



Procedimientos De Información Para Compensación De Trabajadores

El distrito escolar de Pearland está comprometido con la seguridad, la salud y el bienestar de todos nuestros empleados. Para garantizar que los cuidados y el tratamiento adecuados sean proporcionados, los empleados que sufran una lesión o una enfermedad en el lugar de trabajo deben notificar inmediatamente a su supervisor, asistente administrativo, la clínica del campus o a los Servicios de Recursos Humanos, cuando la lesión o enfermedad suceda.

En caso de una emergencia médica, llame inmediatamente al "911". Si la lesión ocurre después del horario de oficina de Recursos Humanos, el empleado o el representante del empleador puede llamar a TASB Risk Management Fund al 1-800-482-7276 para reportar la lesión y obtener un número de reclamo.

Si No Busca Tratamiento Médico – Informar Solo la Lesión:

1. Envié los formularios requeridos en un plazo de 24 horas a benefits@pearlandisd.org o por fax a 281-412-1540
 - a. Formulario de "Primer Informe de Lesión o Enfermedad del Empleador"
 - b. Formulario de "Reconocimiento de los Empleados del Programa de Contratación Directa de la Alianza"
2. Revisar "Los Derechos y Responsabilidades del Trabajador Lesionado" disponibles en el sitio web del distrito

Está Buscando Tratamiento Médico:

1. Presentar los formularios requeridos en un plazo de 24 horas a benefits@pearlandisd.org o por fax a 281-412-1540
 - a. Formulario de "Primer Informe de Lesión o Enfermedad del Empleador"
 - b. Formulario de "Reconocimiento de los Empleados del Programa de Contratación Directa de la Alianza"
 - c. Formulario "Uso de Autorización de Salida"
 - d. Formulario de
2. Revisar "Los Derechos y Responsabilidades del Trabajador Lesionado" disponibles en el sitio web del distrito
3. Acceder a la red de proveedores de asistencia médica aprobados por TASB
4. Presentar la documentación medica a Recursos Humanos después de cada cita con el proveedor de servicios médicos
5. Antes de presentarse al trabajar, debe recibir un "Aviso de Regreso al Trabajo" de Recursos Humanos del Distrito Escolar de Pearland

Información de Contacto de los Servicios de Recursos Humanos

Especialista de Beneficios, Carrie Bañuelos, 281-485-3203 ext. 66906, banuelosc@pearlandisd.org

Empleada de Beneficios, Claribel Perez, 281-485-3203, ex. 74905, perezc@pearlandisd.org

Send the specified copies to your
Workers' Compensation Insurance Carrier
and the injured employee.

*Employers - Do not send this form to the
Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation,
Unless the Division specifically requests a direct filling.

CLAIM # _____

CARRIER'S CLAIM # _____

EMPLOYERS FIRST REPORT OF INJURY OR ILLNESS

1. Name (Last, First, M.I.)		2. Sex F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
3. Social Security Number - -	4. Home Phone ()	5. Date of Birth (m-d-y) - -	
6. Does the Employee Speak English? If No, Specify Language YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
7. Race White <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/>		8. Ethnicity Hispanic <input type="checkbox"/> Native American <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/>	
9. Mailing Address Street or P.O. Box			
City	State	Zip Code	County
10. Marital Status Married <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/>			
11. Number of Dependent Children		12. Spouse's Name	
13. Doctor's Name			
14. Doctor's Mailing Address (Street or P.O.Box)			
City	State	Zip Code	

15. Date of Injury (m-d-y) - -	16. Time of Injury : am <input type="checkbox"/> pm <input type="checkbox"/>	17. Date Lost Time Began (m-d-y) - -	
18. Nature of Injury*		19. Part of Body Injured or Exposed*	
20. How and Why Injury/Illness Occurred*			
21. Was employee doing his regular job? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		22. Worksite Location of Injury (stairs, dock, etc.)*	
23. Address Where Injury or Exposure Occurred Name of business if incident occurred on a business site			
Street or P.O. Box		County	
City	State	Zip Code	
24. Cause of Injury(fall, tool, machine, etc.)*			
25. List Witnesses			
26. Return to work date/or expected (m-d-y) - -	27. Did employee die? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	28. Supervisor's Name	29. Date Reported (m-d-y) - -

