

OHIO WORK INJURY REPORTING PROCEDURES

This Claim Packet is provided for your use in reporting employee work related injuries. Copy the enclosed forms as needed.

Employer's First Notice of Injury (Form 2)

This form must be completed at the time of the injury and/or immediately upon the employer's knowledge of the injury. The original form should be immediately mailed, faxed or e-mailed to us. As an alternative, Employer's First Notices of Injury may be submitted to us online at: www.berkindcomp.com. Online Reporting Instructions are enclosed. Maintain a copy of the Employer's First Notice of Injury for your records. Keep a separate file for each workers' compensation claim.

Supervisor's Report

The supervisor should fill out this form as soon as the accident is reported. The original should be submitted with the Employer's First Notice of Injury. If the Employer's First Notice of Injury is reported online, then please mail, fax or e-mail the Supervisor's Report to us. Maintain a copy for your records. If you utilize another version of a supervisor's report, it may be substituted for the enclosed report.

Wage Statement

Wage statements must be completed on claims involving lost time from work. The employee's gross wages for the 52 weeks prior to the date of injury are required. If the employee has not been employed for 52 weeks, then report the available wages. In addition to regular pay, computation of wages may include overtime, tips, and the reasonable value of food, housing and other benefits furnished by the employer without charge to the employee. If there are weeks with no wages, please explain the reason by coding as follows:

V= Vacation I= Illness L= Lay off P= Personal leave O= Other

Please contact our claims department with questions.

Do not delay reporting the Employer's First Notice of Injury for completion of the wage statement.

Work Status

You must immediately notify Berkley Industrial Comp if an employee begins to lose time from work. You must immediately notify us of the date the employee is scheduled to return to any type work (full duty, modified duty, light duty).



This form can be completed and submitted online at
www.bwc.ohio.gov

Report your injury by completing all three sections of this form

- 1** Complete as much of all three sections of this form as possible to reduce the time necessary in determining the claim. If this form is completed by the injured worker at the first visit to a medical provider, the injured worker may give the FROI to the provider to complete the treatment information section. The provider can then submit the FROI to the MCO.
- 2** Deliver, mail or fax the completed document to your employer or your employer's managed care organization (MCO).
- 3** If you do not know your employer's MCO, contact BWC at **1-800-644-6292** and follow the prompts, or use the MCO on BWC's Web site at **www.bwc.ohio.gov**.
- 4** If you are unable to determine your MCO, mail or fax this form to the BWC customer service office closest to your home. For information on your local customer service office, please visit **www.bwc.ohio.gov**, or call **1-800-644-6292**.

Injured workers employed by a self-insuring employer

- Complete this form and give to your employer.
- Your employer should be able to tell you if he or she is a self-insuring employer.
- If your employer is self-insuring and you file this information with BWC, processing delays may occur.

For assistance in completing this form, call your BWC customer service office Monday through Friday, 8 a.m. – 5 p.m.

Cambridge

61501 Southgate Road
Cambridge, OH 43725-9114
Phone: 740-435-4200
Fax: 866-281-9351

Dayton

3401 Park Center Drive, Suite 100
Dayton, OH 45414-2577
Phone: 937-264-5000
Fax: 866-281-9356

Mansfield

240 Tappan Drive, N., Suite A
Ontario, OH 44906-1366
Phone: 419-747-4090
Fax: 866-336-8350

Canton

339 E. Maple St., Suite 200
North Canton, OH 44720-2593
Phone: 330-438-0638
Toll free: 800-713-0991
Fax: 866-281-9352

Garfield Heights

4800 E. 131 St., Suite A
Garfield Heights, OH 44105-7132
Phone: 216-584-0100
Toll free: 800-224-6446
Fax: 866-457-0590

Portsmouth

1005 Fourth St.
Portsmouth, OH 45662-4315
Phone: 740-353-2187
Fax: 866-336-8353

Cleveland

615 Superior Ave. W.
Cleveland, OH 44113-1889
Phone: 216-787-3050
Toll free: 800-821-7075
Fax: 866-336-8345

Cincinnati–Governor's Hill

8650 Governor's Hill Drive
Cincinnati, OH 45249-1369
Phone: 513-583-4400
Fax: 866-281-9357

Toledo

P.O. Box 794
1 Government Center, Suite 1136
Toledo, OH 43697-0794
Phone: 419-245-2700
Fax: 866-457-0594

Columbus

30 W. Spring St.
Columbus, OH 43215-2256
Phone: 614-728-5416
Fax: 866-336-8352

Lima

2025 E. Fourth St.
Lima, OH 45804-4101
Phone: 419-227-3127
Toll free: 888-419-3127
Fax: 866-336-8346

Youngstown

242 Federal Plaza, W., Suite 200
Youngstown, OH 44503-1206
Phone: 330-797-5500
Toll free: 800-551-6446
Fax: 866-457-0596

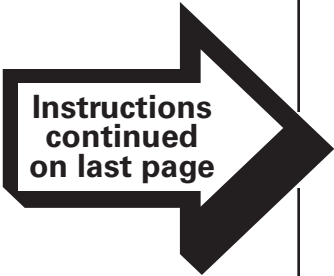
Completion instructions (continued)

