



# **Ciudad de Hialeah**

**Departamento de Gestión de Riesgos**

## **MANUAL DEL EMPLEADO SOBRE INDEMNIZACIÓN LABORAL**



## **I. RESPONSABILIDADES DEL EMPLEADO**

1. Comunique a su empleador que se ha lesionado lo antes posible. Usted debe avisar a su empleador acerca de la lesión dentro de los 30 días siguientes a la fecha de su lesión o de la manifestación inicial de la misma. Si no avisa en el plazo de 30 días, no podrá reclamar las prestaciones. (Estatutos de Florida, artículo 440.185(1)).
2. El no informar sobre la lesión/enfermedad en el plazo señalado podría dar lugar a la denegación de la reclamación en determinadas circunstancias. Sin embargo, si el empleado reporta la lesión después del período de 30 días, la información debe ser reportada a Gestión de Riesgos inmediatamente.
3. La Coordinadora de Gestión de Riesgos de la Ciudad de Hialeah es Marieta Sotero a quien se puede contactar por teléfono al 305-863-2938 o en [MS13232@hialeahfl.gov](mailto:MS13232@hialeahfl.gov) y Frank Duharte es el Administrador de Gestión de Riesgos, a quien se puede contactar por teléfono al 305-883-8060 o en [FDuharte@hialeahfl.gov](mailto:FDuharte@hialeahfl.gov)
4. Entregar una lista de todas las partes involucradas en un reclamo de indemnización laboral junto con su información de contacto y horario de atención.

## **II. ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIA**

1. En el caso de una lesión o enfermedad que ponga en peligro la vida, alguien debe llamar al 911 inmediatamente. Los empleados con lesiones o enfermedades potencialmente mortales deberán ser trasladados en ambulancia a un centro de urgencias médicas u hospital. Si no hay certeza de que una condición médica es una emergencia que pone en peligro la vida, se debe llamar al 911.
2. El empleado (o empleado testigo) notificará al supervisor lo antes posible si la lesión/enfermedad requiere atención médica de urgencia y si considera que pone en peligro la vida.
3. Tan pronto como sea posible tras la orden de alta de los servicios de emergencia, el empleado deberá ponerse en contacto con su supervisor para recibir las instrucciones a seguir. Una vez que el supervisor haya sido notificado y se haya presentado el primer informe de lesiones, dirigirá al empleado al Administrador Externo a Cargo de la Indemnización Laboral (TPA, en inglés). El ajustador designado programará entonces la visita inicial con el proveedor médico autorizado dentro de la red de indemnización laboral.
4. El empleado debe proporcionar al proveedor de atención médica autorizado una copia del Formulario de Primer Informe de Lesión o Enfermedad debidamente completado (proporcionado por el supervisor).

## **III. Notificación del Administrador Externo a Cargo de la Indemnización Laboral (TPA)**

Dentro de las 24 horas posteriores a la presentación del Primer Informe de Lesiones, usted debería recibir una comunicación del ajustador asignado. En un plazo de 3 a 5 días hábiles, usted debería recibir un folleto informativo que explique sus derechos y obligaciones, y una Carta de Notificación que explique los servicios proporcionados por la Oficina de Asistencia al Empleado del Departamento de Indemnización Laboral. Estos formularios pueden formar parte de un paquete que puede incluir algunos o todos los siguientes elementos:

- Una copia de su informe de accidente o "Primer informe de lesión o enfermedad", que usted debe leer para asegurarse de que es correcto;
- Una declaración de no falsedad, que usted ya habrá leído, firmado y devuelto a la Oficina de Gestión de Riesgos para que la envíe a la compañía de seguros. Si no lo ha hecho, debe leerla, firmarla y devolverla lo antes posible. De lo contrario, las prestaciones pueden retenerse temporalmente hasta que lo haga;



- Una carta de autorización para la divulgación de sus expedientes médicos, que ya debería haber leído, firmado y devuelto a la Oficina de Gestión de Riesgos para que su envío al Administrador Externo a Cargo de la Indemnización Laboral (TPA). Si no lo ha hecho, debe leerla, firmarla y devolverla lo antes posible; y
- Formularios de reembolso de gastos de viaje por razones médicas que debe rellenar, después de recibir tratamiento médico, y enviar al ajustador de su siniestro para su reembolso. Puede enviar una copia a la Oficina de Gestión de Riesgos para que la incluyan en su expediente.

