



## **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. Envió los formularios requeridos en un plazo de 24 horas a [benefits@pearlandisd.org](mailto: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](mailto: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](mailto:banuelosc@pearlandisd.org)

Empleada de Beneficios, Claribel Perez, 281-485-3203, ex. 74905, [perezc@pearlandisd.org](mailto: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 <b>Carrie Banuelos, Benefits Specialist</b>		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) <b>X</b> _____ 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](http://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**

**Distrito Escolar Independiente de PEARLAND**

**Formulario de salario de compensacion  
para trabajadores**

**DWC Rule 129.2 Entitlement to Temporary Income Benefits:** La dicha regla entra en vigencia el 26 de diciembre de 1999. La regla de DWC 129.2 elimina el "doble salario/paga". Un empleado del distrito, ESC - oficina central, o facultad de la universidad no puede recibir salario/paga por un día de trabajo y beneficios de deshabilitación - WC (TIBS).

**Opción del empleado :** Estoy ausente de mis obligaciones debido a una enfermedad o lesión causada por mi trabajo. Yo comprendo que no tengo derechos a recibir servicios de compensación o pagos de incapacidad temporal hasta no exceder una ausencia de siete (7) días hábiles. Yo elijo la siguiente opción:

- Yo elijo el usar todos mis días con paga que tengo disponibles. También entiendo que no voy a recibir pagos por incapacidad hasta que haya usado todos mis días con paga (TIBS).
  
- Yo **.DJI** elijo usar todos mis días con paga en este momento. Yo entiendo que no voy a recibir mi salario regular del Distrito Independiente de Pearland mientras este recibiendo los beneficios de paga de incapacidad. No se me va a descontar ningún día con paga que restan en mi contrato. También doy por entendido que al escoger esta opción solo voy a recibir pago de mis beneficios de incapacidad por los días que falte debido a mi enfermedad o lesión causada por mi trabajo.

Si usted falta **mas** de catorce (14) días a sus obligaciones debido a una enfermedad o lesión causada por el trabajo se le pagarán los primeros siete (7) días que faltó si es que no ha usado alguno de sus días restantes con paga por uno o **mas** de los días que faltó.

**DEBE DE ENTREGAR ESTE FORMULARIO AL DEPARTAMENTO DE BENEFICIOS A MAS TARDAR SIETE (7) DIAS DE SU ENFERMEDAD O LESION. SI NO ENTREGA ESTE FORMULARIO EL DISTRITO USARA LOS DIAS DE PERMISO CON PAGA QUE LE QUEDEN . ESTA ACCION ES IRREVOCABLE.**

Pago por una incapacidad son un porcentaje de, 70% - 75% del promedio de su salario semanal.

Nombre del empleado \_\_\_\_\_ Numero de seguro social \_\_\_\_\_  
(Por favor use letra legible)

Firma del empleado \_\_\_\_\_ Departamento/escuela. \_\_\_\_\_

Fecha'-- \_\_\_\_\_ Fecha en que fue recibido \_\_\_\_\_

**DEBE DE ENTREGARSE AL DEPARTAMENTO DE LOS  
BENEFICIOS DE LOS EMPLEADOS**



# DISTRITO ESCOLAR INPENDIENTE DE PEARLAND AUTORIZACION PARA DIAS DE AUSENCIA

Nombre de empleado \_\_\_\_\_ Numero de identificacion de empleado \_\_\_\_\_  
(Porfavor use letra moIde)

Asignacion de trabajo (Campus/Dept) \_\_\_\_\_

Firma de empleado \_\_\_\_\_ Fecha de firma \_\_\_\_\_

Marque la casilla apropiada que indica la razon de su ausencia:

- Familia/Medica                       Compensacion para trabajadores    Dias disponibles  
 Discapacidad temporal            Militar

Seleccione el orden en que se tomara licencia ganado durante su ausencia. Tambien puede decidir sobre el numero de dfas por categoria con cargo a los saldos de la licencia.

**Si nose designa el orden, seran asignados de la siguiente manera:**

- 1) Ausencia del Estado (medico)
- 2) Ausencia del Estado (Personal)
- 3) Permiso Local.
- 4) Vacaciones / dias de no deber

Por favor circule el orden que le gustaria utilizar su licencia y, si asi lo desea, escriba el m'1mero de dfas por categoria.

