



Notice to Employees--Injuries Caused By Work

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).

Benefits. Workers' compensation benefits include:

- **Medical Care:** Doctor visits, hospital services, physical therapy, lab tests, x-rays, medicines, medical equipment and travel costs that are reasonably necessary to treat your injury. You should never see a bill. There are limits on chiropractic, physical therapy and occupational therapy visits.
- **Temporary Disability (TD) Benefits:** Payments if you lose wages while recovering. For most injuries, TD benefits may not be paid for more than 104 weeks within five years from the date of injury.
- **Permanent Disability (PD) Benefits:** Payments if you do not recover completely and your injury causes a permanent loss of physical or mental function that a doctor can measure.
- **Supplemental Job Displacement Benefit:** A nontransferable voucher, if you are injured on or after 1/1/2004, your injury causes permanent disability, and your employer does not offer you regular, modified, or alternative work.
- **Death Benefits:** Paid to your dependents if you die from a work-related injury or illness.

Naming Your Own Physician Before Injury or Illness (Predesignation). You may be able to choose the doctor who will treat you for a job injury or illness. If eligible, you must tell your employer, in writing, the name and address of your personal physician or medical group *before* you are injured. You must obtain their agreement to treat you for your work injury. For instructions, see the written information about workers' compensation that your employer is required to give to new employees.

If You Get Hurt:

1. **Get Medical Care.** If you need emergency care, call 911 for help immediately from the hospital, ambulance, fire department or police department. If you need first aid, contact your employer.
2. **Report Your Injury.** Report the injury immediately to your supervisor or to an employer representative. 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 with a claim form within one working day after learning about your injury. Within one working day after you file a claim form, your employer or claims administrator must authorize the provision of all treatment, up to ten thousand dollars, consistent with the applicable treatment guidelines, for your alleged injury until the claim is accepted or rejected.
3. **See Your Primary Treating Physician (PTP).** This is the doctor with overall responsibility for treating your injury or illness.
 - If you predesignated your personal physician or a medical group, you may see your personal physician or the medical group after you are injured.
 - If your employer is using a medical provider network (MPN) or a health care organization (HCO), in most cases you will be treated within the MPN or HCO unless you predesignated a personal physician or medical group. An MPN is a group of physicians and health care providers who provide treatment to workers injured on the job. You should receive information from your employer if you are covered by an HCO or a MPN. Contact your employer for more information.
 - If your employer is not using an MPN or HCO, in most cases the claims administrator can choose the doctor who first treats you when you are injured, unless you predesignated a personal physician or medical group.
4. **Medical Provider Networks.** Your employer may be using an MPN, which is a group of health care providers designated to provide treatment to workers injured on the job. If you have predesignated a personal physician or medical group prior to your work injury, then you may go there to receive treatment from your predesignated doctor. 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:

MPN website: N/A

MPN Effective Date: N/A MPN Identification number: N/A

If you need help locating an MPN physician, call your MPN access assistant at: N/A

If you have questions about the MPN or want to file a complaint against the MPN, call the MPN Contact Person at: N/A

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? Learn more about workers' compensation by reading the information that your employer is required to give you at time of hire. If you have questions, see your employer or the claims administrator (who handles workers' compensation claims for your employer):

Claims Administrator Berkley Industrial Comp Phone 800-448-5621

Workers' compensation insurer Great Divide Insurance Co./Berkley Industrial Comp (Enter "self-insured" if appropriate)

You can also get free information from a State Division of Workers' Compensation Information (DWC) & Assistance Officer. The nearest Information & Assistance Officer can be found at location: _____ or by calling toll-free (800) 736-7401. Learn more information about workers' compensation online: www.dwc.ca.gov and access a useful booklet "Workers' Compensation in California: A Guidebook for Injured Workers."

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.



Aviso a los Empleados—Lesiones Causadas por el Trabajo

Es posible que usted tenga derecho a beneficios de compensación de trabajadores si usted se lesiona o se enferma a causa de su trabajo. La compensación de trabajadores cubre la mayoría de las lesiones y enfermedades físicas o mentales relacionadas con el trabajo. Una lesión o enfermedad puede ser causada por un evento (como por ejemplo lastimarse la espalda en una caída) o por acciones repetidas (como por ejemplo lastimarse la muñeca por hacer el mismo movimiento una y otra vez).

Beneficios. Los beneficios de compensación de trabajadores incluyen:

- **Atención Médica:** Consultas médicas, servicios de hospital, terapia física, análisis de laboratorio, radiografías, medicinas, equipo médico y costos de viajar que son razonablemente necesarias para tratar su lesión. Usted nunca deberá ver un cobro. Hay límites para visitas quiroprácticas, de terapia física y de terapia ocupacional.
- **Beneficios por Incapacidad Temporal (TD):** Pagos si usted pierde sueldo mientras se recupera. Para la mayoría de las lesiones, beneficios de TD no se pagarán por más de 104 semanas dentro de cinco años después de la fecha de la lesión.
- **Beneficios por Incapacidad Permanente (PD):** Pagos si usted no se recupera completamente y si su lesión le causa una pérdida permanente de su función física o mental que un médico puede medir.
- **Beneficio Suplementario por Desplazamiento de Trabajo:** Un vale no-transferible si su lesión surge en o después del 1/1/04, y su lesión le ocasiona una incapacidad permanente, y su empleador no le ofrece a usted un trabajo regular, modificado, o alternativo.
- **Beneficios por Muerte:** Pagados a sus dependientes si usted muere a causa de una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo.

Designación de su Propio Médico Antes de una Lesión o Enfermedad (Designación previa). Es posible que usted pueda elegir al médico que le atenderá en una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. Si elegible, usted debe informarle al empleador, por escrito, el nombre y la dirección de su médico personal o grupo médico, *antes* de que usted se lesione. Usted debe ponerse de acuerdo con su médico para que atienda la lesión causada por el trabajo. Para instrucciones, vea la información escrita sobre la compensación de trabajadores que se le exige a su empleador darle a los empleados nuevos.

Si Usted se Lastima:

1. **Obtenga Atención Médica.** Si usted necesita atención de emergencia, llame al 911 para ayuda inmediata de un hospital, una ambulancia, el departamento de bomberos o departamento de policía. Si usted necesita primeros auxilios, comuníquese con su empleador.
2. **Reporte su Lesión.** Reporte la lesión inmediatamente a su supervisor(a) o a un representante del empleador. No se demore. Hay límites de tiempo. Si usted espera demasiado, es posible que usted pierda su derecho a beneficios. Su empleador está obligado a proporcionarle un formulario de reclamo dentro de un día laboral después de saber de su lesión. Dentro de un día después de que usted presente un formulario de reclamo, el empleador o administrador de reclamos debe autorizar todo tratamiento médico, hasta diez mil dólares, de acuerdo con las pautas de tratamiento aplicables a su presunta lesión, hasta que el reclamo sea aceptado o rechazado.
3. **Consulte al Médico que le está Atendiendo (PTP).** Este es el médico con la responsabilidad total de tratar su lesión o enfermedad.
 - Si usted designó previamente a su médico personal o grupo médico, usted puede consultar a su médico personal o grupo médico después de lesionarse.
 - Si su empleador está utilizando una Red de Proveedores Médicos (MPN) o una Organización de Cuidado Médico (HCO), en la mayoría de los casos usted será tratado dentro de la MPN o la HCO a menos que usted designó previamente un médico personal o grupo médico. Una MPN es un grupo de médicos y proveedores de atención médica que proporcionan tratamiento a trabajadores lesionados en el trabajo. Usted debe recibir información de su empleador si está cubierto por una HCO o una MPN. Hable con su empleador para más información.
 - Si su empleador no está utilizando una MPN o HCO, en la mayoría de los casos el administrador de reclamos puede escoger el médico que lo atiende primero, cuando usted se lesiona, a menos que usted designó previamente a un médico personal o grupo médico.
4. **Red de Proveedores Médicos (MPN):** Es posible que su empleador use una MPN, lo cual es un grupo de proveedores de asistencia médica designados para dar tratamiento a los trabajadores lesionados en el trabajo. **Si usted ha hecho una designación previa de un médico personal antes de lesionarse en el trabajo, entonces usted puede recibir tratamiento de su médico previamente designado.** Si usted está recibiendo tratamiento de parte de un médico que no pertenece a la MPN para una lesión existente, puede requerirse que usted se cambie a un médico dentro de la MPN. Para más información, vea la siguiente información de contacto de la MPN :

Página web de la MPN: N/A

Fecha de vigencia de la MPN: N/A Número de identificación de la MPN: N/A

Si usted necesita ayuda en localizar un médico de una MPN, llame a su asistente de acceso de la MPN al: N/A

Si usted tiene preguntas sobre la MPN o quiere presentar una queja en contra de la MPN, llame a la Persona de Contacto de la MPN al: N/A

Discriminación. Es ilegal que su empleador le castigue o despida por sufrir una lesión o enfermedad en el trabajo, por presentar un reclamo o por testificar en el caso de compensación de trabajadores de otra persona. De ser probado, usted puede recibir pagos por pérdida de sueldos, reposición del trabajo, aumento de beneficios y gastos hasta los límites establecidos por el estado.

¿Preguntas? Aprenda más sobre la compensación de trabajadores leyendo la información que se requiere que su empleador le dé cuando es contratado. Si usted tiene preguntas, vea a su empleador o al administrador de reclamos (que se encarga de los reclamos de compensación de trabajadores de su empleador):

Administrador de Reclamos Berkley Industrial Comp Teléfono 800-448-5621

Asegurador del Seguro de Compensación de trabajador Great Divide Insurance/Berkley Ind. (Anote "autoasegurado" si es apropiado)

Usted también puede obtener información gratuita de un Oficial de Información y Asistencia de la División Estatal de Compensación de Trabajadores. El Oficial de Información y Asistencia más cercano se localiza en: _____ o llamando al número gratuito (800) 736-7401. Usted puede obtener más información sobre la compensación del trabajador en el Internet en: www.dwc.ca.gov y acceder a una guía útil "Compensación del Trabajador de California Una Guía para Trabajadores Lesionados."