#### **IV. PRESTACIONES MÉDICAS**

1. El tratamiento, los cuidados y la asistencia médicamente necesarios durante el período que sea necesario según la naturaleza de la lesión o el proceso de recuperación, incluidos los medicamentos, los suministros médicos, el equipo médico duradero y las prótesis.
  2. Los proveedores de atención médica que presten servicios distintos a los de emergencia deben ser proveedores de atención médica certificados para la indemnización laboral y deben recibir la autorización del ajustador del Administrador Externo (TPA), antes de proporcionar el tratamiento. (Estatutos de Florida, artículos 440.13(3)(a).
  3. Usted tiene derecho a un cambio de médico durante el curso del tratamiento médico de cualquier accidente. Esta oferta única debe ser considerada cuidadosamente. (Estatutos de Florida, artículos 440.13(2)(f).
  4. Cuando su médico tratante determine que usted ha alcanzado la "Máxima Mejoría Médica", se le pedirá que pague un copago de \$10 por consulta para los servicios médicos. (Estatutos de Florida, artículos 440.13(14)(c).
  5. Estatuto de Limitaciones para Reclamaciones de Indemnización Laboral de Florida.
- Después de los dos años iniciales, en el plazo de un año a partir del último pago de la indemnización o en el plazo de un año a partir de la última prestación de tratamiento o atención médica autorizada. Estatutos de Florida, artículos 440.19(1) y (2). Esto significa que después de su accidente de trabajo, es muy importante ver a su(s) médico(s) asignados por indemnización laboral regularmente, y no menos de una vez cada 365 días.

#### **V. PROGRAMACIÓN DE CITAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE SEGUIMIENTO**

Si se requiere atención médica de seguimiento después del tratamiento médico inicial, el empleado debe ponerse en contacto con el ajustador de reclamaciones del Administrador Externo a cargo de la Indemnización Laboral de la ciudad de Hialeah (TPA). Sólo se utilizarán los proveedores médicos que pertenezcan a la red autorizada. Los empleados no podrán concertar sus propias citas para la atención de seguimiento. Los médicos o terapeutas tratantes pueden programar citas futuras; sin embargo, se debe obtener la autorización previa del Administrador Externo a cargo de la Indemnización Laboral (TPA). Si hay alguna pregunta sobre la programación de citas o sobre proveedores médicos específicos, póngase en contacto con el ajustador de reclamaciones del Administrador Externo (TPA), con el Administrador de Gestión de Riesgos de la Ciudad de Hialeah o el Coordinador de Gestión de Riesgos.

Las citas para la atención médica de seguimiento deben programarse en horas no laborables. Si las citas no se pueden programar durante las horas fuera de servicio, se deben programar en un momento que sea conveniente para el personal del departamento.

- Es importante mencionar que ni su empleador ni su compañía de seguros de indemnización laboral están obligados a pagarle por el tiempo que pase acudiendo a las citas médicas.
- Usted debe intentar programar sus citas antes del trabajo, después del trabajo o en los fines de semana.



- Si ninguna de estas opciones le resulta viable, y tiene acceso a un permiso de ausencia por enfermedad o a un permiso de vacaciones, pregunte a su empleador si le permite utilizar el permiso para compensar los salarios que pierda por asistir a las citas médicas.

Los empleados deben notificar a su supervisor las citas y deben documentar la cita por escrito en un formulario de permiso de ausencia en el apartado de **solicitud de permiso de ausencia**.