[1] [2] [3] [4]                      Elijo usar \_\_\_\_                      Dias del estado (medico)

[1] [2] [3] [4]                      Elijo usar \_\_\_\_                      Dias del estado (Personal)

[1] [2] [3] [4]                      Elijo usar \_\_\_\_                      Dias de permiso local

[1] [2] [3] [4]                      Elijo usar \_\_\_\_                      Dias de vacaciones

**NO DEVOLVER ESTE FORMULARIO RESULTARA. EN ASIGNAR LOS DIAS COMO SE INDICO ANTERIORMENTE. LAS SELECCIONES SON FINALES.**

**FORMULARIO DEBE SER DEVUELTO A LOS SERVICIOS DE RECURSOS HUMANOS**

## **OFFICE OF INJURED EMPLOYEE COUNSEL**

### **Aviso sobre los Derechos y Responsabilidades para los Empleados Lesionados en el Sistema de Compensación para Trabajadores de Texas**

En Texas, usted como empleado lesionado tiene derecho a recibir ayuda gratuita por parte de la Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado (Office of Injured Employee Counsel -OIEC, por su nombre y siglas en inglés). Esta ayuda se ofrece en las oficinas locales en todo el estado. Las oficinas locales también proporcionan otros servicios del sistema de compensación para trabajadores por parte del Departamento de Seguros de Texas (Texas Department of Insurance -TOI, por su nombre y siglas en inglés). TOI, es la agencia estatal que regula y administra el sistema de compensación para trabajadores mediante la División de Compensación para Trabajadores (Division of Workers' Compensation-DWC, por su nombre y siglas en inglés).

Muchos de los servicios que son proporcionados por parte de OIEC y de DWC pueden ser llevados a cabo por teléfono. Usted puede comunicarse con OIEC llamando al teléfono gratuito 1-866-EZE-OIEC (1-866-393-6432). Visite el sitio Web de OIEC en [www.oiec.texas.gov](http://www.oiec.texas.gov), para obtener información adicional, incluyendo la ubicación de las oficinas. Usted puede comunicarse con DWC llamando al teléfono gratuito 1-800-252-7031. La información de DWC se encuentra disponible en la página de Internet: [www.tdi.texas.gov](http://www.tdi.texas.gov).

#### **Sus Derechos Dentro del Sistema de Compensación para Trabajadores de Texas:**

**1. Usted tiene derecho a contratar a un abogado para asistirle con su reclamación de compensación para trabajadores.**

Para obtener asistencia para encontrar a un abogado, llame al servicio de recomendación de abogados de la Barra de Abogados del Estado de Texas (State Bar of Texas, por su nombre en inglés) al 1-877-983-9227 o visite [www.texasbar.com](http://www.texasbar.com). La información sobre la recomendación de abogados también puede encontrarse en la página de Internet de OIEC en [www.oiec.texas.gov](http://www.oiec.texas.gov).

**2. Usted tiene derecho a recibir asistencia por parte de OIEC si no cuenta con un abogado.**

Los Representantes de Servicio al Cliente de OIEC, así como los Ombudsmen están disponibles para responder a sus preguntas y proporcionarle asistencia con su reclamación de compensación para trabajadores ya sea llamando a OIEC o visitando una de las oficinas de OIEC. **Usted debe firmar una autorización por escrito antes que un empleado de OIEC pueda tener acceso a la información sobre su reclamación.** Llame o visite una oficina de OIEC para completar la autorización por escrito. Los Representantes de Servicio al Cliente de OIEC y los Ombudsmen han sido entrenados en el campo de compensación para trabajadores y pueden ayudarle a programar un procedimiento de resolución de disputas, relacionado con su reclamación de compensación para trabajadores. Un ombudsman también puede asistirle en una Conferencia para Revisión de Beneficios (Benefit Review Conference -BRC, por su nombre y siglas en inglés), en una Audiencia para Disputar Beneficios (Contested Case Hearing -CCH, por su nombre y siglas en inglés), y en una apelación. Sin embargo, un Ombudsman no puede tomar decisiones por usted, ni dar opiniones por usted o proporcionar asesoramiento legal.