30. Date of Hire (m-d-y) - -	31. Was employee hired or recruited in Texas? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	32. Length of Service in Current Position Months _____ Years _____	33. Length of Service in Occupation Months _____ Years _____
34. Employee Payroll Classification Code		35. Occupation of Injured Worker	
36. Rate of Pay at this Job \$ _____ Hourly \$ _____ Weekly	37. Full Work Week is: _____ Hours _____ Days	38. Last Paycheck was: \$ _____ for _____ Hours or _____ Days	39. Is employee an Owner, Partner, or Corporate Officer? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

40. Name and Title of Person Completing Form Carrie Banuelos, Benefits Specialist		41. Name of Business Pearland ISD	
42. Business Mailing Address and Telephone Number Street or P.O. Box Telephone 1928 North Main Street (832) 736-6120 City State Zip Code Pearland TX 77581		43. Business Location (If different from mailing address) Number and Street City State Zip Code	
44. Federal Tax Identification Number 1-74-6691854-6	45. Primary North American Industry Classification System Code:(6 digit) 82114	46. Specific NAICS Code (6 digit)	47. Texas Comptroller Taxpayer No.
48. Workers' Compensation Insurance Company TASB Risk Management Fund		49. Policy Number	

50. Did you request accident prevention services in past 12 months? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> If yes, did you receive them? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
51. Signature and Title (READ INSTRUCTIONS ON INSTRUCTION SHEET BEFORE SIGNING) X _____ Date _____	



Reconocimiento Del Empleado Para El Programa De Contratar Directamente Con Medicos

He recibido la informacion que explica coma obtener tratamientos medicos si me lastimo en el trabajo. Si estoy lastimado en el trabajo y vivo en un area de servicio descrita en esta informaci6n, entiendo que:

1. Tengo que escojer un doctor de la lista de la Alliance (PSWCA), que son serialados para tratar.
2. Debo ir a este doctor para todo el tratamiento medico para mi lesion. Si necesito un especialista, el doctor que me trata me referira. Si necesito tratamientos de emergencia, yo entiendo que puedo ir a cualquier profesional medico licenciado dentro de las Estados Unidos.
3. Si el doctor me refiere a un especialista, yo entiendo que necesito verificar que el doctor sea un miembro del la Alliance .
4. TASS le pagara al doctor escojido ya doctores tambien que son partidos de PSWCA.
5. Puedo ser responsable de la cuenta si recibo tratamiento medico de doctores que no son miembros de la Alliance y sin la aprobacion anterior de TASS.
6. Reportando un reclamo de lastimaduara falsa o fraudulenta es un crimen que puede resultar en multas y o al encarcelamiento.
7. Si deseo cambiar doctores despues de mi primera opci6n, puedo hacerlo dentro 60 dias de comensar mi tratamieto. Puedo solamente escojer de la lista de doctores que estan en el Alliance . La tercer opci6n necesita probacion de mi ajustador antes de cabiar doctor.

Firma (Signature)

____ / ____ / ____
Fecha (Date)

Nombre en imprenta (Printed Name)

Direccion de domicilio incluyendo ciudad, estado y zip (Address)

Nombre de empleo (Name of Employer): P_e_a_r_l_a_n_d_I_S_D

Nombre del programa de contratar doctores directament (Name of Direct Contracting Program):
Political Subdivision Workers' Compensation Alliance (the Alliance)

El servicio de contratar doctores directamente en las areas de servicio, son subjetivos a cambiar. Para localizar un doctor de tratamiento en su area, visite al Internet en: www.pswca.org o llame a su ajustador al numero: 800.482.7276.

To be completed by the employer only

Please indicate whether this is the:

Initial Employee Notification

Injury Notification (Date of Injury: ____ / ____ / ____)

IA

Do not return this form to the TASB Risk Management Fund unless requested.

**TASB
RISK
FUND**