## **VI. OBTENCIÓN DE MEDICAMENTOS**

La mayoría de las farmacias aceptan recetas emitidas por el seguro de accidentes de trabajo si el empleado presenta una copia del Primer Informe de Lesiones o del Formulario de Primer Suministro de Medicamentos del Trabajador Lesionado de Corvel. Si el farmacéutico necesita una autorización adicional, pídale que se ponga en contacto con el Administrador Externo a Cargo de la Indemnización Laboral (TPA). El empleado recibirá una tarjeta de farmacia del Administrador Externo a Cargo de la Indemnización Laboral (TPA) para procesar las recetas.

## **VII. PRUEBAS DE DETECCIÓN DE DROGAS DESPUÉS DE UNA LESIÓN/ACCIDENTE**

Todos los empleados (**excepto los empleados que han prestado juramento en los Cuerpos de Policía y de Bomberos**) que sufran lesiones en el trabajo deben someterse a pruebas de detección de drogas. Si el Physicians Health Center's, Health Care Center of Miami y Miami Hialeah Medical Group proporcionan el tratamiento médico inicial, entonces realizarán la prueba de detección de drogas. Sin embargo, si el empleado es remitido a un especialista para el tratamiento médico inicial sin recibir antes tratamiento en Physicians Health Center, Health Care Center of Miami y Miami Hialeah Medical Group, entonces el empleado debe acudir inmediatamente (al salir de la consulta del especialista) a Physicians Health Center, Health Care Center of Miami y Miami Hialeah Medical Group para someterse a una prueba de detección de drogas.

## **VIII. REGRESO AL TRABAJO Y TRABAJO LIGERO**

El proveedor autorizado de atención médica proporcionará a la Ciudad un informe sobre su situación laboral que indicará cualquier limitación física. La Ciudad puede hacer esfuerzos razonables para asignar al empleado a tareas disponibles dentro de las limitaciones físicas impuestas por el proveedor de servicios médicos, si es posible. Los empleados que se nieguen a cooperar y/o a trabajar según lo indicado por el proveedor de servicios médicos pueden perder su derecho a recibir prestaciones y pueden ser objeto de medidas disciplinarias, incluido el despido.

## **IX. INDEMNIZACIÓN Y PRESTACIONES**

1. Es responsabilidad del empleado notificar a su supervisor cualquier tiempo perdido como consecuencia de la lesión. También es responsabilidad del empleado mantener a su supervisor informado del tratamiento médico y del proceso de recuperación.
2. El empleado debe proporcionar el formulario de informe de la situación laboral (DWC-25 es un formulario proporcionado por el médico tratante - no es un formulario de la Ciudad de Hialeah) a su supervisor y al Ajustador de Reclamaciones, al Administrador de Gestión de Riesgos de la Ciudad de Hialeah / Coordinador de Gestión de Riesgos y a Recursos Humanos después de cada visita al proveedor de servicios médicos.



3. Los empleados deben ponerse en contacto con el Ajustador de Reclamaciones o el Administrador de Gestión de Riesgos de la Ciudad de Hialeah / Coordinador de Gestión de Riesgos para cualquier pregunta sobre las lesiones relacionadas con el trabajo.
4. Es importante que los empleados cooperen con todas las solicitudes razonables del Administrador Externo a Cargo de la Indemnización Laboral (TPA), el proveedor médico y la Ciudad de Hialeah para ayudar en el tratamiento, la recuperación y el regreso al trabajo.

#### **X. REEMBOLSO DE LOS GASTOS DE VIAJE**

Transporte durante el periodo de incapacidad: El transporte médico está disponible si el trabajador lesionado lo necesita.