**3. Con ciertas excepciones, usted tiene derecho a recibir beneficios médicos y beneficios de ingresos sin importar quien tuvo la culpa de su lesión. Sus beneficiarios podían tener derecho a recibir beneficios por causa de muerte y beneficios de gastos para el entierro.**

La información sobre las excepciones puede encontrarse en [www.tdi.texas.gov](http://www.tdi.texas.gov) o consultando al personal de OIEC.

**4. Usted puede tener derecho a recibir atención médica para atender su lesión o enfermedad que sucedió en el área de trabajo, durante todo el tiempo que sea médicamente necesario y relacionado con la lesión que sucedió en el área de trabajo.**

Usted puede tener derecho a recibir un reembolso por los gastos incurridos después de viajar para asistir a una cita médica o a un examen médico requerido (required medical examination, por su nombre en inglés), si el viaje cumple con las condiciones de calificación.

**5. Usted puede tener derecho a recibir beneficios de ingresos por su lesión relacionada con el trabajo.**

Existen varios tipos de beneficios de ingresos, así como requisitos de elegibilidad. La información sobre los tipos de beneficios de ingresos que pueden estar disponibles, y los requisitos de elegibilidad pueden ser encontrados en [www.tdi.texas.gov](http://www.tdi.texas.gov) o consultando al personal de OIEC.

**6. Usted puede tener derecho a una resolución de disputas con respecto a sus beneficios de ingresos y beneficios médicos.**

Usted puede solicitar una Resolución de Disputas Médicas (Medical Dispute Resolution, por su nombre en inglés) si está en desacuerdo con la aseguradora sobre los beneficios médicos. Usted puede solicitar una Resolución de Disputas por Indemnización (Ingresos) (Indemnity (Income) Dispute Resolution, por su nombre en inglés), si está en desacuerdo con la aseguradora sobre los beneficios de ingresos. La ley establece que sus procedimientos de resolución de disputas sean llevados a cabo dentro de 75 millas del domicilio suyo.

**7. Usted tiene derecho a escoger a su médico de tratamiento.**

Si usted pertenece a una red de servicios médicos de compensación para trabajadores (Workers' Compensation Health Care Network), (red), debe escoger a su médico de la lista de médicos de tratamiento de la red. Usted puede cambiar a su médico de tratamiento una sola vez sin la necesidad de obtener la aprobación de la red. Si no pertenece a una red, usted puede inicialmente escoger a cualquier médico que esté dispuesto a atender su lesión de compensación para trabajadores; sin embargo, si usted no pertenece a una red, el cambio de su médico de tratamiento debe ser pre-aprobado por DWC. Si es empleado de una subdivisión política, tal como la ciudad, el condado, o el distrito escolar, usted deberá seguir los reglamentos de dicha subdivisión política para escoger a un médico de tratamiento. Es importante seguir todos los reglamentos en el sistema de compensación para trabajadores. **Si usted no sigue estos reglamentos, podría ser considerado responsable por el pago de las facturas médicas.** El personal de OIEC puede ayudarle a entender estos reglamentos.

**8. Usted tiene derecho a que la información sobre su reclamación de compensación para trabajadores se mantenga confidencial.**

En la mayoría de los casos, el contenido del expediente de su reclamación no puede ser obtenido por otras personas. Algunos participantes tienen derecho a conocer el contenido del expediente de su reclamación, tal como su empleador o la aseguradora de su empleador. También, un empleador que esté considerando contratarle a usted puede obtener información limitada por parte de DWC sobre su reclamación.