Los reclamos falsos y rechazos falsos del reclamo. Cualquier persona que haga o que ocasione que se haga una declaración o una representación material intencionalmente falsa o fraudulenta, con el fin de obtener o negar beneficios o pagos de compensación de trabajadores, es culpable de un delito grave y puede ser multado y encarcelado.

Es posible que su empleador no sea responsable por el pago de beneficios de compensación de trabajadores para ninguna lesión que proviene de su participación voluntaria en cualquier **actividad fuera del trabajo, recreativa, social, o atlética** que no sea parte de sus deberes laborales.

IN AN EMERGENCY...

- 1) Make sure first aid is given.
- 2) If emergency medical care is needed, call for help IMMEDIATELY (see emergency telephone numbers below) and get the best available treatment until emergency personnel arrive.
- 3) Go to a doctor, clinic, or hospital if necessary.
- 4) Report all injuries IMMEDIATELY to your supervisor and request a claim form if the injury is more than a simple first aid injury.

EMPLOYER REPRESENTATIVE: _____

TELEPHONE NUMBER: _____

There are time limits and you may lose your right to benefits if you wait too long to file your claim. 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 claimed injury and shall continue to be liable for up to \$10,000 in treatment until the claim is accepted or rejected.

5) Call your employer representative or claim administrator, Preferred Employers Insurance Company, toll free at (888) 472-9001, if you have questions. It is illegal for an employer to fire or discriminate against you just because you file, intend to file, or settle a workers' compensation claim, or because you testify for a co-worker who was injured on the job. If you prove this kind of discrimination, you will receive lost wages and increased benefits, plus costs and expenses up to a maximum set by the state. Free help and information is also available by contacting a Division of Workers' Compensation Information and Assistance Officer at: 1-800-736-7401 or the local office listed below.

You can also get additional written information about workers' compensation by going to the Division of Workers' Compensation (DWC) website at: www.dir.ca.gov/dwc.

DWC Information & Assistance Office:

Street Address City Telephone:

EMERGENCY TELEPHONE NUMBERS

Doctor: _____ **Police:** _____

Hospital: _____ **Fire:** _____

Ambulance: _____

CLAIMS ADMINISTERED BY:



GREAT DIVIDE INSURANCE COMPANY, SM

P. O. Box 85838, San Diego, CA 92186-5838

Telephone: (888) 472-9001

Approved by the administrative director of the DWC (12-27-12)

A MEDICAL PROVIDER NETWORK (MPN) IS: a group of doctors and other health care providers in California that are established to treat

Facts For New Hires

About

Workers' Compensation

For Injuries Occurring on or After January 1, 2013

WHO'S COVERED?

Almost every employee in California is protected by workers' compensation, but there are a few exceptions. People in business for themselves and unpaid volunteers may not be covered. Coverage is automatic and immediate. There is no qualifying period, no need to earn a certain amount in wages before you're covered. Protection begins the first minute you're on the job.

WHAT'S COVERED?

Any injury or illness is covered if it's due to your job, from first aid type injuries to serious accidents. Workers' compensation covers injuries 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; or mental injuries and illnesses, including psychiatric injuries resulting from a workplace crime. Some injuries from voluntary, off-duty recreational, social or athletic activities that are not part of your work related duties may not be covered. Check with your supervisor or call the claim administrator toll free at (888) 472-9001.

WHAT YOU HAVE TO DO?

Benefits can't start until the claims administrator knows of the injury, so immediately notify your supervisor or the employer representative listed on the back of this pamphlet so you can get medical help right away. If it's more than a simple first aid injury, your employer will give you a claim form so you can describe the injury; and how, when and where it happened. To file a claim, complete the "Employee" section of the claim form, keep one copy and return the rest to your employer. Your employer will then complete the "Employer" section and give you a signed and dated copy of the form. Keep one copy and send one copy to the claims administrator. The claim administrator will handle your claim and notify you about eligibility for benefits.

State law requires employers to authorize medical treatment within one working day of receiving a claim form. However, a delay in reporting may delay workers' compensation benefits. There are time limits and you may lose your right to benefits if you wait too long. You may not be able to get benefits if you don't file a claim within one year of the date of injury, the date you knew the injury was work related, or the date benefits were last provided. Report every injury to insure your right to benefits, no matter how slight, and request a claim form if injury is beyond a simple first aid injury.

WHAT ARE THE BENEFITS?

Workers' compensation payments are tax free. There are no deductions for state or federal taxes, Social Security, union or retirement fund contributions, etc. For some workers, payments will be close to their regular take-home pay.

There are five types of workers' compensation benefits available under California law:

workers injured on the job. Your employer's insurance carrier is using an approved MPN to provide quality medical care, consistent with treatment guidelines

1-Medical Care: All reasonable and necessary medical care to cure or relieve the effects of the injury or illness will be paid directly by the claims administrator with no deductibles, so you should never see a bill. Your employer's claims administrator will provide authorized, reasonable and necessary medical treatment, consistent with the applicable treating guidelines, which includes treatment by a doctor, hospital services, lab tests, x-rays, medicines and travel expenses for required medical treatment. There are limits on some medical services – for example the number of visits for chiropractic care, occupational therapy, and physical therapy are subject to caps set by state law. If your employer has a Medical Provider Network (MPN), special rules apply. A MPN is a network of physicians, including health care providers, who treat workers injured on the job. Each MPN must be approved by the California Division of Workers' Compensation. You can ask your employer about the MPN rules and how to access the MPN. You can also call the MPN contact number (866) 472-9602 noted on the notice posted at your worksite.

2-Temporary Disability: If your doctor states you are unable to work for more than three calendar days (includes weekends), you are entitled to temporary disability payments to help replace a portion of your lost wages. About two weeks after reporting the injury, you'll get a check... and every two weeks after that until the doctor says you can return to work. The three-day "waiting period" will be paid if you're hospitalized as an inpatient or unable to work more than 14 days. The amount of these checks will be two-thirds of your average wage with no deductions, but subject to minimums and maximums set by the state legislature. Under state law, for a single injury occurring on or after January 1, 2008, TD payments may not be issued for more than 104 compensable weeks within 5 years from the date of the first payment. There is a limit of 240 weeks of compensable TD within five years from the date of the first payment for a few long-term injuries such as severe burns or chronic lung disease. You may qualify for additional state disability benefits if TD is denied, delayed or terminated by filing timely with the Employment Development Department. You may reach EDD at 1-800-480-3287 or at www.edd.ca.gov for information on how to apply.

3-Permanent Disability: If your doctor says your injury or illness will always leave you somewhat limited in your ability to work and perform the functions of daily living that limitation may be considered a permanent disability. The amount paid to you depends on the rating formula which considers the type of injury or illness, the date of injury, and at the time of your injury, age, occupation and average weekly earnings. The minimum and maximum amounts are set by state law, and vary by injury date. In general, the total amount is set at a weekly rate spread over a fixed number of weeks. The first payment is due within 14 days after the last payment of temporary disability payment, or if you were not receiving temporary disability, 14 days after your doctor says your condition is permanent and stationary. After that, the benefit will be paid every 14 days until you reach the maximum or you settle your case and receive a lump sum. However, prior to an award of permanent disability, permanent disability payments are not due if your employer offers you a job that pays you at least 85 percent of the wages and compensation paid to you at the time of the injury, or if you are employed at a job that pays you at least 100 percent of the wage and compensation at the time of injury. If you are eligible for permanent disability payments, your claims administrator will send you a letter explaining how the benefit was calculated.

4-Death Benefits: If the injury or illness causes death, payments may be made to your surviving dependents who were financially dependent on you. These benefits are set by state law and the amount depends on the number of

developed by the administrative director of the Division of Workers' Compensation (DWC). All medical care for workers injured on the job whose employer has an

partial and total dependents. Generally, payments are made at the same rate as temporary disability benefits; however, no payments will be less than \$224 per week. Burial expenses are allowed up to \$10,000.

5-Supplemental Job Displacement: If your doctor sends a report to the claims administrator stating that your work injury has reached maximum medical improvement (recovered to the fullest extent possible) and you have a permanent disability, within 60 days of receipt of the report, your employer may send you a form with an offer of regular or modified or alternative work. If no such offer is made by your employer, the claims administrator has 20 days to offer you the supplemental job displacement benefit, voucher. The voucher, of up to \$6,000, is to be used for education-related retraining and/or skill enhancement at state-approved schools, books, tools and other resources to help you find a new occupation. There are deadlines and limits on how much can be spent on items. If you qualify, you will receive information on what is covered by the voucher and documentation you will need to provide.

MORE ABOUT MEDICAL CARE: Good medical care is important to you, your family and your employer. Quality medical treatment is the quickest way to recovery. If first aid is available at your workplace, seek immediate treatment. Tell your employer where, when, and how the injury happened. Ask for a claim form, if it's more than a first aid injury.

If emergency medical care is needed, call 911 for help immediately and get the best treatment available until emergency personnel arrive. Get medical care. Emergency phone numbers are listed on the back of this pamphlet. If additional medical care is necessary your claims administrator will arrange appropriate treatment. The doctor may be a specialist for your particular type of injury, familiar with workers' compensation requirements and will report promptly so your benefits can be paid.

To make sure your medical bills get paid and you get all of your benefits, complete the "Employee" section of the claim form and return it to your employer as soon as possible. Employers are required to notify the claims administrator and authorize medical treatment within one working day of receiving a claim form. The authorized treatment, consistent with the applicable treating guidelines, for the alleged injury shall continue until the date that liability for the claim is accepted or rejected and is limited to ten thousand dollars (\$10,000). Get a signed and dated copy of the claim form from your employer and keep with the paperwork related to your claim.