Un empleado lesionado en el trabajo puede ser elegible para el reembolso de los gastos de viaje hacia y desde el lugar del tratamiento médico autorizado, incluida la farmacia. El reembolso se paga a razón de 0.445 dólares por milla. El empleado es responsable de registrar las millas recorridas, los recorridos de ida y vuelta y las fechas, y de enviar dicha información al Administrador Externo a Cargo de la Indemnización Laboral (TPA).

#### **XI. PROGRAMA ANTIFRAUDE**

El fraude en la indemnización laboral ocurre cuando un empleado, a sabiendas y con la intención de defraudar o engañar a un empleador o a una compañía de seguros, presenta una declaración de reclamación que contiene información falsa o engañosa. Esto constituye un delito grave de tercer grado que puede dar lugar a multas, responsabilidad civil y penas privativas de libertad. El Estado de Florida puede pagar recompensas de hasta \$25,000.00 a las personas que proporcionen información que conduzca a los arrestos y condenas de personas que cometan fraude de seguros. Denuncie las sospechas de fraude en materia de indemnización laboral llamando al 1-800-378-0445.



**Advertencia sobre falsedad y fraude en las reclamaciones**

Por favor, lea atentamente la siguiente información. Este formulario debe firmarse y devolverse en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que se recibió, declarando que ha revisado, entiende y reconoce la declaración de prestaciones y que, de lo contrario, el pago se suspenderá hasta que se obtenga dicha firma.

**El fraude en la indemnización laboral incluye, pero no se limita, a lo siguiente:**

- Solicitar y/o recibir prestaciones por incapacidad total temporal, parcial temporal, total permanente o por deterioro mientras trabaja a cambio de una remuneración como empleado de una empresa, contratista independiente, usted mismo o una empresa y no informar de esos ingresos a la compañía de seguros
- Hacer una declaración falsa por escrito y/o presentar documentos falsos a su empleador, a su médico y/o a la compañía de seguros o a sus representantes con el fin de presentar o respaldar una reclamación de prestaciones de indemnización laboral
- Proporcionar una declaración falsa o errónea de los hechos relacionados con un accidente de trabajo, una lesión o una enfermedad a su empleador, a su médico y/o a la compañía de seguros o a sus representantes
- No informar sobre los ingresos cuando el Administrador Externo (TPA) se lo solicite
- Vender su información personal a terceros para utilizarla y tergiversar la información sobre los hechos proporcionada a cualquier proveedor médico o compañía de seguros.

**Florida**

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier empleador o empleado, compañía de seguros o programa de autoseguro, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa o engañosa, comete un fraude de seguros sujeto a sanciones según lo dispuesto en los Estatutos de Florida 817.234

He revisado, entendido y aceptado lo anterior. Esta información es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_

**Por favor, escriba a máquina o en letra de molde**

**Reclamación #:** \_\_\_\_\_ **Empleado:** \_\_\_\_\_

**Empleador:** \_\_\_\_\_

**Dirección del empleado:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del empleado**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**



## Información de contacto

### Gestión de riesgos

501 Palm Avenue, Tercer piso  
Hialeah, FL 33010  
Tel: 305-883-8068

#### **Franklin Duharte**

Gestor de riesgos. Línea directa: 305-883-8060  
Correo electrónico: [FDuharte@hialeahfl.gov](mailto:FDuharte@hialeahfl.gov)

#### **Marieta Sotero, CMS, ACA, CWC.**

Coordinadora de gestión de riesgos. Línea directa: 305-863-2938  
Correo electrónico: [MS13232@hialeahfl.gov](mailto:MS13232@hialeahfl.gov)

- **Administrador Externo a Cargo de la Indemnización Laboral (TPA).**

### **Sedgwick Claims Management Services, Inc**

PO Box 14511  
Lexington, KY 40512-4511  
Fax: 954-247-6758

- Ada Ovadia, Reclamaciones, líder de equipo – Línea directa: 954-247-6724  
Correo electrónico: [Ada.Ovadia@sedgwick.com](mailto:Ada.Ovadia@sedgwick.com)
- Fatima Rosellon, Examinadora de reclamaciones – Ajustadora jurídica/de tiempo perdido – Línea directa: 305-883-5908  
Correo electrónico: [Fatima.Rosellon@sedgwick.com](mailto:Fatima.Rosellon@sedgwick.com)