**Sus Responsabilidades Dentro del Sistema de Compensación para Trabajadores de Texas:**

**1. Usted tiene la responsabilidad de informar a su empleador si se ha lesionado en el trabajo mientras desempeñaba sus deberes de trabajo. Usted debe informar a su empleador dentro de 30 días a partir de la fecha en que sucedió su lesión o del día en que usted se dio cuenta que su lesión o enfermedad podría estar relacionada con su trabajo.**

**2. Usted tiene la responsabilidad de saber si pertenece a una Red de Servicios Medicos de Compensacion para Trabajadores (red) (Workers' Compensation Health Care Network -network).**

Si no sabe si pertenece a una red de servicios medicos, pregunte al empleador para el cual usted trabajaba al momento en que ocurrio su lesion. Si pertenece a una red, es su responsabilidad seguir los reglamentos de dicha red. Si usted encuentra algo que no entiende, pregunte a su empleador o llame a OIEC. Si desea presentar una queja sobre una red, llame a la Linea de Ayuda al Consumidor de TOI (TDI's Consumer Help Line, por su nombre en ingles) al 1-800-252-3439 o presente su queja en linea en [www.tdi.texas.gov/consumer/complfrm.html#wc](http://www.tdi.texas.gov/consumer/complfrm.html#wc).

**3. Si usted trabajo para una subdivision politica (p. ej. la ciudad, el condado o el distrito escolar) al momento en que sucedio su lesion, es su responsabilidad averiguar cómo recibir tratamiento medico.**

Su empleador debe poder proporcionar la informacion que usted necesita para determinar cuales son los proveedores de servicios medicos que pueden atender su lesion relacionada con el trabajo.

**4. Usted tiene la responsabilidad de informar a su medico cómo es que usted se lesiono y determinar si la lesion esta relacionada con el trabajo.**

**5. Usted tiene la responsabilidad de completar y enviar a DWC el Formulario DWC-041, Reclamo del Empleado para Compensacion por una Lesion Relacionada con el Trabajo o Enfermedad Ocupacional.**

Usted cuenta con un año para enviar el formulario despues de haberse lesionado o despues de haberse enterado que su enfermedad podria estar relacionada con su trabajo. Complete y envíe el Formulario OWC-041 aun si ya esta recibiendo beneficios. Usted puede perder su derecho a recibir beneficios si no envia a tiempo el formulario completo a OWC. Para obtener una copia del Formulario OWC-041 comuniquese con OWC o con OIEC.

**6. Usted tiene la responsabilidad de proporcionar su direccion actual, numero de telefono e informacion sobre su empleador a DWC ya la aseguradora. Usted puede comunicarse con DWC al 1-800-252-7031.**

**7. Usted tiene la responsabilidad de informarle a DWC ya la aseguradora cada vez que haya un cambio en el estado de su empleo o su salario.**

(Algunos ejemplos de cambios incluyen: si deja de trabajar a causa de su lesion; si usted regresa a trabajar; o si recibe una oferta de trabajo).

**8. Los beneficiarios que son elegibles o las personas que buscan obtener beneficios por causa de muerte o beneficios de gastos para el entierro, tienen la responsabilidad de completar y enviar a DWC el Formulario DWC-042, Reclamación del Beneficiario para Obtener Beneficios por Causa de Muerte dentro de un año, a partir de la fecha en que el empleado fallecio.**

**9. Usted tiene prohibido hacer reclamaciones o demandas injustificadas o fraudulentas.**



**Safe Workplace**

Employers must take all actions reasonably necessary to ensure a safe workplace and take all steps reasonably necessary to protect the life, health and safety of the employees.

**Compliance**

Employers that fail to comply with workers' compensation requirements commit an administrative violation and may be subject to administrative penalties. The information provided in this fact sheet and workers' compensation requirements are pursuant to: Texas Labor Code §§406.002, 406.005, 406.007, 406.033, 406.034, 406.096, 408.003, 408.001, 409.011, 409.005, 409.006, 411.032, 411.103 and 413.021; and 28 Texas Administrative Code §§110.101, 120.1, 120.2, 120.3, 120.4, 126.13, 129.7 and 160.3.

If you have any questions regarding reporting requirements or compliance with the law, contact TOI-OWC at 1-800-252-7031. For more information on workers' compensation for employers, visit the TOI website at <http://www.tdi.texas.gov/wc/employer/index.html>.