PRIMARY TREATING PHYSICIAN: The doctor with the overall responsibility for treating your injury or illness is your "primary treating physician" (PTP). The PTP decides what kind of medical care you need and when you can return to work. If necessary, the PTP will review your job description with you and your employer to define any limitations or restrictions that you may have when you go back to work. This doctor is also responsible for coordinating care between other medical providers, and if any permanent impairment exists, will write reports about the permanent disability or impairments and the need for future medical care. If your injury or illness is due to your work, your employer's claim administrator will provide authorized medical treatment with a Medical Provider Network (MPN) consistent with the applicable treating guidelines. 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. If you want to change doctors for any reason, ask your employer or claims administrator. For more information about MPN rules, call the MPN contact at (866) 472-9602. They're as interested as you are in your prompt recovery and return to work.

approved MPN must be handled and provided through the MPN. Some of the physicians primarily treat occupational injuries and some are specialists. Your

claims administrator should direct you to a MPN doctor for your first medical visit. Thereafter, you may switch to a different doctor within the network. A network doctor will generally be your PTP for the duration of the treatment. However if you want to switch to a chiropractor or acupuncturist, the physician must be in the MPN. State law allows a chiropractor to be a treating physician for up to 24 visits only. You will need to switch to another physician in the network that is not a chiropractor after the 24th visit. See the written information about MPN that your employer is required to give all employees or call the MPN contact below:

<p>Current MPN toll free # (866) 472-9602 Email Address: MPN@peivc.com Address: P. O. Box 85838, San Diego, CA 92186-5838 - MPN website: www.peivc.com MPN Effective date: Preferred Employers Insurance Company 5/1/08 (StarNet Insurance Company 1/10/13)</p>
--

If you want advice about specialists, or want to change doctors talk to your claims administrator. In any event, always report your choice as soon as possible to help ensure your bills will be paid for you.

You may be treated by your personal physician immediately after the work injury, but only if you predesignate or name your own physician before a work injury occurs.

YOU MAY PREDESIGNATE YOUR PERSONAL PHYSICIAN IF: You have health care coverage for non-work injuries and illnesses; the doctor has agreed in advance to treat you for any work injuries or illnesses; you gave your employer the doctor’s name and address in writing before the injury; the personal physician has treated you before and has your medical records. This is called “pre-designating a personal physician.” If the physician is a personal chiropractor or acupuncturist, different rules apply so check with your claims administrator. If you have not pre-designated, you are free to choose a physician from the MPN after the first medical visit directed by your employer.

A personal chiropractor or acupuncturist must be your regular licensed chiropractor (D.C.) or acupuncturist (L.Ac.) who has previously treated you and maintains your medical treatment records. Keep in mind that state laws allow chiropractors to be treating physicians for up to 24 visits only. A chiropractor cannot be your treating physician after you have received the maximum number of 24 chiropractic visits allowed by Section 4604.5. The term “chiropractic visit” means any chiropractic office visit, regardless of whether the services performed involve chiropractic manipulation or evaluation and management. If you still require medical treatment after receiving 24 chiropractic visits, you will have to select a new treating physician who is not a chiropractor.

OTHER BENEFITS: Workers’ compensation is sometimes confused with another state program, State Disability Insurance (SDI), but there are important differences. Workers’ compensation takes care of job injuries and illnesses, and is paid for by your employer. SDI covers off-the-job injuries or sickness and is paid for by deductions from your paycheck. For example, if you are not receiving workers’ compensation benefits because your benefits have been terminated, delayed or denied, you may be able to get State Disability benefits. There are time limitations that apply, so for forms and more SDI information, call the local office of the state Employment Development Department listed in the government pages of your phone book or visit www.edd.ca.gov/disability/.

You may also be eligible for benefits from Social Security, if your injury is serious and are not able to work for a year or more. For information call the nearest office of the Social Security Administration listed in the white pages of the phone book under “United States Government”, or go to the website at www.ssa.gov, or talk to your employer or claims adjuster.

You may qualify for additional money from the Return-to-Work Fund if the state determines that your workers’ compensation permanent disability benefit is too low compared to your loss of future earnings. The fund was approved by state lawmakers in 2012 and is administered by the Department of Industrial Relations. More information on eligibility and how to apply will be noted in state regulations. If you have questions or believe you may qualify, contact the local DWC Information and Assistance office listed in the back of this pamphlet, or visit the Division of Workers’ Compensation website at www.dwc.ca.gov.

WHAT IF THERE’S A PROBLEM? Fortunately most claims are handled routinely, after all, workers’ compensation benefits are automatic and the amounts are set by the Legislature. But, misunderstandings and errors do happen, so if you think you haven’t received all your benefits, start by calling your employer or workers’ compensation claims administrator. Many questions can be cleared up with a phone call. If you still have questions, contact the nearest office of the State Division of Workers’ Compensation. Information & Assistance Officers are employed by the state to protect your rights, review your claim, and let you know what steps you can take. For example, they can tell you about the procedures for resolving medical disputes and direct you on how to proceed. Information and Assistance Officers can also provide you with free services and free written materials about Workers’ Compensation. For the nearest office check the State Government Offices section of the phone book under “Industrial Relations Department,” or call 1-800-736-7401 for recorded information and the location of a local office, or visit the State Division of Workers’ Compensation website at: <http://www.dir.ca.gov/dwc>.

Some problems may need to be resolved by the Workers’ Compensation Appeals Board, the state agency and court of law responsible for handling disputes. You can represent yourself or you can hire an attorney, but you should be aware that attorneys are paid out of the permanent disability benefits awarded to the injured worker by the Appeals Board. Attorney fees generally are 12 to 15 percent of the award, and must be approved by a judge. For example, if you received a \$10,000 permanent disability award less 15 percent for attorney fees, your attorney would receive \$1,500 and you would get \$8,500. You also need to be aware that if you hire an attorney, other people involved in your case - including your claims administrator - may no longer be allowed to speak directly to you about your case. If you choose to stop having an attorney represent you, or you want to change lawyers, your original lawyer can still claim a portion of your benefits as attorney fees.

If it’s necessary to go to the Appeals Board to resolve your claim, be sure to do it within one year from the date of injury or one year from the date of your last medical treatment. Waiting longer could mean losing your right to benefits. You also have the right to challenge the decision if your claim or benefits are denied, but there are deadlines for filing the necessary papers at the Appeals Board, so don’t delay.

Keep in mind, it’s illegal for an employer to fire or discriminate against employees who file or intend to file or settle a workers’ compensation claim - or because they testify for a co-worker who was injured. A worker who proves this kind of discrimination will receive lost wages and increased benefits, plus costs and expenses up to a maximum set by state law.

(Optional Form)
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:

- you have health care insurance 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/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.

NOTICE OF PREDESIGNATION OF PERSONAL PHYSICIAN
Employee: Complete this section.

To: _____ (name of employer) If I have a work-related injury or illness, I choose to be treated by:

 (Name of doctor)(M.D., D.O., or medical group)

 (Street address, city, state, ZIP)

Telephone number: _____

Employee Name: _____
 (please print)

Employee’s Address: _____

Name of Insurance Company for nonoccupational injuries or illnesses:

Employee’s Signature: _____ Date: _____

Physician: I agree to this Predesignation:

Signature: _____ Date: _____

The physician is not required to sign this form, however, if the physician or designated employee of the physician or medical group does not sign, other documentation of the physician’s agreement to be pre-designated will be required pursuant to Title 8, California Code of Regulations, section 9780.1(a)(3).

Notice to Physician: Preauthorization of all non-emergency services is required and services are subject to California Official Fee Schedule, treatment guidelines, utilization review, and reporting requirements.

Notice to Employee: Unless you agree, neither the employer nor the claims administrator shall contact your personal physician to confirm a pre-designation [CCCR 9780.1(f)]. If your physician did not sign the above form, other documentation indicating doctor’s agreement to be pre-designated prior to the injury will be required. If you agree that after receiving this form your employer or claims administrator may contact your physician to confirm the pre-designation, please sign below:

Employee’s Signature: _____ Date: _____

(Optional Form)
NOTICE OF PERSONAL CHIROPRACTOR OR PERSONAL ACUPUNCTURIST

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. In order to be eligible to make this change, you must give your employer the name and business address of a personal chiropractor or acupuncturist in writing prior to the injury or illness. Your claims administrator generally has the right to select your treating physician within the first 30 days after your employer knows of your injury or illness. After your claims administrator has initiated your treatment with another

doctor during this period, you may then, upon request, have your treatment transferred to your personal chiropractor or acupuncturist. You may use this form to notify your employer of your personal chiropractor or acupuncturist.

Your Chiropractor or Acupuncturist’s Information:

 (name of chiropractor or acupuncturist) (D.C., L.Ac.)

 (street address, city, state, zip code)

Telephone number: _____

Employee Name: _____
 (please print)

Employee’s Address: _____

Employee’s Signature _____

Note to Employee: State laws allow chiropractors to be treating physicians for up to 24 visits only. A chiropractor cannot be your treating physician after you have received the maximum number of 24 chiropractic visits.

CLAIMS ADMINISTRERED BY:



P. O. Box 660847, Birmingham, AL 35266
Telephone: (800) 448-5621

WARNING: Workers’ compensation fraud is a felony. Anyone 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 payment is guilty of a felony and may be fined up to \$150,000 and/or sent to prison for up to 5 years. (Insurance Code Section 1871.4)

EN UNA EMERGENCIA...

- 1) Asegúrese de obtener primeros auxilios.
- 2) Si se necesita cuidado médico de emergencia, solicite auxilio INMEDIATAMENTE (vea números de emergencia que aparecen abajo) y obtenga el mejor tratamiento disponible hasta que llegue el personal de emergencia.
- 3) Vaya al médico, a la clínica o al hospital, si es necesario.
- 4) Reporte todas las lesiones de INMEDIATO a su supervisor y solicite un formulario de reclamo si la lesión requiere más que primeros auxilios simples.

REPRESENTANTE DEL EMPLEADOR: _____
NÚMERO DE TELÉFONO: _____

Hay límites de tiempo y usted puede perder su derecho a beneficios si usted espera demasiado tiempo para presentar su reclamo. Su empleador esta obligado a proporcionarle un formulario de reclamo dentro de un día laboral después de saber de su lesión. Dentro de un día laboral después de que usted presente un formulario de reclamo, el empleador autorizará todo tratamiento médico de acuerdo con las pautas de tratamiento aplicables a su presunta lesión y será responsable por diez mil dólares \$10,000 en tratamiento hasta que el reclamo sea aceptado o rechazado.