**Los empleados pueden ser responsables de cualquier servicio o tratamiento médico no autorizado fuera de la red. Si el empleado requiere atención a través de la línea telefónica de emergencia por una lesión/enfermedad que ponga en peligro su vida, debe buscar atención médica inmediata en el centro hospitalario más cercano.**



## Oficina De Ayuda al Trabajador

La División de Compensación por Accidentes de Trabajo, Oficina de Ayuda al Trabajador (Employee Assistance Office [EAO]) ayuda prevenir y resolver disputas entre trabajadores lesionados, empleadores y compañías de seguros. Si la compañía de seguros no le provee beneficios a lo cuales usted cree tener derecho, puede llamar a la línea gratis del EAO **1-800-342-1741**.

Los especialistas de la EAO están bien informados sobre el sistema de compensación por accidentes de trabajo. Ellos podrán tratar sus preocupaciones y procurar prevenir o resolver disputas. EAO tiene oficinas por todo el estado donde usted puede visitar o llamar. Usted puede localizar estas oficinas estatales visitando nuestra página de web: [www.MyFloridaCFO.com/Division/WC/Employee/eao\\_offices.htm](http://www.MyFloridaCFO.com/Division/WC/Employee/eao_offices.htm)

## Servicios Proveído por el EAO incluyen:

- Educar y proveer información sobre su reclamo.
- Asistirle a resolver desacuerdos referentes a su reclamo sin ningún costo para usted.
- Asistirle a entender los procedimientos para iniciar el proceso judicial y someter una petición de beneficios a la oficina de jueces de reclamaciones de compensación.

Además, información sobre sus derechos y responsabilidades conforme a la ley de compensación por accidentes de trabajo esta disponible en el “Taller Para Empleados Lesionados” en la página Web de la División de Compensación por Accidentes de Trabajo: [www.MyFloridaCFO.com/Division/wc/Employee/education.htm](http://www.MyFloridaCFO.com/Division/wc/Employee/education.htm)

Se pueden obtener las respuestas a preguntas que se hacen con frecuencia en: [www.MyFloridaCFO.com/Division/wc/Employee/faq.htm](http://www.MyFloridaCFO.com/Division/wc/Employee/faq.htm). Usted también puede someter sus preguntas específicas relacionadas con su reclamo al [wceao@MyFloridaCFO.com](mailto:wceao@MyFloridaCFO.com) y recibir la respuesta directamente por correo electrónico.

## Estatuto de Limitaciones

Una vez que usted se ha lesionado en su trabajo o se da cuenta que su lesión o enfermedad es relacionada a su trabajo, usted tiene 30 días para reportar su lesión o enfermedad a su empleador. La falta de divulgar su lesión en el plazo de 30 días puede comprometer su reclamo.

Generalmente, usted tiene dos años a partir de la fecha de su lesión o enfermedad para reclamar beneficios por accidentes de trabajo. La falta de reportar su lesión o enfermedad en el plazo de 30 días se puede utilizar como defensa contra su reclamo sin importar el estatuto de dos años de las limitaciones para archivar una reclamación. Su elegibilidad para beneficios también se puede terminar un año después de recibir el último cheque de beneficio de reemplazo de salario o del último tratamiento médico que fue autorizado.

## Negación de Beneficios

Si la compañía de seguro no le provee los beneficios que usted cree que tiene derecho a recibir, o ha negado su reclamo, puede contactar a la Oficina de Ayuda al Trabajador (EAO). Aunque la EAO no provee consejos legales, nuestros especialistas contestarán preguntas sobre sus derechos y responsabilidades y posiblemente resuelvan problemas que usted tenga con su reclamo. Esta ayuda es **gratis** y disponible si contacta EAO al **1-800-342-1741**.