Last name, first name, middle initial		Social Security number		Marital status <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Widowed		Date of birth		
Home mailing address ①				Sex <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		Number of dependents		
City		State		9-digit ZIP code		Country if different from USA		
Wage rate \$ _____ Per: ③ <input type="checkbox"/> Hour <input type="checkbox"/> Month <input type="checkbox"/> Week <input type="checkbox"/> Year <input type="checkbox"/> Other		What days of the week do you usually work? ④ <input type="checkbox"/> Sun <input type="checkbox"/> Mon <input type="checkbox"/> Tues <input type="checkbox"/> Wed <input type="checkbox"/> Thur <input type="checkbox"/> Fri <input type="checkbox"/> Sat				Regular work hours: From _____ To _____ ④		
Have you been offered or do you expect to receive payment or wages for this claim from anyone other than the Ohio Bureau of Workers' Compensation? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If yes, please explain. ⑤						Occupation or job title ⑥		
Employer name ⑦								
Mailing address (number and street, city or town, state, ZIP code and county)								
Location, if different from mailing address								
Was place of accident or exposure on employer's premises? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If no, give accident location, street address, city, state and ZIP code.								
Date of injury/disease ⑧		Time of injury <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.		If fatal, give date of death		Time employee began work <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.	Date last worked ⑨	Date returned to work ⑩
Date hired		State where hired ⑪		Date employer notified ⑫		State where supervised ⑬		
Description of accident (Describe the sequence of events that directly injured the employee, or caused the disease or death) ⑭						Type of injury/disease and part(s) of body affected (for example: sprain of lower left back, etc.) ⑮		
<p>Benefit application release of information – I am applying for a claim under the Ohio Bureau of Workers' Compensation Act for work-related injuries that I did not inflict. I affirm that I elect to receive compensation and benefits under Ohio's workers' compensation laws for my claim, and I waive and release my right to file for and receive compensation and benefits under the laws of any other state for this claim. I request payment for compensation and/or medical benefits as allowable, and authorize direct payment to my medical providers. I permit and authorize any provider who attends, treats or examines me, the Ohio State Board of Pharmacy, the Ohio Department of Job and Family Services and the Ohio Rehabilitation Services Commission to release medical, psychological, psychiatric, pharmaceutical, vocational and social information. I understand this may include personally identifying information that is casually or historically related to my physical or mental injuries relevant to issues necessary for the administration of my claim to BWC, the Industrial Commission of Ohio, the employer in this claim, the employer's managed care organization and any authorized representatives. My previous or future BWC claims may affect decisions made in this claim. Proper administration of the present claim may require BWC to share claims information with the employers of record (or their authorized representatives) and/or my authorized representative for any and all such previous or future claims. The released claims information may include any record maintained in my claim files.</p>								
Injured worker signature ⑮		Date		E-mail address		Telephone number ()	Work number ()	

Injured worker and injury/disease/death info.

- ① Home address: Enter the home address where the injured worker lives. Include the apartment number, if applicable.
 - If the post office does not deliver mail to the home address, list the mailing address instead of the home address.
- ② Department name: Enter the injured worker's department or area name where he/she normally reports for work.
- ③ Wage rate: Enter the injured worker's rate of pay, and then select how often it is received. (If the pay rate being reported is not hourly, report the gross amount.)
 - If eight or more days of work will be missed, BWC needs wage information for the 52 weeks prior to the date of injury. Submit wage information using employer payroll reports, wage statement (BWC form C-94-A), W-2s, etc.
- ④ What days of the week do you usually work? What are your regular work hours: Enter the days and hours the injured worker normally works.
 - If the days worked vary from week to week, list the number of hours worked in an average week.
- ⑤ Wages: If you received wages during disability, please explain.
- ⑥ Occupation or job title: Enter the injured worker's type of occupation or actual job title at the time of injury, occupational disease or death.
- ⑦ Employer name: Enter the name of the injured worker's employer at the time of the injury, occupational disease or death.
- ⑧ Date of injury/disease: Enter the date injured worker was injured. OR
If the injured worker contracted an occupational disease, determine which of the following happened most recently:
 - The occupational disease was diagnosed by a medical provider;
 - The first medical treatment;
 - The injured worker first quit work, due to the occupational disease.

Enter this as the date of occupational disease.
- ⑨ Date last worked: Enter the last day worked as a result of this injury, occupational disease or death.
- ⑩ Date returned to work: Enter the date the injured worker returned to work after the injury or occupational disease.
- ⑪ State where hired: Enter the state where the injured worker was hired by the employer listed on this application.
- ⑫ Date employer notified: Enter the date the employer was notified of the injury, occupational disease or death.
- ⑬ State where supervised: Enter the state where the injured worker was supervised by the employer listed on this application.
- ⑭ Description of accident: Describe in detail the events that caused the injury, occupational disease or death. Attach additional sheets, if necessary.
- ⑮ Type of injury/disease and part of body affected: Describe the nature of the injury, occupational disease or death.
Indicate the part(s) of body injured, affected or that caused the death.
Examples:
 - Laceration of first toe, left foot;
 - Sprain of lower right back; etc.
- ⑯ Injured worker signature (injured workers only): Please read the Benefit application/medical release information before signing and dating this form.