# Empleadores Sin Cobertura de Seguros de Compensación para Trabajadores

Información para los Empleadores por parte de la Division de Compensación para Trabajadores

## ¿Que es una Cobertura de Seguros de Compensación para Trabajadores?

Los empleadores en Texas, excepto por las entidades publicas, pueden elegir el proporcionar o no una cobertura de seguros de compensación para trabajadores a sus empleados. La compensación para trabajadores les proporciona a los empleados que estan cubiertos, salarios y beneficios medicos si se han lesionado en el trabajo o contraen una enfermedad relacionada con el trabajo. La compensación para trabajadores es regulada por el Departamento de Seguros de Texas, Division de Compensación para Trabajadores (Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation- TDI-DWC, por su nombre y siglas en ingles).

La participación en el sistema de compensación para trabajadores en Texas es voluntaria para la mayoría de los empleadores. Los empleadores que eligen tener una cobertura de seguros de compensación para trabajadores pueden:

- comprarle una póliza de seguros de compensación para trabajadores a una compañía de seguros privada;
- auto asegurarse, si el empleador cumple con los requisitos la Ley de Compensación para Trabajadores de Texas (la Ley) y es certificado mediante TDI-DWC;
- auto asegurarse mediante el Departamento de Seguros de Texas con un grupo de empleadores privados iguales o similares; o
- si se trata de una entidad gubernamental, esta puede comprar una póliza de seguros de compensación para trabajadores a una compañía de seguros privada, o auto asegurarse ya sea individualmente o en grupo.

Con algunas excepciones, los seguros de compensación para trabajadores limitan la responsabilidad del empleador para cubrir las lesiones relacionadas con el trabajo o muerte que un empleado haya sufrido en el trabajo.

Visite el sitio Web de TDI-DWC para obtener mas información sobre:

- los beneficios que los empleados tienen derecho a recibir: [www.tdi.texas.gov/wc/employee/beneficios.html](http://www.tdi.texas.gov/wc/employee/beneficios.html).

- información sobre los derechos y responsabilidades del empleador: [www.tdi.texas.gov/pubs/factsheets/employerrrs.pdf](http://www.tdi.texas.gov/pubs/factsheets/employerrrs.pdf).
- información sobre cómo convertirse en un empleador auto asegurado mediante TDI-DWC: [www.tdi.texas.gov/wc/si/index.html](http://www.tdi.texas.gov/wc/si/index.html).

## Empleadores Sin Cobertura

[Secciones 406.00 I, 406.002, 406.004, 406.005, 406.033, Reglamentos 110.101, 160.2]

Los empleadores sin cobertura son quienes **NO CUENTAN** con una cobertura de seguros de compensación para trabajadores. Si bien, un empleador en Texas puede elegir no contar con una cobertura, los empleadores sin cobertura deben obedecer ciertos requisitos de compensación para trabajadores.

### *Aviso de NoCobertura para las Empleados*

[Secciones 406.005 y 406.007, Reglamento 110.101]

Los empleadores que **NO CUENTAN** con una cobertura de compensación para trabajadores, deben poner a la vista en el area de trabajo, un aviso por escrito que explique a sus empleados que no cuentan con un seguro de compensación para trabajadores. Este aviso debe ser en ingles, español y cualquier otro idioma que sea apropiado.

Este aviso debe ser puesto en la oficina de personal del empleador (si es que la hay) y en un lugar prominente donde los empleados lo puedan ver regularmente. Este aviso debe contener el texto y formato que ha sido adoptado por TDI-DWC (Aviso 5). Para obtener el Aviso 5, visite el sitio Web de TDI-DWC en [www.tdi.texas.gov/forms/form20.html](http://www.tdi.texas.gov/forms/form20.html).

Si este aviso no es mostrado debidamente en el area de trabajo, el empleador sera responsable de cualquier falta administrativa.

Todos los empleadores que **NO CUENTAN** con un seguro de compensación para trabajadores deben proporcionar un aviso por escrito de no cobertura a los nuevos empleados cuando estos son contratados. Para obtener el lenguaje que se debe incluir en este aviso, visite el sitio web de TDI-DWC en [www.tdi.texas.gov/forms/dwc/notice5s.pdf](http://www.tdi.texas.gov/forms/dwc/notice5s.pdf).

TDI-DWC aconseja que todos los empleadores mantengan

## Empleadores Sin Cobertura de Seguros de Compensación para Trabajadores

Información para los Empleadores por parte de la  
Division de Compensación para Trabajadores

una copia del aviso que fue proporcionado a cada empleado. El aviso puede ser firmado y fechado por el empleador y el nuevo empleado.