5) Si tiene preguntas, llame al representante del empleador o al administrador de reclamos, Preferred Employers Insurance Company, gratuitamente al 1-888-472-9001. Es ilegal que un empleador lo despidá o discrimine contra usted simplemente porque usted presenta, piensa presentar o llega a un acuerdo respecto de un reclamo de compensación al trabajador, o porque usted da su testimonio para un compañero de trabajo que se lastimó. Si usted prueba esta clase de discriminación, recibirá reembolso por su salario perdido y beneficios mayores, además de los costos y gastos hasta un máximo establecido por las leyes del estado. También se puede obtener ayuda e información gratuitas comunicándose con un oficial de información y ayuda de la División de Compensación al Trabajador (DWC) llamando al: 1-800-736-7401 ó en la oficina local que se indica abajo.

Usted también puede obtener información escrita adicional sobre compensación al trabajador en el sitio web DWC al: <http://www.dir.ca.gov/dwc> División de Compensación al Trabajador

Oficina de Información y asistencia de la DWC:

Dirección	Ciudad	Teléfono:
-----------	--------	-----------

NÚMEROS DE TELÉFONO EMERGENCIA:

Doctor: _____ **Policía:** _____
Hospital: _____ **Dept. de Bomberos:** _____
Ambulancia: _____

RECLAMOS ADMINISTRADO POR:



P. O. Box 85838, San Diego, CA 92186-5838
Teléfono: (888) 472-9001

Aprobado por el director administrativo de la DWC (12-27-12)

Hechos Para

Nuevos Empleados Acerca De Compensación Al Trabajador

Para Lesiones Que Ocurren en o Después de Enero 1, 2013

¿QUIÉN ESTÁ CUBIERTO?

Casi todos los empleados en California están protegidos por el sistema de compensación al trabajador. Hay algunas excepciones para personas con negocio propio, y los voluntarios sin paga. La cobertura es automática e inmediata y no existe período de calificación. La protección comienza desde el primer minuto que empieza a trabajar.

¿QUÉ ESTÁ CUBIERTO?

Toda lesión o enfermedad está cubierta si está relacionada con su trabajo. Se cubren desde las lesiones que requieren sólo primeros auxilios hasta los accidentes serios. La compensación al trabajador cubre lesiones como lastimadura de espalda por alguna caída, o por reiteración de actividad, como lastimarse la muñeca por la repetición constante de un movimiento, o por lesión o enfermedad mental; incluyendo lesiones psiquiátricas que son causadas por un crimen en el lugar de trabajo. Algunas lesiones causadas por actividades voluntarias, realizadas fuera de las horas de trabajo, recreativas, sociales o atléticas, que no son parte de sus deberes de trabajo, puede ser que no estén cubiertas. Si tiene alguna pregunta, hable con su supervisor o con el administrador de reclamos al número gratuito (888) 472-9001.

LO QUE USTED TIENE QUE HACER: Los beneficios no pueden comenzar hasta que el administrador de reclamos sepa de la lesión, así que notifique de inmediato a su supervisor o representante del empleador que aparece en la parte de atrás de este folleto para que usted pueda recibir ayuda médica de inmediato. Si es más que una lesión sencilla que requiere primeros auxilios, su empleador le dará un formulario de reclamo para que usted pueda describir la lesión y cómo, cuándo y dónde ocurrió. Para presentar un reclamo, complete la sección de “Empleado” que aparece en el formulario de reclamo, guarde una copia y devuelva el resto a su empleador. Su empleador completará la sección de “Empleador”, le dará a usted una copia firmada y fechada del formulario, guardará una copia y enviará una copia al administrador de reclamos, quien es responsable de manejar su reclamo y notificarle sobre su elegibilidad para recibir beneficios.

La ley estatal requiere que empleadores autoricen tratamiento médico dentro de un día laboral después de que usted presente un formulario de reclamo. Sin embargo, cualquier demora en la notificación de una lesión puede retrasar los beneficios de compensación al trabajador. Hay límites de tiempo y usted puede perder su derecho a beneficios si usted espera demasiado tiempo. Puede ser que pierda su derecho de recibir beneficios si usted no presenta un reclamo dentro de un año después de la fecha de la lesión, o la fecha que usted se dio cuenta que la lesión era relacionada con el trabajo, o de la fecha que usted recibió beneficios por última vez. Para proteger su derecho a recibir beneficios, reporte todas las lesiones, por más leves que sean, y si requiere más que simples primeros auxilios, solicite un formulario de reclamo.

¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS?

Los pagos de compensación al trabajador no se les descuentan impuestos estatales ni federales, seguro social, contribuciones al sindicato o al fondo de jubilación,

etcétera. Para algunos trabajadores, el cheque de compensación será una cantidad cercana a la del salario regular. Existen cinco tipos de beneficios de compensación al trabajador:

1- Cuidado Médico: Todo el cuidado médico razonable y necesario para curar o aliviar los efectos de la lesión o enfermedad será pagado directamente por el administrador de reclamos sin ningún deducible, así que usted nunca debe recibir una factura. El administrador de reclamos de su empleador le proporcionará tratamiento médico autorizado, razonable y necesario de acuerdo a las pautas de tratamiento aplicables que incluye: tratamiento de un médico, los servicios de hospital, análisis de laboratorio, rayos-x, medicamentos y gastos de viaje para recibir tratamiento médico necesario. Existen límites para algunos servicios médicos – por ejemplo, existen límites máximos establecidos por la ley del estado para la cantidad de visitas realizadas al quiropráctico, las sesiones de terapia ocupacional y sesiones de terapia física. Hay reglas diferentes que se aplican cuando su empleador o administrador de reclamos tiene una Red de Proveedores Médicos (MPN). Una MPN es una red de médicos que incluye proveedores de asistencia de salud médica, que tratan a los trabajadores lesionados en el trabajo. Cada MPN debe ser aprobada por la División de Compensación al Trabajador (DWC). Usted puede pedir información a su empleador sobre las reglas de la MPN y cómo tener acceso a la MPN. También puede llamar al contacto de la MPN al número de teléfono (866) 472-9602, que está señalado en el aviso publicado en su sitio de trabajo.

2- Incapacidad Temporal (TD): Si su doctor declara que usted no puede trabajar por más de tres días, incluyendo los fines de semana, usted tiene derecho a recibir pagos por incapacidad temporal (TD) para ayudar a reemplazar una porción de su salario perdido. Alrededor de dos semanas después de reportar la lesión, usted recibirá un cheque... y seguirá recibiendo cheques cada dos semanas después de eso hasta que su doctor diga que puede regresar a trabajar. El “período de espera” de tres días será pagado si usted es internado en un hospital o no puede trabajar por más de 14 días. La cantidad de estos cheques será de dos terceras partes de su salario promedio sin deducciones, pero estará sujeta a las cantidades mínimas y máximas establecidas por las leyes del estado. Bajo la ley del estado, para una lesión individual que ocurre el, o después del, 1 de enero de 2008, los pagos de (TD) no pueden extenderse por más de 104 semanas dentro de cinco años después de la fecha del primer pago. Hay un límite de 240 semanas de pagos de (TD) dentro de un periodo de cinco años después de la fecha del primer pago para algunas lesiones de largo plazo, como quemaduras severas o enfermedad pulmonar crónica. Si el administrador de reclamos niega, demora o termina los beneficios por incapacidad temporal, puede ser que usted califique para recibir beneficios de incapacidad estatales, si presenta a tiempo un reclamo con el Departamento de Desarrollo de Empleo (EDD). Puede comunicarse con el EDD al 1-800-480-3287 o en el sitio web www.edd.ca.gov para obtener información sobre cómo solicitar.

3- Incapacidad Permanente (PD): Si su doctor dice que usted siempre estará algo limitado en su capacidad de trabajar y realizar las funciones de la vida diaria, debido a su lesión o enfermedad, puede ser considerada una incapacidad permanente (PD). La cantidad depende de una fórmula que considera el tipo de la lesión o enfermedad, la fecha de la lesión, y en el momento de su lesión o enfermedad, su edad, ocupación y el promedio de sus ingresos semanales. Las cantidades mínimas y máximas son sujetas a la tasa establecida por ley estatal, y varían por la fecha de la lesión. En general, la cantidad total se calcula según un salario semanal dividido por un número fijo de semanas. El primer pago se realiza dentro de los 14 días siguientes al pago final de incapacidad temporal, o si usted no estaba recibiendo pago por incapacidad temporal, 14 días después de que su médico dice que su condición es permanente y estacionaria. Después de eso, el beneficio se

pagará cada 14 días hasta alcanzar el máximo o llegue a un acuerdo sobre su caso y reciba una cantidad global. Sin embargo, antes de un premio de indemnización por una incapacidad permanente, los pagos por incapacidad permanente no se deben si su empleador le ofrece un trabajo que le paga al menos el 85 por ciento de su salario y compensación pagadas a usted en el momento de la lesión, o si usted está empleado en un empleo que le paga por lo menos 100 por ciento del salario y la compensación en el momento de la lesión. Si usted es elegible para pagos de incapacidad permanentes, su administrador de reclamos le enviará una carta que explica como el beneficio fue calculado.

4-Beneficios por Muerte: Si la lesión o enfermedad le causa la muerte, los pagos se pueden hacer a sus dependientes sobrevivientes que dependían económicamente de usted. Estos beneficios son establecidos por las leyes del estado y la cantidad depende del número de personas dependientes parciales y totales. En general, los pagos se hacen a la misma tasa que los beneficios por incapacidad temporal; sin embargo, ningún pago será menos de \$224 por semana. Gastos de entierro se permiten hasta \$10,000.

5- Beneficio Suplementario Por Desplazamiento de Trabajo: Si su médico le envía un informe al administrador de reclamos que indica que su lesión de trabajo ha alcanzado un mejoramiento medico máximo (recuperación de mayor medida posible) y tiene una incapacidad permanente, en los 60 días siguientes a partir de recibir el informe, su empleador puede enviarle un formulario con una oferta de trabajo regular o modificado o alternativo. Si su empleador no le hace dicha oferta, el administrador de reclamos tiene 20 días para ofrecerle el beneficio suplementario por desplazamiento de trabajo. El beneficio tiene un valor de hasta \$6,000 en un vale que debe ser usado para reentrenamiento educativo y/o adquisición de nuevas capacidades laborales en escuelas acreditada por el estado, libros, herramientas y otros recursos para ayudarle a encontrar un nuevo empleo. Hay plazos y límites en cuanto puede gastar en artículos. Si usted califica, recibirá información sobre lo que está cubierto por el vale y la documentación que se debe presentar.