First Report of an Injury, Occupational Disease or Death

By signing this form, I:

- Elect to only receive compensation and/or benefits that are provided for in this claim under Ohio workers' compensation laws;
Waive and release my right to receive compensation and benefits under the workers' compensation laws of another state for the injury or occupational disease, or death resulting from an injury or occupational disease, for which I am filing this claim;
Agree that I have not and will not file a claim in another state for the injury or occupational disease or death resulting from an injury or occupational disease for which I am filing this claim;
Confirm that I have not received compensation and/or benefits under the workers' compensation laws of another state for this claim, and that I will notify BWC immediately upon receiving any compensation or benefits from any source for this claim.

WARNING:

Any person who obtains compensation from BWC or self-insuring employers by knowingly misrepresenting or concealing facts, making false statements or accepting compensation to which he or she is not entitled, is subject to felony criminal prosecution for fraud.

(R.C. 2913.48)

Form section for injured worker and injury/disease/death info. Includes fields for personal details, employment information, accident description, and signature.

Form section for treatment info. Includes fields for health-care provider details, diagnosis, and incident-related questions.

Form section for employer info. Includes fields for employer policy details, certification/rejection options, and signature.

Completion instructions

(continued)

Treatment info.	Health-care provider name	Telephone number ()	Fax number ()	Initial treatment date
	Street address	City	State	9-digit ZIP code
	Diagnosis(es): Include ICD code(s) 1			
	Will the incident cause the injured worker to miss eight or more days of work? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 2			
	E code 3		Is the injury causally related to the industrial incident? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Health-care provider signature 5		11-digit BWC provider number 4	Date	

Treatment info.

- 1** Indicate the diagnosis and ICD codes for conditions being treated as a result of the injury.
- 2** Indicate the treating provider's medical opinion that the injury sustained is causally related to the industrial incident, that the injury could result from the method (manner) of the accident, as described by the injured worker. It must be clear that the diagnosis in all probability occurred as a result of the injury.
- 3** Providing a valid E code will enable us to determine the claim more quickly and efficiently.
- 4** Enter the physician's or health-care provider's 11-digit BWC-assigned provider number.
- 5** Signature of the health-care provider completing this form.

Employer info.	1 Employer policy number		Check if	<input type="checkbox"/> Employer is self-insuring	
	Telephone number ()	Fax number ()		<input type="checkbox"/> Injured worker is owner/partner/member of firm	
	E-mail address	Federal ID number	Manual number 2		
	Was employee treated in an emergency room? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Was employee hospitalized as an inpatient? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
	If treatment was given away from work site, provide the facility name, street address, city, state and ZIP code				
	<input type="checkbox"/> 3 Certification - The employer certifies that the facts in this application are correct and valid.		<input type="checkbox"/> 4 Rejection - The employer rejects the validity of this claim for the reason(s) listed below:		For self-insuring employers only
Employer: signature and title		Date		<input type="checkbox"/> 5 Clarification - The employer clarifies and allows the claim for the condition(s) below: 6	

Employer info.

- 1** Enter the employer's BWC-assigned policy number, which is located on the BWC certificate of coverage.
- 2** Enter the four-digit code that indicates the injured worker's job classification, located on the semiannual payroll report.
 - If you do not know the injured worker's manual number, call **1-800-644-6292** and follow the prompts.
- 3** If certification is selected and the claim is allowed, it will promptly be paid. Employers certifying a claim waive both the notice of receipt and notice of first order of compensation.
- 4** If rejection is selected, use the space provided to list the reasons for rejection. Attach additional sheets, if necessary.
- 5** Self-insuring employers that choose to clarify certification may use the space provided. Attach additional sheet, if necessary.
- 6** If this is an OSHA-reportable injury, include the case number assigned by the employer. This form meets OSHA 301 requirements and may be used in lieu of the OSHA 301 when reporting recordable injuries and illnesses to the federal government.

Note:
If your employee misses eight or more days of work, BWC will need wage information for the 52 weeks prior to the date of injury. Submit wage information using employer payroll reports, wage statement (BWC form C-94-A), W-2s, etc.



Informe su lesión completando las tres secciones de este formulario

- 1 Complete tanto como sea posible de las tres secciones de este formulario para minimizar el tiempo que necesita para determinar el tipo de reclamo. Si la persona que completa este formulario es el empleado lesionado durante la primera visita a un proveedor de servicios médicos, el empleado lesionado debe proporcionarle a dicho proveedor el Informe inicial de lesión (*First Report of Injury* o *FROI*) para completar la sección sobre la información del tratamiento. Luego, el proveedor podrá presentar el FROI a la organización de atención administrada (*managed care organization* o *MCO*).
- 2 Envíele a su empleador o al empleador de la organización de atención administrada (MCO) el documento completo a través de correo postal o fax.
- 3 Si desconoce la MCO de su empleador, comuníquese con la Agencia de Indemnización de los Trabajadores (Bureau of Workers' Compensation o BWC) al **1-800-OHIOBWC** y siga las indicaciones, o use la MCO del sitio web de la BWC, **www.ohiobwc.com**.
- 4 Si no es capaz de determinar su MCO, envíe este formulario por correo o fax a la oficina de servicio al cliente de BWC más cercana a su hogar.. Para obtener información sobre la una oficina de servicio al cliente local, visite **www.ohiobwc.com**, o llame al **1-800-OHIOBWC**.

