnización adicional. Se ha establecido un fondo para complementar los beneficios por discapacidad permanente en circunstancias específicas. Ese fondo está administrado por la División de Indemnización por Accidentes Laborales. Su evaluador puede ayudarle para que se dirija al recurso correcto para determinar su elegibilidad.

#### **Beneficios por muerte:**

Los beneficios por fallecimiento se pagan a los dependientes de un trabajador que muera a consecuencia de una lesión o enfermedad laboral. Este beneficio se calcula y paga de la misma manera que la discapacidad temporal. Se paga a una tarifa mínima de \$224 a la

semana. Las tarifas del beneficio por fallecimiento son estipuladas por las leyes estatales y el monto será según el número de dependientes. Si hay niños menores dependientes, los beneficios por fallecimiento son pagaderos por lo menos hasta que el hijo o la hija menor lleguen a la mayoría de edad. Con este beneficio se cubren también los gastos funerarios.

#### **Notifique su lesión.**

Informe de inmediato a su supervisor sobre la lesión o al:

---

Representante del Empleador Teléfono:

---

No demore. Hay límites de tiempo. Si espera demasiado tiempo, es posible que pierda el derecho a sus beneficios. Su empleador tiene la obligación de darle un formulario de reclamación en un lapso de un día hábil a partir de que se entere de su lesión. En un lapso de un día hábil a partir de que usted presente el formulario de reclamación, su empleador habrá de autorizar que se le proporcione todo tratamiento que sea congruente con las pautas correspondientes de tratamiento por su supuesta lesión y será responsable hasta por \$10,000 (diez mil dólares) de tratamiento hasta que la reclamación haya sido aceptada o rechazada. Hasta la fecha cuando la reclamación sea aceptada o rechazada, la responsabilidad de tratamiento médico se limitará a \$10,000 (diez mil dólares). Si le rechazan su reclamación, usted tendrá derecho a apelar la decisión en un lapso de un año a partir de la fecha de la lesión.

#### **Discriminación:**

Es ilegal que su empleador lo castigue o lo despida por tener una lesión o enfermedad laboral, por presentar una reclamación o por declarar en el caso de indemnización por accidentes laborales de otra persona. Si se comprueba, usted puede recibir el salario que haya perdido, una reincorporación a su empleo, mayores beneficios y las costas y gastos hasta los límites establecidos por el estado.

#### **¿Preguntas?**

Si tiene alguna pregunta, consulte a su empleador o al evaluador de reclamaciones correspondiente que se encargue de las reclamaciones de indemnización por accidentes laborales.

Sedgwick/Harbor 2 MPN  
Número de Identificación del MPN: #2323

### **Administrador de Reclamaciones:**

Sedgwick Claims Management Services, Inc.

Dirección: : P.O. Box 14442

Ciudad: Lexington Estado: KY C.P.: 40512-4442

Teléfono: 714-258-5000

El empleador está asegurado para indemnización por accidentes laborales con:

Judicial Branch Workers' Compensation Program - Permissibly Uninsured

### **¿Cómo encuentro información acerca de la aseguradora actual de mi empleador para la indemnización por accidentes laborales?**

Para tener información sobre la aseguradora de su empleador para la indemnización por accidentes laborales, visite el siguiente sitio Web:

<https://www.caworkcompcoverage.com>

Si la póliza de indemnización por accidentes laborales ha caducado, comuníquese con un Comisionado del Trabajo en la División para el Cumplimiento de las Normas

Laborales; el número se puede encontrar en las Páginas Blancas locales, en Gobierno del Estado de California, Departamento de Relaciones Industriales.

Podrá obtener información gratuita con un funcionario de Información y Asistencia de la División Estatal de Indemnización al Trabajador.

El funcionario de Información y Asistencia más cercano se encuentra en: <https://www.dir.ca.gov/dwc/IandA.html>.

Llame al **(800) 736-7401**, escuche la información grabada y una lista de oficinas locales. Entérese de más en línea: [www.dir.ca.gov](http://www.dir.ca.gov).

### **Reclamaciones falsas y negativas falsas.**

Toda persona que deliberadamente haga o provoque que se hagan declaraciones materiales falsas o fraudulentas con el propósito de obtener o de que se rechace una indemnización por accidentes laborales o pagos, será culpable de un delito grave y podrá ser multada y encarcelada.

Su patrón puede no ser responsable de pagar la indemnización por accidentes laborales que sean consecuencia de que usted participe voluntariamente en alguna actividad fuera de su horario de trabajo en actividades recreativas, sociales o atléticas que no formen parte de sus deberes laborales.



### **DWC FORMA 9783 (1 de Julio, 2014) 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:

- en la fecha de su lesión laboral usted tiene cobertura de atención médica para lesiones o enfermedades no laborales;
- 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, pediatra, gineco-obstetra, 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 siguiente: (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.