MÁS INFORMACIÓN SOBRE EL CUIDADO MÉDICO: El buen cuidado médico es importante – para usted, su familia y su empleador. El tratamiento médico de calidad es la vía más veloz hacia la recuperación. Si hay primeros auxilios disponibles en su lugar de trabajo, busque tratamiento inmediato. Reporte a su empleador dónde, cuándo y cómo ocurrió el accidente. Si es más que una lesión que puede ser tratada con primeros auxilios, pídale a su empleador un formulario de reclamo.

Si se necesita cuidado de emergencia, llame al 911 y solicite auxilio de inmediato y obtenga el mejor tratamiento posible hasta que llegue el personal de emergencia. Obtenga tratamiento médico. Los números de emergencia están anotados en la parte de atrás de este folleto. Si usted necesita cuidado médico adicional, su administrador de reclamos hará los arreglos necesarios para que usted reciba tratamiento apropiado. El médico puede ser un especialista para tratar su tipo de lesión particular, y que conoce los requisitos de compensación al trabajador e informará con prontitud para que sus beneficios puedan ser pagados.

Para garantizar que sus facturas médicas sean pagadas y reciba todos sus beneficios, complete la sección de “Empleado” del formulario de reclamo y devuélvaselo a su empleador lo antes posible. Los empleadores deben notificar al administrador de reclamos y autorizar el tratamiento médico un día laborable después de recibir el formulario de reclamo. El tratamiento autorizado será de acuerdo a las pautas de tratamiento aplicables y continuará hasta la fecha que la responsabilidad por el reclamo se acepte o rechace y se limita a un máximo de diez mil dólares (\$10,000). Obtenga

una copia del formulario de reclamo firmado y fechado por su empleador y guárdela con todos los documentos relacionados a su reclamo.

MÉDICO QUE LE ESTÁ ATENDIENDO (PTP): El médico con responsabilidad completa por el tratamiento de su lesión o enfermedad es su “médico primario de tratamiento” (PTP). Si es necesario, revisará la descripción de su trabajo con usted y su empleador para definir las limitaciones o restricciones que usted pueda tener cuando regrese a trabajar. Este médico es también responsable de coordinar el cuidado entre los demás proveedores de servicios médicos, y si alguna incapacidad permanente existe, escribirá informes sobre cualquier incapacidad permanente o discapacidad, y la necesidad de recibir cuidado médico en el futuro. Si su lesión o enfermedad son debido a su trabajo, el administrador de reclamos de su empleador proveerá el tratamiento médico autorizado con un proveedor médico de una Red de Proveedores Médicos (MPN), de acuerdo a las pautas de tratamiento aplicables. Si usted quiere cambiar de doctores por alguna razón, hable con su empleador o administrador de reclamos. Para más información sobre la reglas de MPN, llame al contacto de la MPN al número de teléfono (866) 472-9602. Ellos como usted están interesados en su recuperación y su regreso a trabajar.

LA RED DE PROVEEDOR MÉDICA ES: un grupo de doctores y otros proveedores de asistencia médica en California que fueron establecidos para dar tratamiento médico a los trabajadores lesionados en el trabajo. La compañía administradora de reclamos de su empleador usa MPN aprobada para proveer cuidado médico de calidad de acuerdo con las pautas de utilización desarrollada por el director administrativo de la División de Compensación al Trabajador (DWC). Todos los cuidados médicos para los trabajadores lesionados en el trabajo cuyo empleador tiene una MPN aprobada, deben ser manejados y proporcionado a través de la MPN. Algunos de los médicos tratan principalmente lesiones ocupacionales y otros son especialistas. El administrador de reclamos debe dirigir su primera visita médica con un médico de la MPN. Después de eso, usted puede cambiar a otro médico dentro de la red. Un médico de la red será generalmente su PTP para la duración del tratamiento. Sin embargo, si usted desea seleccionar a un quiropráctico o acupunturista, el médico debe estar en la MPN. La ley estatal permite que un quiropráctico sea su PTP pero por un máximo de 24 visitas solamente. Después de las 24 visitas al quiropráctico, usted tendrá que cambiar a otro médico de la red que no es un quiropráctico. Consulte la información escrita sobre MPN que su empleador está obligado a dar a todos los empleados o llame al contacto de la MPN abajo:

MPN Actual número gratuito (866) 472-9602 Email: MPN@pejwc.com MPN sito web: www.pejwc.com
Domicilio: P. O. Box 85838, San Diego, CA 92186-5838 MPN Fecha de Vigencia: Preferred Employers Insurance 5/1/08 (1/10/13 StarNet Insurance Company)

Si usted quiere consejo sobre médicos especialistas, o quiere cambiar de doctores hable con su administrador de reclamos. Pase lo que pase, siempre reporte su opción tan pronto lo decida. Esto ayudará a asegurar que sus facturas sean pagadas por la aseguradora.

USTED PUEDE HACER UNA DESIGNACIÓN PREVIA DE UN MÉDICO PERSONAL SI ANTES DE UNA LESIÓN: Usted podrá ser tratado inmediatamente por su médico personal si usted tiene cobertura médica para lesiones y enfermedades no laborales; el médico aceptó por anticipado tratarlo a usted por cualquier lesión o enfermedad causada por el trabajo; le dio a su empleador el nombre y la dirección del médico por escrito antes de la fecha en que ocurrió la lesión o enfermedad; el médico personal deberá ser alguien que lo ha tratado en el pasado y que posee sus antecedentes médicos. Esto se le llama “designación previa de un médico personal.” Si el médico que designa como médico personal es un quiropráctico o acupunturista, se aplican reglas diferentes, así que consulte con el administrador de reclamos. Si usted no ha “designado” a un médico por anticipado, usted es libre de elegir a un proveedor médico del MPN

después de la primera visita médica dirigida por su empleador. Un quiropráctico o acupunturista personal debe ser su quiropráctico regula con licencia (D.C) o acupunturista (L.A.c) que lo ha tratado en el pasado y que posee sus antecedentes médicos. Tenga presente que las leyes estatales permiten que los quiroprácticos pueden ser médicos tratantes pero por un máximo de 24 visitas solamente. Un quiropráctico no puede ser su médico tratante después de que usted haya recibido el número máximo de 24 visitas quiroprácticas, por la Sección 4604.5. El término “visita quiropráctica” significa cualquier visita al consultorio quiropráctico, sin importar el tipo de servicios realizado, implica la manipulación quiropráctica o la evaluación y servicio. Si aún necesita tratamiento médico después de recibir 24 visitas quiroprácticas, usted tendrá que elegir a un nuevo medio tratante que no sea un quiropráctico.

OTROS BENEFICIOS: A veces la compensación al trabajador se confunde con otro programa del estado, el Seguro de Incapacidad del Estado (SDI), pero existen diferencias importantes. La compensación al trabajador se encarga de las lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo y es pagada por su empleador. SDI cubre lesiones y enfermedades que ocurren fuera del trabajo y es pagado mediante deducciones de su cheque de pago. Por ejemplo, si usted no recibe beneficios de compensación al trabajador porque sus beneficios se hayan terminado, retrasado o negado, es posible que pueda obtener beneficios del Seguro de Incapacidad del Estado (SDI). Hay límites de tiempo que se aplican, de modo que, para adquirir los formularios y solicitar más información, llame a la oficina local del Departamento de Desarrollo del Empleo que aparece en las páginas del gobierno de su guía telefónica o visite el sitio web www.edd.ca.gov/disability/.

Si la lesión es muy seria – una lesión que impedirá que usted trabaje por un año o más – es posible que usted pueda tener derecho de recibir beneficios adicionales del Seguro Social. Para recibir más información, llame a la oficina más cercana de la Administración del Seguro Social [Social Security Administration] que aparece en las páginas blancas del guía telefónico bajo la sección “Gobierno de los Estados Unidos” [United States Government] o visite el sitio web www.ssa.gov, o hable con su empleador o administrador de reclamos.

Si el estado determina que los beneficios de compensación al trabajador de incapacidad permanente son muy bajos en comparación con la pérdida de ganancias futura, usted puede calificar para recibir dinero adicional de un fondo llamado “Return To work Fund.” El fondo fue aprobado por los legisladores del estado en 2012 y es administrado por el Departamento de Relaciones Industriales. Más información sobre la elegibilidad y como solicitar será anotada en las regulaciones estables. Si usted tiene preguntas o cree que puede calificar, póngase en contacto con la oficina local de Información y Asistencia de la DWC que aparece en la parte de atrás de este folleto, o visite el sitio web www.dwc.ca.gov.

¿QUÉ PASA SI HAY UN PROBLEMA?

Por suerte, la mayoría de los reclamos son manejados de forma rutinaria. Después de todo, los beneficios de compensación al trabajador son automáticos y las cantidades están establecidas por las leyes. Pero a veces se cometen errores y hay malos entendidos. Si usted cree que no ha recibido todos sus beneficios, llame a su empleador, o administrador de reclamos. Muchas preguntas pueden ser aclaradas con una llamada telefónica. Si todavía tiene preguntas, comuníquese con la oficina más cercana de la División Estatal de Compensación al Trabajador. Oficiales de información y asistencia son contratados por el estado para proteger sus derechos, revisar su reclamo y hacerle saber qué medidas usted puede tomar. Por ejemplo, ellos pueden indicarle los procedimientos para resolver disputas médicas e indicarle qué hacer. Los oficiales de información y asistencia también pueden proveerle materiales escritos gratuitos sobre la Compensación al Trabajador. Para la oficina más cercana, fíjese en la sección de oficinas del gobierno del guía telefónico bajo Departamento de Relaciones Industriales [Industrial Relations Department] o llame al 1-800-736-7401 para obtener información grabada y la dirección de una oficina local, o visite el sitio web de Compensación al Trabajador a: <http://www.dir.ca.gov/dwc>.