Empleados lesionados que trabajan para un empleador con autoseguro

- Complete este formulario y entrégueselo a su empleador.
- Su empleador debe poder informarle si es un empleador con autoseguro.
- Si su empleador cuenta con autoseguro y usted presenta esta información ante la BWC, se pueden producir retrasos en el procesamiento.

En caso de necesitar ayuda para completar este formulario, llame a la oficina de servicio al cliente de la BWC de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Cambridge

61501 Southgate Road
Cambridge, OH 43725-9114
Teléfono: 740-435-4200
Fax: 866-281-9351

Dayton

3401 Park Center Drive, Suite 100
Dayton, OH 45414-2577
Teléfono: 937-264-5000
Fax: 866-281-9356

Mansfield

240 Tappan Drive, N., Suite A
Ontario, OH 44906-1366
Teléfono: 419-747-4090
Fax: 866-336-8350

Canton

339 E. Maple St., Suite 200
North Canton, OH 44720-2593
Teléfono: 330-438-0638
Número gratuito: 800-713-0991
Fax: 866-281-9352

Garfield Heights

4800 E. 131 St., Suite A
Garfield Heights, OH 44105-7132
Teléfono: 216-584-0100
Número gratuito: 800-224-6446
Fax: 866-457-0590

Portsmouth

1005 Fourth St.
Portsmouth, OH 45662-4315
Teléfono: 740-353-2187
Fax: 866-336-8353

Cleveland

615 Superior Ave. W.
Cleveland, OH 44113-1889
Teléfono: 216-787-3050
Número gratuito: 800-821-7075
Fax: 866-336-8345

Governor's Hill

8650 Governor's Hill Drive
Cincinnati, OH 45249-1369
Teléfono: 513-583-4400
Fax: 866-281-9357

Toledo

P.O. Box 794
1 Government Center, Suite 1136
Toledo, OH 43697-0794
Teléfono: 419-245-2700
Fax: 866-457-0594

Columbus

30 W. Spring St.
Columbus, OH 43215-2256
Teléfono: 614-728-5416
Fax: 866-336-8352

Lima

2025 E. Fourth St.
Lima, OH 45804-4101
Teléfono: 419-227-3127
Número gratuito: 888-419-3127
Fax: 866-336-8346

Youngstown

242 Federal Plaza, W., Suite 200
Youngstown, OH 44503-1206
Teléfono: 330-797-5500
Número gratuito: 800-551-6446
Fax: 866-457-0596

Instrucciones para completar

(continuación)

Información sobre el empleado y la lesión/la enfermedad/el fallecimiento

Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre			N.º de seguro social		Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo		Fecha de nacimiento	
Dirección postal residencial 1				Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Número de dependientes		
Ciudad		Estado	Cód. postal de 9 dígitos		País, si es diferente a EE. UU.		Nombre del departamento 2	
Tasa salarial \$ _____ Por: 3		<input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Semana		¿Qué días de la semana trabaja por lo general? <input type="checkbox"/> Dom <input type="checkbox"/> Lun <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Mié <input type="checkbox"/> Jue <input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Sáb		Horario de trabajo habitual De ____ a ____ 4	
¿Le han ofrecido o espera recibir el pago o el salario por este reclamo de cualquier fuente que no sea la Agencia de Indemnización de los Trabajadores de Ohio? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO. En caso afirmativo, explíquelo. 5					Ocupación o nombre del trabajo 6			
Nombre del empleador 7								
Dirección postal (número y calle de la ciudad o pueblo, estado, código postal y condado)								
Ubicación, si es diferente a la dirección postal								
¿El lugar en que ocurrió el accidente o la exposición fue en las instalaciones del empleador? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO En caso negativo, proporcione el lugar del accidente, la dirección, la ciudad, el estado y el código postal.								
Fecha de la lesión/la enfermedad 8		Hora de la lesión <input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.		En caso de un accidente fatal, proporcione la fecha de fallecimiento		Hora en que el empleado comenzó a trabajar <input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.		Última fecha en que trabajó 9
Fecha de reincorporación al trabajo 10		Fecha en que se reincorporó al trabajo		Estado en que se lo supervisó 13				
Fecha de contratación				Estado en que se lo contrató 11		Fecha en que se notificó al empleador 12		Estado en que se lo supervisó 13
Descripción del accidente (Describa la secuencia de sucesos que directamente provocaron la lesión o la enfermedad o el fallecimiento del empleado) 14					Tipo de lesión/enfermedad y parte(s) del cuerpo afectada(s) (por ej., esguince en la parte baja izquierda de la espalda, etc.) 15			
<p>Divulgación de la información sobre la solicitud de los beneficios – Presento un reclamo de conformidad con la Ley ante la Agencia de Indemnización de los Trabajadores de Ohio (<i>Ohio Bureau of Workers' Compensation Act</i>) por lesiones relacionadas con el trabajo que yo no me autoinfligí. Afirmo que elijo recibir la indemnización y los beneficios de conformidad con la Ley de indemnización de los Trabajadores de Ohio respecto de mi reclamo y renuncio a mi derecho a solicitar y recibir la indemnización y los beneficios de acuerdo con las leyes de cualquier otro estado para este reclamo. Solicito el pago de la indemnización y/o los beneficios médicos según sea aceptable y autorizo que se efectúe el pago directo a mis proveedores médicos. Doy mi permiso y autorizo a cualquier proveedor que me proporciona atención, tratamientos o que me realiza exámenes, a la Junta de Farmacia de Ohio (Ohio State Board of Pharmacy), al Departamento de Trabajo y Servicios Familia de Ohio (Ohio Department of Job and Family Services) y a la Comisión de Servicios de Rehabilitación de Ohio (Ohio Rehabilitation Services Commission) a divulgar información médica, psicológica, psiquiátrica, farmacéutica, profesional y social. Comprendo que esto puede incluir información de identificación personal que casualmente o históricamente está relacionada con mis lesiones físicas o mentales y que son relevantes para las cuestiones necesarias para la gestión de mi reclamo ante la BWC, la Comisión Industrial de Ohio (Industrial Commission of Ohio), el empleador que figura en este reclamo, la organización de atención administrada del empleador y los representantes autorizados. Mis anteriores o futuras demandas BWC pueden afectar las decisiones tomadas para este reclamo. La correcta administración del presente reclamo puede requerir que la BWC comparta información sobre los reclamos con los empleadores que aquí constan (o sus representantes autorizados) y/o mi representante autorizado para todos y cada uno los reclamos anteriores o futuros. La información divulgada sobre los reclamos probablemente incluya cualquier registro que se conserve entre mis archivos de reclamos.</p>								
Firma del empleado lesionado 16			Fecha		Dirección de correo electrónico		Número de teléfono ()	Número de teléfono del trabajo ()