Si este aviso no es proporcionado a cada nuevo empleado, el empleador puede ser considerado responsable de cualquier falta administrativa.

### **Aviso Sobre los Requisitos para Cambiar de Cobertura**

[Sección 406.005, Reglamento 110.101]

Cuando un empleador sin cobertura compra una póliza de seguro de compensación para trabajadores, es requerido que esto sea notificado a sus empleados dentro de un plazo de tiempo de 15 días, a partir de la fecha en que la póliza entra en vigor.

Este aviso debe ser puesto en la oficina de personal del empleador (si es que la hay) y en un lugar prominente donde los empleados lo puedan ver regularmente. Este aviso debe contener el texto y formato que ha sido adoptado por TDI-DWC (Aviso 6). Para obtener el Aviso 6, visite el sitio Web de TDI-DWC en [www.tdi.texas.gov/forms/dwc/notice6s.pdf](http://www.tdi.texas.gov/forms/dwc/notice6s.pdf).

Si este aviso no es proporcionado a los empleados, el empleador puede ser considerado responsable de cualquier falta administrativa.

### **Aviso Sobre el Reporte de Lesion, Enfermedad o Fatalidad de/ Empleador Sin Cobertura**

[Secciones 411.032 y 406.091, Reglamento 160.2)

Es requerido que los empleadores sin cobertura que cuentan con **mas de cuatro (4)** empleados reporten a TDI-DWC la siguiente información:

- cualquier lesion relacionada con el trabajo que causa que un empleado pierda mas de un (1) dia de trabajo,
- todas las enfermedades ocupacionales, y
- todas las fatalidades que ocurren en el area de trabajo.

Todos los empleados estan incluidos bajo este requisito a excepci3n de:

- los trabajadores domesticos;
- los trabajadores eventuales, involucrados en un incidente relacionado con su empleo en una residencia particular;
- ciertos trabajadores de granjas y ranchos; o
- trabajadores cubiertos por un metodo de compensaci3n establecido bajo la ley federal.

Las lesiones, enfermedades y fatalidades que son reportables deben ser presentadas ante TDI-DWC mensualmente, usando el Formulario DWC-007 "*Non-Covered Employers Report of Occupational Injury or Illness*". El Formulario completo DWC-007 donde se reportaron todas las lesiones que han ocurrido durante un mes calendario, deben ser presentadas a no mas tardar del septimo (7°) dia del siguiente mes en que ocurri3 el incidente. Si no hay lesiones que reportar en ese mes en especifico, este reporte no es requerido.

Para obtener una copia del Formulario DWC-007, asi como informaci3n para los empleadores sin cobertura, visite el sitio Web de TDI en [www.tdi.texas.gov/forms/dwc/notice7s.pdf](http://www.tdi.texas.gov/forms/dwc/notice7s.pdf).

**Para obtener mas informacion para los empleadores, sobre la compensacion para trabajadores, vea la siguiente hoja informativa:**

- Derechos y Responsabilidades del Empleador

# Aviso Del Empleado De Los Requisitos De La Alianza

## Información de contacto importante

Para localizar a un proveedor, visite [www.pswca.org](http://www.pswca.org).

Para contactar a un ajustador en el Fondo de Control de Riesgos de TASB, visite [www.tasbrmf.org](http://www.tasbrmf.org) o llame al 800.482.7276.

## Información, Instrucciones, Derechos y Obligaciones

Si se lesionó en el trabajo, avise a sus supervisor o empleador inmediatamente. La información en este aviso le ayudará a recibir tratamiento médico para su lesión. Su empleador también le asistirá con cualquier pregunta que tenga para recibir tratamiento. También puede contactar a su ajustador en el Fondo de Control de Riesgos de TASB (el Fondo) para cualquier pregunta que tenga sobre el tratamiento de una lesión relacionada con el trabajo. El Fondo es su proveedor de cobertura de compensación al trabajador y está trabajando con su compañía para asegurarse de que reciba cuidados médicos a tiempo. La meta es que regrese a trabajar sin riesgos tan pronto como sea posible.