Puede ser que algunos problemas tengan que ser resueltos por la Junta de Apelaciones de Compensación al Trabajador, la agencia del estado responsable de manejar las disputas. Usted puede representarse a sí mismo o contratar a un

abogado, pero debe tener en cuenta que a los abogados se les paga usando parte de los beneficios por incapacidad permanente otorgados por la Junta de Apelaciones. En general, las tarifas de los abogados son el 12 al 15 por ciento de su beneficio otorgado, y deben ser autorizadas por un juez. Por ejemplo, si usted recibe un otorgamiento de \$10,000 por incapacidad permanente menos el 15 por ciento por tarifas de abogado, su abogado recibiría \$1,500 y usted recibiría \$8,500. También debe tener en cuenta que si contrata a un abogado, es posible que otras personas involucradas en su caso – incluyendo a su administrador de reclamos – ya no puedan hablar directamente con usted sobre su caso. Si usted elige dejar de ser representado por un abogado, o desea cambiar de abogado, su abogado original podrá reclamar una porción de su beneficio como tarifa de abogado.

Si es necesario ir a la Junta de Apelaciones a resolver su reclamo, asegúrese de hacerlo dentro del año siguiente a la fecha de la lesión o del año siguiente a la fecha de su último tratamiento médico. Si usted espera más tiempo, tal vez pierda su derecho a recibir beneficios. También tiene derecho a apelar la decisión si su reclamo o beneficios son rechazados, pero existen fechas de vencimiento para presentar los documentos necesarios ante la Junta de Apelaciones, así que no demore.

Tenga en cuenta que es ilegal que el empleador despida o discrimine contra los empleados sólo porque presentan, piensan presentar o llegan a un acuerdo sobre su reclamo de compensación al trabajador – o porque dan su testimonio para un compañero de trabajo que se lastimó. El trabajador que prueba este tipo de discriminación recibirá pago por pérdida de salario y beneficios mayores, además de los costos y gastos hasta cantidades máximas establecidas por las leyes del estado.

(Forma Opcional) NOTICIA DE QUIROPRACTICO O ACUPUNTOR PERSONAL
Si su empleador o el asegurador de su empleador no tiene una red de proveedores médicos establecida (MPN), puede cambiar su médico tratante a su quiropráctico o acupuntor personal después de una lesión o enfermedad de trabajo. Para ser elegible a hacer este cambio, usted debe antes de la lesión o enfermedad darle por escrito a su empleador el nombre y la dirección de negocio de un quiropráctico o acupuntor personal. Su administrador de reclamos en general, tiene el derecho de elegir su médico tratante dentro de los primeros 30 días después de que su empleador sabe de su lesión o enfermedad. Después de que su administrador de reclamos haya iniciado su tratamiento con otro médico durante este tiempo, usted puede, bajo petición, transferir su tratamiento a su quiropráctico o acupuntor personal.
Puede usar este formulario para notificarle a su empleador sobre su quiropráctico o acupuntor personal.
Información sobre su Quiropráctico o Acupuntor:

(nombre del quiropráctico o acupuntor) (D.C., LAc.)

(dirección, ciudad, estado, código postal)

(número de teléfono)
Nombre del Empleado: _____
(en letras de molde, por favor):
Domicilio del Empleado: _____

Firma del Empleado _____ Fecha: _____
Aviso para el Empleado: Las leyes estatales permiten que un quiropráctico sea un médico tratante por un máximo de 24 visitas solamente. Un quiropráctico no puede ser su médico tratante después de que usted haya recibido el número máximo de 24 visitas al quiropráctico.

¡EL FRAUDE AL SISTEMA DE COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR ES UN DELITO MAYOR!
Cualquier persona que a sabiendas presente una declaración falsa o fraudulenta con el fin de obtener o negar beneficios o pagos de compensación al trabajador es culpable de un delito mayor y podría recibir una multa de hasta \$150,000 y/o ser enviada a prisión por un periodo de hasta 5 años. (Codigo de Seguros, sección 1871.4)

(Forma Opcional) DESIGNACIÓN PREVIA DE MÉDICO PERSONAL
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 osteopatía (D.O.) o grupo médico si:
• tiene cobertura de seguro médico para lesiones y enfermedades que no están relacionadas con el trabajo;
• el doctor es su médico personal, 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 personal” 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 acepta 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 proporcione tratamiento médico para una lesión o enfermedad de trabajo y (2) el nombre y dirección de negocio de su médico particular.
Puede usar este formulario para notificarle a su empleador que desea que su médico personal o médico de osteopatía le proporcione tratamiento médico para una lesión o enfermedad de trabajo y que los requisitos mencionados arriba han sido cumplidos.
NOTICIA DE DESIGNACIÓN PREVIA DE MÉDICO PERSONAL Empleado: complete esta sección.
A: _____ (nombre del empleador) Si sufro una lesión o enfermedad de trabajo, yo elijo recibir tratamiento médico de:

(nombre del médico) (M.D., D.O., o grupo médico)

(dirección, ciudad, estado, código postal)

(número de teléfono)
Nombre del Empleado: _____
(en letras de molde, por favor):
Domicilio del Empleado: _____
Firma del Empleado _____ Fecha: _____
Médico: Estoy de acuerdo con esta Designación Previa:
Firma: _____ Fecha: _____
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).

Aviso para el Médico: Se requiere autorización previa de todos los servicios que no son de emergencia. Además, los servicios están sujetos a la lista oficial de California de cargos, y de las pautas de tratamiento, a revisión de utilización y a los requisitos de presentación de informes médicos.

Notice to Physician: Preauthorization of all non-emergency services is required and services are subject to California Official Fee Schedule, treatment guidelines, utilization review, and reporting requirements.

Aviso al Empleado: A menos que usted esté de acuerdo, ni el empleador ni el administrador de reclamos podrán ponerse en contacto con su médico personal para confirmar una designación previa [CCCC 9780.1(f)]. Si su médico no ha firmado arriba, otra documentación será necesaria que indique el acuerdo del médico de ser designado antes de la lesión. Si usted está de acuerdo que después de recibir este formulario, su empleador o administrador de reclamos puede comunicarse con su médico para confirmar la designación previa, por favor firme a continuación:

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____

Cal/OSHA Form 300 (Rev. 7/2007) Appendix A Log of Work-Related Injuries and Illnesses

Attention: This form contains information relating to employee health and must be used in a manner that protects the confidentiality of employees to the extent possible while the information is being used for occupational safety and health purposes. See CCR Title 8 14300.29(b)(6)-(10)



Year 20__

Department of Industrial Relations
Division of Occupational Safety and Health

You must record information about every work-related death and about every work-related injury or illness that involves loss of consciousness, restricted work activity or job transfer, days away from work, or medical treatment beyond first aid. You must also record significant work-related injuries and illnesses that are diagnosed by a physician or licensed health care professional. You must also record work-related injuries and illnesses that meet any of the specific recording criteria listed in CCR Title 8 Section 14300.8 through 14300.12. Feel free to use two lines for a single case if you need to. You must complete an Injury and Illness Incident Report (Cal/OSHA Form 301) or equivalent form for each injury or illness recorded on this form. If you're not sure whether a case is recordable, call your local Cal/OSHA office for help.

Establishment name _____

City _____ State _____

Identify the person Describe the case Classify the case

(A) Case no.	(B) Employee's name	(C) Job title (e.g., Welder)	(D) Date of injury or onset of illness (e.g. month/day)	(E) Where the event occurred (e.g., Loading dock north end)	(F) Describe injury or illness, parts of body affected, and object/substance that directly injured or made person ill (e.g., Second degree burns on right forearm from acetylene torch)	Using these four categories, check ONLY the most serious result for each case:				Enter the number of days the injured or ill worker was:		Check the "Injury" column or choose one type of illness:					
						Death (G)	Days away from work (H)	Remained at work		Away from work (K)	On job transfer or restriction (L)	Injury (1)	Skin disorder (2)	Respiratory condition (3)	Poisoning (4)	Hearing loss (5)	All other illnesses (6)
								Job transfer or restriction (I)	Other recordable cases (J)								
_____	_____	_____	month/day	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ days	___ days	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	month/day	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ days	___ days	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	month/day	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ days	___ days	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	month/day	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ days	___ days	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	month/day	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ days	___ days	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	month/day	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ days	___ days	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	month/day	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ days	___ days	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	month/day	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ days	___ days	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	month/day	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ days	___ days	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	month/day	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ days	___ days	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	month/day	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ days	___ days	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	month/day	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ days	___ days	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	month/day	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ days	___ days	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	month/day	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ days	___ days	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	month/day	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ days	___ days	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	month/day	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ days	___ days	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	month/day	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ days	___ days	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	month/day	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ days	___ days	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	month/day	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ days	___ days	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Page totals ➔ _____
Be sure to transfer these totals to the Summary page (Form 300A) before you post it.

Injury (1)
Skin disorder (2)
Respiratory condition (3)
Poisoning (4)
Hearing loss (5)
All other illnesses (6)

Annual Summary of Work-Related Injuries and Illnesses

All establishments covered by CCR Title 8 Section 14300 must complete this Annual Summary, even if no work-related injuries or illnesses occurred during the year. Remember to review the Log to verify that the entries are complete and accurate before completing this summary.

Using the Log, count the individual entries you made for each category. Then write the totals below, making sure you've added the entries from every page of the Log. If you had no cases, write "0."

Employees, former employees, and their representatives have the right to review the Cal/OSHA Form 300 in its entirety. They also have limited access to the Cal/OSHA Form 301 or its equivalent. See CCR Title 8 Section 14300.35, in Cal/OSHA's recordkeeping rule, for further details on the access provisions for these forms.