## Petición por Beneficios

Para comenzar el procedimiento judicial para obtener beneficios que se le deben según la ley y no han sido proveídos por el empleador o la compañía de seguros, debe presentar el formulario Petición por Beneficios (titulado en inglés Petition for Benefits) a la Oficina de Jueces de Reclamos de Compensación. El formulario se puede obtener en el sitio: [www.jcc.state.fl.us/JCC/forms/](http://www.jcc.state.fl.us/JCC/forms/).

## Servicios de Reemplazo

Si como resultado de su lesión u enfermedad de trabajo, usted no puede realizar los deberes que son requeridos en el lugar de empleo, puede contactar a la Oficina de Ayuda al Trabajador (EAO) en [WCRES@MyFloridaCFO.com](mailto:WCRES@MyFloridaCFO.com) o puede llamar al **1-800-342-1741** para recibir servicios de reemplazo gratis.

## Representación Legal

No se requiere que usted tenga un abogado. Si usted contrata un abogado para que le ayude con su reclamo, es posible que se use una porción de sus beneficios para pagar el honorario y los gastos del abogado a no ser que su empleador o la compañía de seguros se haga responsable de pagarlos. Aunque la División de Compensación por Accidentes de Trabajo no provee asesoramiento legal, la División contestará preguntas sobre sus derechos y responsabilidades y posiblemente podrá resolver problemas que usted pueda tener con su reclamo. La ayuda es **gratis** y está disponible si usted contacta la Oficina de Ayuda al Trabajador (EAO) al **1-800-342-1741**.

## Programa de Recompensa por Anti-Fraude

El fraude de seguro por accidentes de trabajo ocurre cuando cualquier persona con conocimiento y con el intento de hacer daño, defrauda o engaña a cualquier empleador o trabajador, compañía de seguros, o auto aseguradora, presenta información falsa o engañosa. El fraude de seguros por accidentes de trabajo es un delito mayor de tercer grado que puede resultar en multas, responsabilidad civil, o encarcelamiento. Recompensas de hasta \$25,000.00 se pueden pagar a personas que proporcionan la información que conduce a la detención y a la convicción de personas que han cometido fraude de seguro. Llame al **1-800-378-0445** para reportar sospechas de fraude de seguro por accidentes de trabajo.

## Limitación de responsabilidad

*Esta publicación esta siendo ofrecida sólo como una herramienta de información, acata s.440.185 (4) F.S. con el entendimiento que esto no es lenguaje oficial de los Estatutos de la Florida. Bajo ningunas circunstancias será la División de Compensación por accidentes de trabajo responsable de daños directos o resultantes del uso de ese material.*

# Información Para Trabajadores



# INFORMACIÓN IMPORTANTE DE SEGURO DE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTES DE TRABAJO PARA LOS TRABAJADORES DE LA FLORIDA

69L-3.0035, F.A.C. Injured Worker Informational Brochure  
Rule 69L-3.025, F.A.C. Forms  
DFS-F2-DWC-61  
Revised February 2014



**DIVISION OF WORKERS' COMPENSATION**  
Florida Department of Financial Services



Si usted se lesiona como resultado de un accidente de trabajo, la compañía de seguro de su empleador podría proveerle beneficios médicos y una porción de su salario.