### ¿Cómo elegir un médico?

Si se lesionó en el trabajo y usted vive en el área de servicio de la Alliance, se requiere que usted elija un médico de la lista de proveedores. Sólo puede elegir a un médico de la lista de la Alliance. El médico no puede ser elegido de la lista de especialistas. Esto es necesario para que pueda recibir la cobertura de los costes sanitarios relacionados con el trabajo por su lesión. La lista de proveedores está disponible a través del sitio web de la Alliance en [www.pswca.org](http://www.pswca.org) Y un sitio también está contenida en el sitio Web de el Fund en [www.tasbrmf.org](http://www.tasbrmf.org). Identifica los proveedores que están aceptando nuevos pacientes.

Si su médico que le deja a la Alliance, le informaremos por escrito. Usted tiene el derecho de elegir a otro médico de la lista de la Alianza. Si su médico deja a la Alliance y usted tiene una condición que amenaza la vida en peligro o condición para que una perturbación de la atención sería perjudicial para usted, su doctor le puede pedir que tratar con él o ella por un extra de 90 días.

### ¿Qué pasa si vivo fuera del área de servicio?

Si usted cree que vive fuera del área de servicio, puede llamar a su ajustador y pedirle que revise el área de servicio.

### ¿Cómo cambio de doctor?

Si está insatisfecho con su doctor, puede elegir un doctor diferente de la lista de doctores en el área de servicio donde usted vive. El Fondo le da la opción de elegir un doctor diferente. Antes de que cambie de doctores una segunda vez, debe obtener el permiso de su ajustador.

### ¿Cómo se maneja la referencia de doctores?

Las referencias de los servicios médicos que usted y su doctor soliciten estarán disponibles en el tiempo requerido en base a su condición médica. Las referencias serán hechas en menos de



# Employee Notice of Alliance Requirements

21 días después de su petición. Su doctor debe referirlo a otro proveedor de la Alianza a menos de que sea médicamente necesario hacer la referencia afuera de la Alianza. No tiene que obtener una referencia si necesita de cuidados de emergencia.

## ¿Quién paga por los cuidados médicos?

Los proveedores de la Alianza han acordado pedir el pago al Fondo para sus cuidados médicos. No deben pedirle pagos a usted. Si obtiene cuidados médicos de un doctor que no está en la Alianza sin tener aprobación previa de un ajustador, tal vez tenga que pagar los costos de su cuidado. Puede recibir tratamiento de los proveedores médicos que no pertenezcan a la Alianza sólo si sucede una de las siguientes situaciones:

- Emergencias: Debe acudir al hospital o instalaciones de emergencia más cercanas.
- Si no vive dentro del área de servicio de la Alianza
- Si su doctor lo manda a un proveedor o instalación fuera de la Alianza. Esta instalación o especialista debe ser aprobado por un ajustador.

## Cómo Poner una Queja

Tiene el derecho de poner una queja con la Alianza. Debe hacerlo si no está satisfecho con algún aspecto de las operaciones del programa de contrato directo. Esto incluye una queja sobre el programa y/o su doctor de la Alianza. También puede ser una queja general sobre la Alianza. Puede poner su queja con el Coordinador de Quejas de la Alianza por teléfono, por medio de la página de internet de la Alianza en [www.pswca.org](http://www.pswca.org), por escrito por correo o por fax. Las quejas se deben mandar a:

**PSWCA (The Alliance)**  
**Attention: Grievance Coordinator**  
**P.O. Box 763**  
**Austin, TX 78767-0763**  
**866.997.7922**

Debe mandar la queja al coordinador de quejas del programa en menos de 90 días después de la fecha en que haya ocurrido el incidente. Las leyes de Texas no permiten que la Alianza tome represalias en contra de usted si pone una queja en contra del programa. La Alianza tampoco puede tomar represalias si usted apela la decisión del programa. La ley no permite que la Alianza tome represalias en contra de su doctor si el o ella pone una queja en contra del programa o apela de su parte la decisión del programa.