Información sobre el empleado y la lesión/la enfermedad/el fallecimiento

- 1** Dirección de residencia: Ingrese la dirección de residencia donde vive el empleado lesionado. Incluya el número de apartamento, si corresponde.
 - Si la oficina de correos no reparte el correo a la dirección de residencia, coloque la dirección donde recibe el correo en lugar de la dirección de residencia.
- 2** Nombre del departamento: Ingrese el nombre del departamento o área donde el empleado lesionado normalmente se presenta a trabajar.
- 3** Tasa salarial: Ingrese la tasa de remuneración del empleado lesionado y, a continuación, seleccione la frecuencia con la que la recibe. (Si la tasa de remuneración que se informa no es por hora, informe el importe bruto.)
 - Si se estima que perderá ocho o más días de trabajo, la BWC necesita la información sobre el salario de las 52 semanas previas a la fecha de la lesión. Envíe la información sobre el salario mediante informes de nómina del empleador, la declaración de salarios (Formulario C-94-A de la BWC), formulario W-2, etc.
- 4** ¿Qué días de la semana trabaja por lo general? ¿Cuáles son sus horarios habituales de trabajo?: Ingrese los días y horas en que trabaja el empleado lesionado.
 - Si los días trabajados varían de semana a semana, anote las horas que trabaja en una semana promedio.
- 5** Salarios: Si ha recibido salarios durante una incapacidad, explíquelo.
- 6** Ocupación o nombre del trabajo: Ingrese el tipo de ocupación o puesto de trabajo real del empleado lesionado al momento de ocurrir la lesión, la enfermedad ocupacional o el fallecimiento.
- 7** Nombre del empleador: Ingrese el nombre del empleador del empleado lesionado al momento de ocurrir la lesión, la enfermedad ocupacional o el fallecimiento.
- 8** Fecha de la lesión/la enfermedad: Ingrese la fecha en que el empleado resultó lesionado. O BIEN Si el empleado lesionado contrajo una enfermedad ocupacional, determine qué, de lo que se menciona a continuación, ocurrió más recientemente:
 - La enfermedad ocupacional fue diagnosticada por un proveedor médico;
 - Le realizaron el primer tratamiento médico;
 - El empleado lesionado primero abandonó el trabajo debido a la enfermedad ocupacional.

Introduzca esta como fecha en que contrajo la enfermedad ocupacional.
- 9** Última fecha en que trabajó: Ingrese el último día trabajado como resultado de dicha lesión, enfermedad ocupacional o fallecimiento.
- 10** Fecha en que se reincorporó al trabajo: Ingrese la fecha en que el empleado lesionado regresó al trabajo con posterioridad a la lesión o enfermedad ocupacional.
- 11** Estado en que se lo contrató: Ingrese el estado en el que el empleado lesionado fue contratado por el empleador que se menciona en esta solicitud.
- 12** Fecha en que se notificó al empleador: Ingrese la fecha en que se notificó al empleador respecto de la lesión, la enfermedad ocupacional o el fallecimiento.
- 13** Estado en que se lo supervisó: Ingrese el estado en el que el empleado lesionado fue supervisado por el empleador que se menciona en esta solicitud.
- 14** Descripción del accidente: Describa en detalle los sucesos que provocaron la lesión, la enfermedad ocupacional o el fallecimiento. Agregue más hojas si fuera necesario.
- 15** Tipo de lesión/enfermedad y parte(s) del cuerpo afectada(s): Describa la naturaleza de la lesión, la enfermedad ocupacional o el fallecimiento. Indique qué parte(s) del cuerpo sufrieron la lesión o se vieron afectadas o fueron la causa del fallecimiento.