Number of Cases

Total number of deaths	Total number of cases with days away from work	Total number of cases with job transfer or restriction	Total number of other recordable cases
_____	_____	_____	_____
(G)	(H)	(I)	(J)

Number of Days

Total number of days away from work	Total number of days of job transfer or restriction
_____	_____
(K)	(L)

Injury and Illness Types

Total number of . . .			
(M)			
(1) Injuries	_____	(4) Poisonings	_____
(2) Skin disorders	_____	(5) Hearing loss	_____
(3) Respiratory conditions	_____	(6) All other Illnesses	_____

Establishment information

Your establishment name _____

Street _____

City _____ State _____ ZIP _____

Industry description (e.g., *Manufacture of motor truck trailers*)

Standard Industrial Classification (SIC), if known (e.g., *SIC 3715*)

Employment information (If you don't have these figures, use the optional Worksheet to estimate.)

Annual average number of employees _____

Total hours worked by all employees last year _____

Sign here

Knowingly falsifying this document may result in a fine.

I certify that I have examined this document and that to the best of my knowledge the entries are true, accurate, and complete.

Company executive	_____	Title	_____
800-448-5621		(e.g. month/day)	_____
Phone		Date	_____

Post this Annual Summary from February 1 to April 30 of the year following the year covered by the form.



CALL 911 FOR EMERGENCY

5 Steps to Follow When a Work Injury Occurs

1. Call 855.425.5800 to report **ALL** work injuries to Great Divide Insurance Company (serviced by American Mining Insurance Company).

- Our staff will complete the “**Employers’ Report of Occupational Injury or Illness**” (Form 5020) and a copy will be mailed to you for your records.
- We will provide a claim number.

2. Provide a “**Workers’ Compensation Claim Form**” (DWC-1) and the “**Initial Written Employee Notification**” to the injured worker within one working day of receiving notice of a work-related injury or illness.

3. If this is a fatality or serious injury/illness, you must report the incident to the nearest Cal/OSHA office **within 8 hours**.

- Examples of serious injuries are amputation, disfigurement, or in-patient hospitalization in excess of 24 hours for other than observation.
- Failure to report serious injuries/illnesses as described will result in a \$5,000 fine.**
- For the nearest Cal/OSHA office, call (510) 286-7000 or go to www.dir.ca.gov/DOSH/DistrictOffices.htm.

4. Record the injury or illness on the **Cal/OSHA Log (Form 300)**. Employers exempt from recording injury and illnesses on Form 300 include:

- Employers who had less than 10 “total” employees during the year. For example, if you have 10 employees on the payroll, but you also had 2 employees leave that were replaced, then your business had 12 total employees during the year.
- Establishments classified in the retail, service, finance, insurance or real estate industries. For a complete list of exempt industries go to http://www.dir.ca.gov/t8/14300_2.html.

5. Start planning for your employee’s return to regular or modified work by working closely with your claim representative.



CALL 911 FOR EMERGENCY SITUATIONS

5 Steps to Follow When a Work Injury Occurs

1. Call 855.425.5800 to report **ALL** work injuries to Great Divide Insurance Company (serviced by American Mining Insurance Company).



Our staff will complete the “**Employers’ Report of Occupational Injury or Illness**” (Form 5020) and a copy will be mailed to you for your records.

We will provide a claim number.

2. Provide a “**Workers’ Compensation Claim Form**” (DWC-1) and the “**Initial Written Employee Notification**” to the injured worker within one working day of receiving notice of a work-related injury or illness.

3. If this is a fatality or serious injury/illness, you must report the incident to the nearest Cal/OSHA office **within 8 hours**.

Examples of serious injuries are amputation, disfigurement, or in-patient hospitalization in excess of 24 hours for other than observation.

Failure to report serious injuries/illnesses as described will result in a \$5,000 fine.

For the nearest Cal/OSHA office, call (510) 286-7000 or go to www.dir.ca.gov/DOSH/DistrictOffices.htm.

4. Record the injury or illness on the **Cal/OSHA Log (Form 300)**. Employers exempt from recording injury and illnesses on Form 300 include:

Employers who had less than 10 “total” employees during the year. For example, if you have 10 employees on the payroll, but you also had 2 employees leave that were replaced, then your business had 12 total employees during the year.

Establishments classified in the retail, service, finance, insurance or real estate industries. For a complete list of exempt industries go to http://www.dir.ca.gov/t8/14300_2.html.

5. Start planning for your employee’s return to regular or modified work by working closely with your claim representative.



Safety and Health Services

Dear Policyholder,

An important element of our partnership is providing professional safety and health services, **at no additional expense to you**. We are confident we will be an asset to your business.

We will work with you to:

1. **Identify** hazards that can contribute to employee injuries.
2. **Conduct** surveys to evaluate the use of hazardous materials.
3. **Assist** with the development of your Injury and Illness Prevention Program to meet Senate Bill 198 requirements.
4. **Provide** educational materials and training programs to help your employees understand their safety responsibilities.
5. **Review** injury records to identify causes of employee injuries.

We will send additional safety bulletins and materials to you during the policy period.

To talk to a safety and health consultant, call our claim office at 855.855.9716 for a referral to a Loss Control Specialist.

You may send comments about our Safety and Health consultation services by writing to: State of California, Director of Industrial Relations, Division of Occupational Safety and Health, P.O. Box 420603, San Francisco, CA94142.



GREAT DIVIDE INSURANCE COMPANYSM

Safety and Health Services

Dear Policyholder,

An important element of our partnership is providing professional safety and health services, **at no additional expense to you**. We are confident we will be an asset to your business.

We will work with you to:

1. **Identify** hazards that can contribute to employee injuries.
2. **Conduct** surveys to evaluate the use of hazardous materials.
3. **Assist** with the development of your Injury and Illness Prevention Program to meet Senate Bill 198 requirements.
4. **Provide** educational materials and training programs to help your employees understand their safety responsibilities.
5. **Review** injury records to identify causes of employee injuries.

We will send additional safety bulletins and materials to you during the policy period.

To talk to a safety and health consultant, call our claim office at 855.855.9716 for a referral to a Loss Control Specialist.

You may send comments about our Safety and Health consultation services by writing to: State of California, Director of Industrial Relations, Division of Occupational Safety and Health, P.O. Box 420603, San Francisco, CA94142.

State of California EMPLOYER'S REPORT OF OCCUPATIONAL INJURY OR ILLNESS		Please complete in triplicate (type if possible) Mail two copies to:		OSHA CASE NO.		
				FATALITY <input type="checkbox"/>		
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.		California law requires employers to report within five days of knowledge every occupational injury or illness which results in lost time beyond the date of the incident OR requires medical treatment beyond first aid. If an employee subsequently dies as a result of a previously reported injury or illness, the employer must file within five days of knowledge an amended report indicating death. In addition, every serious injury, illness, or death must be reported immediately by telephone or telegraph to the nearest office of the California Division of Occupational Safety and Health.				
EMPLOYER	1. FIRM NAME		1a. Policy Number		Please do not use this column CASE NUMBER OWNERSHIP	
	2. MAILING ADDRESS: (Number, Street, City, Zip)		2a. Phone Number			
	3. LOCATION if different from Mailing Address (Number, Street, City and Zip)		3a. Location Code			
	4. NATURE OF BUSINESS; e.g.. Painting contractor, wholesale grocer, sawmill, hotel, etc.		5. State unemployment insurance acct.no			
6. TYPE OF EMPLOYER:		Private State County City School District <input type="checkbox"/> Other Gov't, Specify: _____		INDUSTRY		
7. DATE OF INJURY / ONSET OF ILLNESS (mm/dd/yy)		8. TIME INJURY/ILLNESS OCCURRED _____ AM _____ PM		9. TIME EMPLOYEE BEGAN WORK _____ AM <input type="checkbox"/> _____ PM <input type="checkbox"/>		
10. IF EMPLOYEE DIED, DATE OF DEATH (mm/dd/yy)		11. UNABLE TO WORK FOR AT LEAST ONE FULL DAY AFTER DATE OF INJURY? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		12. DATE LAST WORKED (mm/dd/yy)		
13. DATE RETURNED TO WORK (mm/dd/yy)		14. IF STILL OFF WORK, CHECK THIS BOX:		15. PAID FULL DAYS WAGES FOR DATE OF INJURY OR LAST DAY WORKED? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
16. SALARY BEING CONTINUED? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		17. DATE OF EMPLOYER'S KNOWLEDGE /NOTICE OF INJURY/ILLNESS (mm/dd/yy)		18. DATE EMPLOYEE WAS PROVIDED CLAIM FORM FORM (mm/dd/yy)		
19. SPECIFIC INJURY/ILLNESS AND PART OF BODY AFFECTED, MEDICAL DIAGNOSIS if available, e.g.. Second degree burns on right arm, tendonitis on left elbow, lead poisoning		AGE				
INJURY	20. LOCATION WHERE EVENT OR EXPOSURE OCCURRED (Number, Street, City, Zip)		20a. COUNTY		21. ON EMPLOYER'S PREMISES? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
	22. DEPARTMENT WHERE EVENT OR EXPOSURE OCCURRED, e.g.. Shipping department, machine shop.		23. Other Workers injured or ill in this event? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		DAILY HOURS	
	24. EQUIPMENT, MATERIALS AND CHEMICALS THE EMPLOYEE WAS USING WHEN EVENT OR EXPOSURE OCCURRED, e.g.. Acetylene, welding torch, farm tractor, scaffold		DAYS PER WEEK			
	25. SPECIFIC ACTIVITY THE EMPLOYEE WAS PERFORMING WHEN EVENT OR EXPOSURE OCCURRED, e.g.. Welding seams of metal forms, loading boxes onto truck.		WEEKLY HOURS			
OR	26. HOW INJURY/ILLNESS OCCURRED. DESCRIBE SEQUENCE OF EVENTS. SPECIFY OBJECT OR EXPOSURE WHICH DIRECTLY PRODUCED THE INJURY/ILLNESS, e.g.. Worker stepped back to inspect work and slipped on scrap material. As he fell, he brushed against fresh weld, and burned right hand. USE SEPARATE SHEET IF NECESSARY		WEEKLY WAGE			
	27. Name and address of physician (number, street, city, zip)		27a. Phone Number		COUNTY	
	28. Hospitalized as an inpatient overnight? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If yes then, name and address of hospital (number, street, city, zip)		28a. Phone Number		NATURE OF INJURY	
	29. Employee treated in emergency room? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		PART OF BODY			
30. EMPLOYEE NAME		31. SOCIAL SECURITY NUMBER		32. DATE OF BIRTH (mm/dd/yy)		
33. HOME ADDRESS (Number, Street, City, Zip)		33a. PHONE NUMBER				
34. SEX <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		35. OCCUPATION (Regular job title, NO initials, abbreviations or numbers)		36. DATE OF HIRE (mm/dd/yy)		
37. EMPLOYEE USUALLY WORKS _____ hours per day, _____ days per week, _____ total weekly hours		37a. EMPLOYMENT STATUS regular, full-time <input type="checkbox"/> part-time <input type="checkbox"/> temporary <input type="checkbox"/> seasonal <input type="checkbox"/>		37b. UNDER WHAT CLASS CODE OF YOUR POLICY WHERE WAGES ASSIGNED		
38. GROSS WAGES/SALARY \$ _____ per _____		39. OTHER PAYMENTS NOT REPORTED AS WAGES/SALARY (e.g. tips, meals, overtime, bonuses, etc.)? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		EXTENT OF INJURY		
Completed By (type or print)		Signature & Title		Date (mm/dd/yy)		
* Confidential information may be disclosed only to the employee, former employee, or their personal representative (CCR Title 8 14300.35), to others for the purpose of processing a workers' compensation or other insurance claim; and under certain circumstances to a public health or law enforcement agency or to a consultant hired by the employer (CCR Title 8 14300.30). CCR Title 8 14300.40 requires provision upon request to certain state and federal workplace safety agencies.						