<b>EMPLEADO:</b> Empleado: Firme esta sección. <i>No podemos procesar esta formulario sin los campos marcados en negrilla con un asterisco (*)</i>	
<b>Empleador:</b>	_____
<b>Nombre Del Empleado:*</b>	_____ _____
<b>(Employee ID#*)</b>	_____
<b>Fecha de alquiler:</b>	_____
<b>Fecha de nacimiento:</b>	_____
<b>Dirección:</b>	_____ _____
<b>Cuidad:</b>	_____
<b>Estado/Codigo Postal*</b>	_____
<b>Empleado firmar esta sección.</b>	
<b>Firma*</b>	<input checked="" type="checkbox"/> _____
<b>Fecha</b>	_____

<b>MÉDICO: DESIGNACIÓN PREVIA DE MÉDICO PARTICULAR</b> <i>Si sufro una lesión o enfermedad de trabajo, yo elijo recibir tratamiento médico de: (En letras de molde, por favor):</i>	
<b>Médico (primer nombre*)</b>	_____
<b>Médico (ultimo nombre*)</b>	_____
<b>Dirección de oficina*</b>	_____ _____
<b>Cuidad*</b>	_____
<b>Estado/Codigo Postal*</b>	_____
<b>Número De Teléfono</b>	( ___ ) ___ - ____
<b>Nombre de grupo Medico:</b>	_____
<b>Licencia de CA#</b>	_____
<i>Médico: Estoy de acuerdo con esta Designación previa</i>	
<b>Médico: Firme esta sección</b>	
<b>Firma:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> _____
<b>Fecha de aceptación:</b>	_____

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).

**DWC FORM 9783 (July 1, 2014) 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.) or doctor of osteopathic medicine (D.O.) 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.

**EMPLOYEE**

You (the employee) sign this section.

**Employer** \_\_\_\_\_  
**Employee** \_\_\_\_\_  
**Name\*** \_\_\_\_\_

**Employee ID#\*** \_\_\_\_\_

**Date of Hire** \_\_\_\_\_

**Date of Birth** \_\_\_\_\_

**Address** \_\_\_\_\_

**City** \_\_\_\_\_

**St, Zip** \_\_\_\_\_

In the event of any on-the-job, work-related injury, I request that I be treated by my personal physician.

**Signature**           X  
\_\_\_\_\_

**PHYSICIAN**

We cannot process this form without the fields marked bold with an asterisk.

**Please PRINT clearly.** \_\_\_\_\_  
**Physician First Name\*** \_\_\_\_\_

**Physician Last Name\*** \_\_\_\_\_

**Street Address\*** \_\_\_\_\_  
of the physician's practice \_\_\_\_\_

**City\*** \_\_\_\_\_

**St, Zip\*** \_\_\_\_\_

Telephone Number of the physician's practice ( \_ \_ \_ ) \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ \_  
\_\_\_\_\_

Group Name: \_\_\_\_\_

CA License \_\_\_\_\_

I agree to this Predesignation:

**Physician Signature**           X  
\_\_\_\_\_

**Date**

---

---

**Date of Acceptance**

---

The physician is not required to sign this form, however, if the physician or designated employee of the physician 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).

## **DWC FORMA 9783 (1 de Julio, 2014) 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:

- en la fecha de su lesión laboral usted tiene cobertura de atención médica para lesiones o enfermedades no laborales;
- 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, pediatra, gineco-obstetra, 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 siguiente: (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.

<b>EMPLEADO:</b>	
Empleado: Firme esta sección. <i>No podemos procesar esta formulario sin los campos marcados en negrilla con un asterisco (*)</i>	
<b>Empleador:</b>	_____
<b>Nombre Del Empleado:*</b>	_____
	_____
<b>(Employee ID#*)</b>	_____
<b>Fecha de alquiler:</b>	_____
<b>Fecha de nacimiento:</b>	_____
<b>Dirección:</b>	_____
	_____
<b>Cuidad:</b>	_____
<b>Estado/Codigo Postal*</b>	_____
<i>Empleado firmar esta sección.</i>	
<b>Firma</b>	X
<b>*</b>	_____
<b>Fecha</b>	_____

<b>MÉDICO:</b>	
<b>DESIGNACIÓN PREVIA DE MÉDICO PARTICULAR</b>	
<i>Si sufro una lesión o enfermedad de trabajo, yo elijo recibir tratamiento médico de: (En letras de molde, por favor):</i>	
<b>Médico (primer nombre*)</b>	_____
<b>Médico (ultimo nombre*)</b>	_____
<b>Dirección de oficina*</b>	_____
<b>Cuidad*</b>	_____
<b>Estado/Codigo Postal*</b>	_____
<b>Número De Teléfono</b>	( _ _ _ ) _ _ _ - _ _ _ _
<b>Nombre de grupo Medico:</b>	_____
<b>Licencia de CA#</b>	_____
	_____
<i>Médico: Estoy de acuerdo con esta Designación previa</i>	
<i>Médico: Firme esta sección</i>	
<b>Firma:</b>	X
<b>Fecha de aceptación:</b>	_____

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).