Ejemplos:

 - Laceración del primer dedo del pie, el pie izquierdo;
 - Esguince en la parte baja izquierda de la espalda.
- 16** Firma del empleado lesionado (solo para empleados lesionados): Lea la información sobre la Solicitud de los beneficios/la divulgación de la información médica antes de firmar y fechar este formulario.

Instrucciones continúan en la última página



Al firmar este documento:

- Elijo recibir solo la indemnización y/o los beneficios que se proporcionan para el presente reclamo, de conformidad con las leyes de indemnización de los trabajadores de Ohio;
• Renuncio y cedo mi derecho a recibir la indemnización y los beneficios de conformidad con las leyes de indemnización de los trabajadores de otro estado por causa de una lesión o enfermedad ocupacional o el fallecimiento como consecuencia de una lesión o una enfermedad ocupacional por la que presento este reclamo;
• Estoy de acuerdo en que no presenté ni presentaré un reclamo en otro estado por la lesión o enfermedad ocupacional o el fallecimiento como consecuencia de una lesión o enfermedad ocupacional por la que presento este reclamo;
• Confirmando que no he recibido ninguna indemnización y/o beneficios de conformidad con las leyes de indemnización de los trabajadores de otro estado por este reclamo, y que notificaré la BWC de manera inmediata luego de recibir cualquier tipo de indemnización o beneficios de parte de cualquier fuente por este reclamo.

ADVERTENCIA:

Toda persona que obtenga una indemnización de parte de la BWC o de empleadores con autoseguro mediante la tergiversación o el ocultamiento de los hechos, declaraciones falsas o la aceptación de una indemnización a la que no tiene derecho, queda sujeto a un proceso penal por el delito de fraude. (Cód. Reglamentario 2913.48)

Información sobre el empleo y la lesión/la enfermedad/el fallecimiento

Formulario de información sobre el empleo y la lesión/la enfermedad/el fallecimiento. Incluye campos para: Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre; N.º de seguro social; Estado civil; Fecha de nacimiento; Dirección postal residencial; Sexo; Número de dependientes; Ciudad; Estado; Cód. postal de 9 dígitos; País; Nombre del departamento; Tasa salarial; ¿Qué días de la semana trabaja por lo general?; Horario de trabajo habitual; ¿Le han ofrecido o espera recibir el pago o el salario por este reclamo de cualquier fuente que no sea la Agencia de Indemnización de los Trabajadores de Ohio?; Ocupación o nombre del trabajo; Nombre del empleador; Dirección postal (número y calle de la ciudad o pueblo, estado, código postal y condado); Ubicación, si es diferente a la dirección postal; ¿El lugar en que ocurrió el accidente o la exposición fue en las instalaciones del empleador?; Fecha de la lesión/la enfermedad; Hora de la lesión; En caso de un accidente fatal, proporcione la fecha de fallecimiento; Hora en que el empleado comenzó a trabajar; Última fecha en que trabajó; Fecha en que se reincorporó al trabajo; Fecha de contratación; Estado en que se lo contrató; Fecha en que se notificó al empleador; Estado en que se lo supervisó; Descripción del accidente; Tipo de lesión/enfermedad y parte(s) del cuerpo afectada(s).

Divulgación de la información sobre la solicitud de los beneficios - Presento un reclamo de conformidad con la Ley ante la Agencia de Indemnización de los Trabajadores de Ohio (Ohio Bureau of Workers' Compensation Act) por lesiones relacionadas con el trabajo que yo no me autoinfligí. Afirmo que elijo recibir la indemnización y los beneficios de conformidad con la Ley de indemnización de los Trabajadores de Ohio respecto de mi reclamo y renuncio a mi derecho a solicitar y recibir la indemnización y los beneficios de acuerdo con las leyes de cualquier otro estado para este reclamo.

Firma del empleado lesionado; Fecha; Dirección de correo electrónico; Número de teléfono; Número de teléfono del trabajo

Información sobre el tratamiento

Formulario de información sobre el tratamiento. Incluye campos para: Nombre del proveedor de atención médica; Número de teléfono; Número de fax; Fecha del tratamiento inicial; Dirección; Ciudad; Estado; Cód. postal de 9 dígitos; Diagnóstico(s); ¿El incidente hará que el empleado lesionado pierda ocho o más días de trabajo?; ¿La lesión está causalmente relacionada con un incidente industrial?; Código E; Número de 11 dígitos del proveedor de la BWC; Fecha; Firma del proveedor de atención médica

Información sobre el empleador

Formulario de información sobre el empleador. Incluye campos para: Número de póliza del empleador; Marcar si; El empleador cuenta con autoseguro; Empleado lesionado es propietario/socio/miembro de la empresa; Número de teléfono; Número de fax; Dirección de correo electrónico; Número de identificación federal; Número de manual; ¿El empleado recibió tratamiento en la sala de emergencias?; ¿El empleado fue hospitalizado durante la noche?; Si se le proporcionó tratamiento fuera del lugar de trabajo, proporcione el nombre de la institución, la dirección, la ciudad, el estado y el código postal; Certificación; Rechazo; Exclusivo para el empleado con autoseguro; Aclaración; Solo médico; Tiempo perdido; Firma y título del empleador; Fecha; Número de caso de la OSHA