### Beneficios Médicos

Tan pronto la compañía de seguro tenga conocimiento de su lesión y determine que su lesión/enfermedad tiene cobertura de acuerdo a las leyes de la Florida, la compañía de seguro le:

- Proveerá un médico autorizado por la compañía de seguro
- Pagará por todo tratamiento que sea autorizado, médicamente necesario y relacionado a su lesión o enfermedad
- Proveerá una vez un cambio de médico dentro de cinco días de recibir su petición por escrito

Atención médica y tratamientos autorizados pueden incluir:

- Consultas médicas
- Hospitalización
- Terapia física
- Exámenes médicos
- Medicamentos recetados
- Prótesis
- Gastos de viajes a consultas médicas o la farmacia

En cuanto alcance la máxima mejoría médica (MMI por su sigla en inglés) usted tendrá que pagar un copago de \$10.00 por cada consulta para tratamiento médico. La máxima mejoría médica ocurre cuando el médico que lo(a) atiende determina que su lesión o enfermedad ha sanado hasta el punto que una mejoría adicional no es probable.

### Beneficios de Reemplazo de Salario

Si usted no puede trabajar o su ingreso es reducido debido a una lesión u enfermedad relacionada con su empleo, es posible que usted pueda recibir reemplazo parcial del salario. Usted puede ser elegible para estos beneficios si ha estado incapacitado(a) por más de siete días y no ha podido cumplir con sus deberes normales en su empleo según el consejo de su médico autorizado.

Si usted califica, los beneficios de reemplazo de salario comenzarán al octavo día de incapacidad parcial o total. Usted no recibirá beneficio de reemplazo de salario por los primeros siete días de incapacidad a menos que usted ha estado incapacitado por más de 21 días debido a su lesión o enfermedad relacionado con su empleo.

En la mayoría de los casos, los beneficios de reemplazo de salario igualarán a dos tercios (2/3) del salario semanal regular que usted ganaba antes de sufrir la lesión o enfermedad, pero el beneficio no excederá el promedio de los salarios semanales en la Florida. Usted generalmente, puede esperar recibir su primer cheque de beneficio dentro de 21 días después de que la compañía de seguro tenga conocimiento de su lesión o enfermedad. Los (siguientes) cheques (adicionales) se enviarán quincenalmente.

- Beneficios por Incapacidad Total Temporal (TTD por su sigla en inglés)\*: Estos beneficios son proveídos como resultado de una lesión u enfermedad que temporalmente prohíbe que usted vuelva a trabajar y usted no ha alcanzado la máxima mejoría médica.
- Beneficios por Incapacidad Parcial Temporal (TPD por su sigla en inglés)\*: Estos beneficios son proveídos cuando el médico le permite volver a trabajar con restricciones, usted no ha alcanzado la máxima mejoría médica, y gana menos del 80% del salario que ganaba antes de sufrir la lesión o enfermedad. **\*Beneficios temporales son pagables por un máximo de 104 semanas o hasta la fecha que se determine que usted ha alcanzado la máxima mejoría médica, lo que ocurra primero.**
- Beneficios por Daños Permanente (IB por su sigla en inglés): Estos beneficios son proveídos cuando la lesión o enfermedad causa pérdida física, psicológica o funcional y la incapacidad existe después de la fecha de la máxima mejoría médica. [MMI] Un médico le asignará una valoración de incapacidad permanente a la lesión que será expresada como un porcentaje de incapacidad al cuerpo en su totalidad.
- Beneficios por Incapacidad Total Permanente (PTD por su sigla en inglés): Estos beneficios son proveídos cuando la lesión causa que usted sea permanente y totalmente incapacitado(a) según las estipulaciones de la ley.
- Indemnizaciones por Fallecimiento: Compensación por accidentes de trabajo que resulten en la muerte del trabajador incluye pago de gastos para el funeral y beneficios para los dependientes del fallecido (estos son sujetos a límites definidos por ley). Un cónyuge dependiente puede ser elegible para entrenamiento vocacional.