## ¿Qué se puede hacer cuando uno se lastima en el trabajo?

Si se lastima mientras esté en el trabajo, avise a su empleador tan pronto como le sea posible. Su empleador puede tener una lista de doctores de la Alianza en su área de servicio. También puede encontrar una lista completa de doctores de la Alianza en [www.pswca.org](http://www.pswca.org). O también, nos puede contactar directamente a la siguiente dirección y/o llamar al número de teléfono gratis:

**TASB Risk Management Fund**  
**P.O. Box 2010**  
**Austin, TX 78768**  
**800.482.7276**



# Employee Notice of Alliance Requirements

## En caso de una emergencia

Si se lastima en el trabajo y es una emergencia con amenaza de muerte, puede ir a un hospital de emergencias más cercano. Si se lesiona en el trabajo después de horas de oficina o mientras esté trabajando afuera de su área de servicio, debe acudir a las instalaciones más cercanas. Después de que haya recibido cuidados de emergencia, puede necesitar continuos cuidados. Necesita elegir a un doctor para su tratamiento de la lista de proveedores de la Alianza. Esta lista está disponible en línea en [www.pswca.org](http://www.pswca.org). Si no tiene internet, llame al 800.482.7276 ó llame a su empleador y pida la lista. El doctor que elija se asegurará de que reciba cuidados para su lesión relacionada con el trabajo. Excepto por los cuidados de emergencia, usted debe obtener referencias para los cuidados médicos y especialistas por medio del doctor que lo atienda.

Los cuidados de emergencia no necesitan ser aprobados con anticipación. Una "Emergencia Médica" como es definida por la leyes de Texas. Es una condición médica que sucede repentinamente con síntomas serios que son severos como para que una persona razonable crea que usted necesite cuidados inmediatos o su no, podría sufrir un daño. Ese daño pudiera incluir peligros en contra de su salud o funciones de su cuerpo o pérdida de funciones de cualquier órgano o parte del cuerpo.

## Cuidados no de emergencia

Reporte su lesión a su compañía tan pronto como pueda. Seleccione a un doctor que lo atienda de la lista de proveedores de la Alianza. Esta lista está disponible en línea en [www.pswca.org](http://www.pswca.org). Si no tiene acceso al internet, llame al 800.482.7276 ó llame a su compañía y pídale una lista.

## Tratamientos Que Requieren Aprobación Previa

Ciertos tratamientos o servicios prescritos por un doctor necesitan ser aprobados con anticipación. Se requiere que su doctor pida aprobación del Fondo de Control de Riesgos de TASB antes de proporcionar un tratamiento o servicio específico. Por ejemplo, puede necesitar quedarse más días en un hospital que los días aprobados al principio. Si así es, los tratamientos adicionales deben ser aprobados con anticipación.

Los siguientes tratamientos médicos que no son de emergencia deben ser aprobados con anticipación:

- Admisión del paciente en el hospital
- Servicios quirúrgicos o de ambulancia
- Cirugía de la Columna
- Toda la terapia de fortalecimiento laboral no exenta
- Toda la terapia de acondicionamiento laboral no exenta
- Terapia física u ocupacional excepto las primeras seis (6) visitas si las seis visitas fueron hechas en un periodo de 2 semanas inmediatamente después de la fecha de la lesión o la cirugía.
- Cualquier servicio de investigación o experimental
- Todas las pruebas psicológicas y psicoterapia
- Estudios repetidos de diagnósticos que sobrepasen \$350



## Employee Notice of Alliance Requirements

- Todo el equipo médico (DME) que sobrepase \$500
- Manejo del dolor crónico y la rehabilitación del dolor interdisciplinario
- Medicamentos no incluidos en el Formulario de la División de Compensación al Trabajador (TDI)
- Todos los medicamentos narcóticos proporcionados para más de 60 días
- Cualquier tratamiento o servicio que exceda las Pautas Oficiales de Discapacidad

**Su doctor debe llamar al 800.482.7276, x6654 para pedir uno de estos tratamientos.** Si se le niega el tratamiento o servicio, le avisaremos por escrito. Este aviso por escrito tendrá información sobre su derecho de pedir que se le vuelva a considerar o apelar por el tratamiento negado. También se le explicará su derecho de pedir una revisión por una Independent Review Organization por medio del Departamento de Seguros de Texas.