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

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



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

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

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

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

Within one working day after you file a claim form, your employer shall authorize the provision of all treatment, consistent with the applicable treating guidelines, for the alleged injury and shall continue to be liable for up to \$10,000 in treatment until the claim is accepted or rejected.

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

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

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

Si Ud. se lesiona o se enferma, ya sea físicamente o mentalmente, debido a su trabajo, incluyendo lesiones que resulten de un crimen en el lugar de trabajo, es posible que Ud. tenga derecho a beneficios de compensación de trabajadores. Se adjunta el formulario para presentar un reclamo de compensación de trabajadores con su empleador. **Ud. debe leer toda la información a continuación.** Guarde esta hoja y todos los demás documentos para sus archivos. Es posible que usted reúna los requisitos para todos los beneficios, o parte de éstos, que se enumeran, dependiendo de la índole de su reclamo. Si se requiere, el administrador de reclamos, quien es responsable por el manejo de su reclamo, le notificará sobre su elegibilidad para beneficios.

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

Atención Médica: Su administrador de reclamos pagará toda la atención médica razonable y necesaria, para su lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. Es posible que los beneficios médicos incluyan el tratamiento por parte de un médico, los servicios de hospital, la terapia física, los análisis de laboratorio y las medicinas. Su administrador de reclamos pagará directamente los costos, de manera que usted nunca verá un cobro. Hay un límite para ciertos servicios médicos.

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

Dentro de un día después de que Ud. presente un formulario de reclamo, su empleador autorizará todo tratamiento médico de acuerdo con las pautas de tratamiento aplicables a la presunta lesión y será responsable por \$10,000 en tratamiento hasta que el reclamo sea aceptado o rechazado.

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

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

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

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



be temporary or may be extended depending on the nature of your injury or illness.

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

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

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

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

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

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

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

por incapacidad temporal son dos tercios de su pago semanal promedio, con cantidades mínimas y máximas establecidas por las leyes estatales. Los pagos no se hacen durante los primeros tres días en que Ud. no trabaje, a menos que Ud. sea hospitalizado una noche o no pueda trabajar durante más de 14 días.

Regreso al Trabajo: Para ayudarle a regresar a trabajar lo antes posible, Ud. debe comunicarse de manera activa con el médico que le atiende, el administrador de reclamos y el empleador, con respecto a las clases de trabajo que Ud. puede hacer mientras se recupera. Es posible que ellos coordinen esfuerzos para regresarle a un trabajo modificado, o a otro trabajo, que sea apropiado desde el punto de vista médico. Este trabajo modificado u otro trabajo podría ser temporal o podría extenderse dependiendo de la índole de su lesión o enfermedad.

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

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

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

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

Ud. tiene derecho a no estar de acuerdo con las decisiones que afecten su reclamo. Si Ud. tiene un desacuerdo, primero comuníquese con su administrador de reclamos para ver si usted puede resolverlo. Si usted no está recibiendo beneficios, es posible que Ud. pueda obtener beneficios del Seguro Estatal de Incapacidad (SDI). Llame al Departamento Estatal del Desarrollo del Empleo (EDD) al (800) 480-3287.

Ud. puede obtener información gratis, de un oficial de información y asistencia, de la División Estatal de Compensación de Trabajadores (*Division of Workers' Compensation - DWC*) o puede escuchar información grabada, así como una lista de oficinas locales llamando al (800) 736-7401. Ud. también puede consultar con la página Web de la DWC en www.dwc.ca.gov.

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



WORKERS' COMPENSATION CLAIM FORM (DWC 1)

PETITION DEL EMPLEADO PARA DE COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR (DWC 1)

Employee: Complete the "Employee" section and give the form to your employer. Keep a copy and mark it "Employee's Temporary Receipt" until you receive the signed and dated copy from your employer. You may call the Division of Workers' Compensation and hear recorded information at (800) 736-7401. An explanation of workers' compensation benefits is included as the cover sheet of this form.

You should also have received a pamphlet from your employer describing workers' compensation benefits and the procedures to obtain them.

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.

Empleado: Complete la sección "Empleado" y entregue la forma a su empleador. Quédese con la copia designada "Recibo Temporal del Empleado" hasta que Ud. reciba la copia firmada y fechada de su empleador. Ud. puede llamar a la División de Compensación al Trabajador al (800) 736-7401 para oír información gravada. En la hoja cubierta de esta forma esta la explicación de los beneficios de compensación al trabajador.

Ud. también debería haber recibido de su empleador un folleto describiendo los beneficios de compensación al trabajador lesionado y los procedimientos para obtenerlos.

Toda aquella persona que a propósito haga o cause que se produzca cualquier declaración o representación material falsa o fraudulenta con el fin de obtener o negar beneficios o pagos de compensación a trabajadores lesionados es culpable de un crimen mayor "felonia".

Employee—complete this section and see note above Empleado—complete esta sección y note la notación arriba.

1. Name. *Nombre.* _____ Today's Date. *Fecha de Hoy.* _____
2. Home Address. *Dirección Residencial.* _____
3. City. *Ciudad.* _____ State. *Estado.* _____ Zip. *Código Postal.* _____
4. Date of Injury. *Fecha de la lesión (accidente).* _____ Time of Injury. *Hora en que ocurrió.* _____ a.m. _____ p.m.
5. Address and description of where injury happened. *Dirección/lugar dónde ocurrió el accidente.* _____
6. Describe injury and part of body affected. *Describe la lesión y parte del cuerpo afectada.* _____
7. Social Security Number. *Número de Seguro Social del Empleado.* _____
8. Signature of employee. *Firma del empleado.* _____

Employer—complete this section and see note below. Empleador—complete esta sección y note la notación abajo.

9. Name of employer. *Nombre del empleador.* _____
10. Address. *Dirección.* _____
11. Date employer first knew of injury. *Fecha en que el empleador supo por primera vez de la lesión o accidente.* _____
12. Date claim form was provided to employee. *Fecha en que se le entregó al empleado la petición.* _____
13. Date employer received claim form. *Fecha en que el empleado devolvió la petición al empleador.* _____
14. Name and address of insurance carrier or adjusting agency. *Nombre y dirección de la compañía de seguros o agencia administradora de seguros.* _____
15. Insurance Policy Number. *El número de la póliza de Seguro.* _____
16. Signature of employer representative. *Firma del representante del empleador.* _____
17. Title. *Título.* _____ 18. Telephone. *Teléfono.* _____

Employer: You are required to date this form and provide copies to your insurer or claims administrator and to the employee, dependent or representative who filed the claim within **one working day** of receipt of the form from the employee.

SIGNING THIS FORM IS NOT AN ADMISSION OF LIABILITY

Employer copy/Copia del Empleador Employee copy/ Copia del Empleado

Empleador: Se requiere que Ud. feche esta forma y que provéa copias a su compañía de seguros, administrador de reclamos, o dependiente/representante de reclamos y al empleado que hayan presentado esta petición dentro del plazo de **un día hábil** desde el momento de haber sido recibida la forma del empleado.

EL FIRMAR ESTA FORMA NO SIGNIFICA ADMISION DE RESPONSABILIDAD

Claims Administrator/Administrador de Reclamos Temporary Receipt/Recibo del Empleado

EMPLOYER

CLAIM NUMBER			CALIFORNIA WAGE STATEMENT										
EMPLOYEE			California state law mandates that an employer shall provide proof of earnings for all injured workers when the injury results in temporary disability and the employee earns less than \$735 per week. Please complete the weekly wage history below covering the employee's GROSS wages for the 12 months preceding the work injury and mail to:										
DATE OF INJURY													
COMPLETED BY													
TITLE			DATE OF HIRE: _____ LAST DAY WORKED: _____										
WAS EMPLOYEE PAID FULL WAGES ON THE DATE OF INJURY? Yes No			EMPLOYMENT: FULL TIME ____ PART-TIME ____ TEMPORARY / SEASONAL / PERMANENT										
			REGULAR WORK DAYS: M T W TH F S SUN TIME START: TIME END:										
Dates Inclusive Of Each Period Paid			Regular Wages	Overtime	Bonus	Gross Wages	Dates Inclusive Of Each Period Paid			Regular Wages	Overtime	Bonus	Gross Wages
FROM	TO	YEAR					FROM	TO	YEAR				
1							27						
2							28						
3							29						
4							30						
5							31						
6							32						
7							33						
8							34						
9							35						
10							36						
11							37						
12							38						
13							39						
14							40						
15							41						
16							42						
17							43						
18							44						
19							45						
20							46						
21							47						
22							48						
23							49						
24							50						
25							51						
26							52						

TOTAL ->

GROSS TOTAL ->

LODGING, MEALS, TIPS, ETC. _____

COMMENTS: _____