La tasa, cantidad, y duración de beneficios de reemplazo de salario son estipulados en la ley de compensación por accidentes de trabajo. **Si usted tiene preguntas sobre sus beneficios llame a su tasador(a) /ajustador(a) de reclamo o a la Oficina de Ayuda al Trabajador al 1-800-342-1741 Ext. 30027.**

### Responsabilidades del Trabajador Lesionado

#### Comuníquese con el Empleador:

- Contacte su supervisor/empleador inmediatamente para notificarle que sufrió una lesión o enfermedad en su trabajo.
- Provéela a su empleador una copia del Formulario Para Reportar el Estatus de su Caso y Tratamiento Médico (formulario médico para reportar el tratamiento/estado de su caso) (DWC25) [titulada en Inglés "Medical Treatment /Status Reporting Form (DWC25)] después de cada cita medica.
- Vuelva a su lugar de empleo cuando su médico lo permita y su empleador le ofrezca un trabajo de acuerdo a sus limitaciones para evitar la suspensión de los beneficios de reemplazo de salario.

#### Comuníquese con la compañía de seguros:

- Revise el formulario Primer Reporte de la Lesión o Enfermedad (DWC1) [Titulada en inglés "First Report of Injury or Illness" (DWC1)] cuando la reciba y verifique su dirección, número de teléfono, número de seguro social, y la descripción del accidente. Si hay alguna información con la cual usted no esta de acuerdo, o si alguna información ha sido omitida, inmediatamente notifíquese a su tasador(a)/ajustador(a) de reclamo por escrito.
- Revise, firme y devuelva a la compañía de seguros la declaración de fraude. Es una obligación. Al firmar este documento, esta confirmando que entendió esta información importante. Sus beneficios serán suspendidos si usted no firma y provee la declaración a la compañía de seguros.
- Si usted ha trabajado para más de un empleador durante las trece semanas inmediatamente antes de la fecha del accidente, reporte todos los salarios recibidos durante ese periodo. Esto ayudará a la compañía de seguros a determinar la cantidad correcta de su beneficio de reemplazo de salario.
- Mantenga a su tasador(a)/ajustador(a) de reclamo regularmente informado(a) sobre el estado de su reclamo, su necesidad de autorización de tratamiento médico, y cualquier ingreso. (Nota: si usted esta representado por un abogado, posiblemente su tasador(a) /ajustador(a) de reclamo no podrá hablar con usted directamente)
- Notifique a la compañía de seguros de cualquier cambio de dirección o número de teléfono.
- Complete y devuelva los formularios que requiera la compañía de seguros.

### Comuníquese con el Médico Autorizado por la Compañía de Seguros:

- Identifique todas las partes del cuerpo que están o potencialmente pueden ser dañadas, y sea específico(a) al identificar las áreas del dolor.
- Cumpla con sus citas médicas.
- Aclare su estado laboral durante sus citas antes de salir de la oficina del médico.
- Siga el plan recomendado por su médico
- Pídale a su médico una copia del Reporte Médico Sobre el Estado/Tratamiento de su Caso (DWC25) [titulada en inglés, "Medical Treatment /Status Reporting Form (DWC25)]
- Notifique a su médico de cualquier cambio de dirección o número de teléfono
- Llame a la oficina del médico autorizado si usted necesita ver al médico antes de su próxima cita. Quizás el personal pueda anotar su nombre en una lista de cancelación y pueda conseguir una cita más pronto si otro paciente cancela su cita. Si no hay una cita disponible, y usted necesita ver un médico inmediatamente, por favor contacte su tasador(a)/ajustador(a) de reclamo o la Oficina de Ayuda al Trabajador

### Responsabilidades de la Compañía de Seguros

- Disposición oportuna del tratamiento médico
- Pago oportuno de beneficios de reemplazo de salario
- Pago oportuno de facturas médicas
- Notificación oportuna de su reclamo a la División de Compensación por Accidentes de Trabajo
- Notificación oportuna de cualquier cambio del estado de su reclamo. Esta información le será proveída por correo en una hoja titulada Notificación de Acción o Cambio (DWC4) [Titulado en inglés "Notice of Action/Change (DWC4)] o en una Notificación de Negación (DWC12) [Titulado en inglés Notice of Denial (DWC12)].