Instrucciones para completar

(continuación)

Información sobre el tratamiento	Nombre del proveedor de atención médica		Número de teléfono () ()	Número de fax () ()	Fecha del tratamiento inicial
	Dirección		Ciudad	Estado	Cód. postal de 9 dígitos
	Diagnóstico(s): Incluya el(los) código(s) de la Clasificación internacional de enfermedades (ICD, en inglés)				
	1				
	¿El incidente hará que el empleado lesionado pierda ocho o más días de trabajo?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		2 ¿La lesión está causalmente relacionada con un incidente industrial?
Código E 3		Número de 11 dígitos del proveedor de la BWC			Fecha 4
Firma del proveedor de atención médica 5					

Información sobre el tratamiento

- 1 Indique el diagnóstico y los códigos ICD para las afecciones tratadas como consecuencia de la lesión.
- 2 Indique la opinión médica del proveedor tratante acerca de que la lesión sufrida está causalmente relacionada con el incidente industrial, que la lesión podría ser el resultado del método (la forma) del accidente, según lo descrito por el empleado lesionado. Debe quedar claro que el diagnóstico con se produjo con total probabilidad como resultado de la lesión.
- 3 Proporcionar un código E válido nos permitirá determinar el tipo de reclamo de manera más rápida y eficiente.
- 4 Introduzca el número de 11 dígitos del proveedor asignado por la BWC o del proveedor de atención de médica.
- 5 Firma del proveedor de atención médica que completa este formulario.

Información sobre el empleador	1 Número de póliza del empleador		Marcar si <input type="checkbox"/> El empleador cuenta con autoseguro <input type="checkbox"/> Empleado lesionado es propietario/socio/miembro de la empresa		
	Número de teléfono () ()	Número de fax () ()	Dirección de correo electrónico	Número de identificación federal	Número de manual 2
	¿El empleado recibió tratamiento en la sala de emergencias?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿El empleado fue hospitalizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Si se le proporcionó tratamiento fuera del lugar de trabajo, proporcione el nombre de la institución, la dirección, la ciudad, el estado y el código postal				
	<input type="checkbox"/> Certificación - El empleador certifica que los hechos en esta solicitud son correctos y válidos. 3		<input type="checkbox"/> Rechazo - El empleador rechaza la validez de este reclamo por la(s) razón(es) que se mencionan a continuación. 4		Exclusivo para el empleado con autoseguro <input type="checkbox"/> Aclaración - El empleador aclara y autoriza el reclamo por la(s) siguiente(s) condición(es): 5
Firma y título del empleador			Fecha	Número de caso de la OSHA 6	

Información sobre el empleador

- 1 Ingrese el número de póliza del empleador asignado por la BWC, que se encuentra en el certificado de cobertura de la BWC.
- 2 Ingrese el código de cuatro dígitos que indica la clasificación de trabajo del empleado lesionado, que se encuentra en el informe de nómina semestral.
 - Si no conoce el número de manual del empleado lesionado, llame al **1-800-OHIOBWC** y siga las instrucciones.
- 3 Si selecciona la certificación y se autoriza el reclamo, se le pagará de manera rápida. Los empleadores que certifiquen un reclamo renuncian tanto al aviso de recepción como al aviso de primera orden de indemnización.
- 4 Si selecciona el rechazo, utilice el espacio proporcionado para enumerar los motivos de dicho rechazo. Agregue más hojas si fuera necesario.
- 5 Los empleadores con autoseguro que elijan aclarar la certificación pueden usar el espacio proporcionado. Agregue más hojas si fuera necesario.
- 6 Si se trata de una lesión que se debe informar según la OSHA, incluya el número de caso asignado por el empleador. Este formulario cumple los requisitos de la norma OSHA 301 y se puede utilizar en lugar de la norma OSHA 301, al informar las lesiones y enfermedades que se pueden registrar ante el gobierno federal.

Nota:

- Si su empleado estima que perderá ocho o más días de trabajo, la BWC necesita la información sobre el salario de las 52 semanas previas a la fecha de la lesión. Envíe la información sobre el salario mediante informes de nómina del empleador, la declaración de salarios (Formulario C-94-A de la BWC), formulario W-2, etc.



Instructions for the employer

Please note that if you report income to BWC to set wages but have not reported the income to the Internal Revenue Service (IRS) as wages, BWC may notify the IRS of the discrepancy.

You must complete the Seven-day worksheet section below. Then either complete and sign the Earnings statement worksheet (page two of this form), or submit a payroll report that includes the required information as described below.

- Report earnings for the employee beginning with the full-pay-period that ended prior to the date of injury or date of disability in an occupational disease claim using the actual end date of the pay period (not the issue date of payment). Do not report wages earned on or after the date of injury or date of disability in an occupational disease claim.
BWC includes the information below in the calculation of wages. Include the following information in your report or worksheet:
All gross earnings prior to any deductions such as for taxes, insurance, deferred compensation, garnishment or employee contributions to retirement programs.
Paid holidays, vacation, personal or sick leave (this is payment for time off work, not cash out of unused leave).
Bonuses and commissions (you must indicate the period of time over which the bonus or commission was earned).
Allowance for meals, lodging, uniforms, tips, etc., paid in addition to wages, (report as other earnings with a description of the earnings).
Reimbursements made to the injured worker for meals, lodging, uniforms, travel, etc. (BWC does not consider these as earnings and so it does not include them in the calculation of wages.) DO not include them in your report or worksheet.
If you attach a payroll report that includes earnings that BWC does not consider gross earnings as defined above, please note on the payroll report or on a separate attached document.
Report any periods the injured worker did not work. If payment was made during those periods, report the amount and description of payment the injured worker received.

Seven-day worksheet

You must provide this information even if you are providing weekly earnings on a payroll report. Provide the information based on pay period begin and end dates, not payment dates.

Table with 2 columns: Field Name, Value. Fields include: Injured worker name, Claim number, Date of injury, Date of hire, Employer name, Employer phone number, Employer address, Employer email address.

If employed less than one full-pay period prior to the date of injury, provide the information below.

Number of hours scheduled the week of the injury: _____ Hourly rate: _____

If employed one full-pay period or longer prior to the date of injury or date of disability in an occupational disease claim, provide the information below using the actual end date of the pay period (not the date the payment was issued).

What was the BEGINNING date of the last pay period prior to the date of injury/disability? (DD/MM/YYYY) ____/____/____

What was the END date of the last pay period prior to the date of injury/disability? (DD/MM/YYYY) ____/____/____

Payment is (check one): [] Weekly [] Biweekly [] Bimonthly [] Monthly [] Other _____ (please explain)

- If the pay period was weekly, what was the amount of overtime earned? \$_____
If this pay period was not weekly, during the last seven calendar days of the pay period listed above, please provide the following:

Regular earnings the last seven calendar days of that pay period: \$_____

Overtime earnings the last seven calendar days of that pay period: \$_____

Signature Section

I certify the information provided is correct to the best of my knowledge. I am aware that any person who knowingly makes a false statement, misrepresentation, concealment of fact, or any other act of fraud to obtain payment as provided by the BWC or who knowingly accepts payment to which that person is not entitled, is subject to felony criminal prosecution and may, under appropriate criminal provisions, be punished by a fine, imprisonment or both.

I am requesting BWC calculate or recalculate the full and/or average weekly wage in this claim and adjust previously paid compensation pursuant to RC 4123.52.

Table with 2 columns: Field Name, Value. Fields include: Name of the person completing this form (printed), Date, Signature, Title.

Fax the completed form to 1-866-336-8352, or send it to the BWC customer service office where the claim is assigned.

Earnings statement worksheet

Injured worker name	Claim number
Date of injury	Date of hire
Employer name	Employer phone number
Employer address	Employer email address

Please see the instructions for the employer for additional information before completing the worksheet.

Pay period end date: The actual end date of the pay period, not the date the payment was issued. For example, the check was issued on Jan. 25, 2014, for the pay period Jan. 12, 2014, to Jan. 18, 2014. In this example, the pay period end date is Jan. 18, 2014. In addition, to determine the 52 weeks needed for this report, start with the end date of the last pay period prior to the date of injury then count back 52 weeks. For example, the date of injury is Jan. 2, 2014. The last pay period end date prior to the date of injury is Dec. 21, 2013. The injured worker was paid weekly. Therefore, the 52 weeks needed for the worksheet are the pay periods with end dates from Dec. 29, 2012, to Dec. 21, 2013. This range may vary depending on the frequency of payment.

Gross regular earnings: This is the hourly rate multiplied by the hours worked, or the regular salary.

Other earnings: Earnings NOT included in the gross regular earnings such as bonuses or allowances. You must include an explanation of the other earnings in the Description of exceptions and earnings column.

Description of exceptions and earnings: You may also provide other information for BWC to consider in the calculation of earnings such as periods the injured worker was laid off, on disability, etc.

Payment is (check one): Weekly Biweekly Bimonthly Monthly Other _____ (please explain)

	Pay period end date	Gross regular earnings	Other earnings	Description of exceptions and earnings
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				

Injured worker name				Claim number
---------------------	--	--	--	--------------

	Pay period end date	Gross regular earnings	Other earnings	Description of exceptions and earnings
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				
51				
52				

Comments or other information

I certify the information provided is correct to the best of my knowledge. I am aware that any person who knowingly makes a false statement, misrepresentation, concealment of fact, or any other act of fraud to obtain payment as provided by the BWC or who knowingly accepts payment to which that person is not entitled, is subject to felony criminal prosecution and may, under appropriate criminal provisions, be punished by a fine, imprisonment or both.

I am requesting BWC calculate or recalculate the full and/or average weekly wage in this claim and adjust previously paid compensation pursuant to RC 4123.52.

Name of the person completing this form (printed)	Date
---	------

Signature X	Title
-----------------------	-------

Fax the completed form to 1-866-336-8352, or send it to the BWC customer service office where the claim is assigned.