

EMPLOYER'S NOTICE OF INSURANCE

TO THE EMPLOYEES OF THE UNDERSIGNED:

Your employer is insured by:

NATIONAL FIRE INSURANCE COMPANY OF HARTFORD

Insurer

151 N FRANKLIN ST

Street and Number

CHICAGO

City

IL

State

60606-1915

Zip Code

For the period from 07/01/2025

Through 07/01/2026

Adjusting Company

Street and Number

City

State

Zip Code

Telephone

This insurance pays benefits for job-connected injuries, illnesses or death as provided by the Alaska Workers' Compensation Act.

TRUSTEES OF DARTMOUTH COLLEGE

Employer

By

Title

Witness

Witness

Immediately (not later than 30 days from injury or death date) give your employer and the Alaska Workers' Compensation Division written notice of a job-related injury, illness, or death. Get the "Report of Occupational Injury or Illness" form from your employer for this purpose.

If you have questions about your rights or benefits under the Alaska Workers' Compensation Act, contact the insurer at the above address and the Alaska Workers' Compensation Division at the nearest office listed below:

ANCHORAGE
3301 Eagle Street
Suite 304
Anchorage AK 99503
(907) 269-4980

FAIRBANKS
675 7th Ave
Station K
Fairbanks AK 99701-4531
(907) 451-2889

JUNEAU
PO Box 115512
1111 W 8th St Room 305
Juneau AK 99811-5512
(907) 465-2790

NOTICE TO EMPLOYER: AS 23.30.060 requires that you post this notice in three conspicuous places on the employer's premises.

STATE OF ALABAMA WORKERS' COMPENSATION INFORMATION



If you are injured on the job, or
contract an occupational disease,
notify your employer immediately.

Your employer will advise you of
the physician to see for authorized
medical treatment.

WORKERS' COMP INSURANCE

CARRIER NATIONAL FIRE INSURANCE COMPANY OF HARTFORD

TELEPHONE NUMBER 1-877-CNA-ASAP (262-2727)

**ASSISTANCE IS AVAILABLE UNDER THE ALABAMA WORKERS'
COMPENSATION LAW INCLUDING MEDIATION SERVICE.**

FOR INFORMATION CALL:

1-800-528-5166

Department of Labor

Workers' Compensation Division

649 Monroe Street

Montgomery, AL 36131

**CODE OF ALABAMA, 1975, § 25-5-290(d), REQUIRES THAT THIS NOTICE
BE POSTED**

IN ONE OR MORE CONSPICUOUS PLACES IN YOUR BUSINESS.

Estado de Alabama

Información de Compensación de Trabajadores

Si se lesiona en el trabajo, o tiene una enfermedad ocupacional, notifique a su empleador inmediatamente.

If you are injured on the job, or contract an occupational disease, notify your employer immediately.



Su empleador le aconsejará a que médico tiene que consultar para tratamiento médico autorizado.

Your employer will advise you of the physician to see for authorized medical treatment.

Portador de Seguro de Compensación al Trabajador: NATIONAL FIRE INSURANCE COMPANY OF HARTFORD
Workers' Compensation Insurance Carrier

Número de Teléfono: 1-877-CNA-ASAP (262-2727)
Telephone number

La asistencia está disponible bajo la Ley de Compensación de Trabajadores de Alabama, incluyendo el servicio de mediación.

Assistance is available under the Alabama Workers' Compensation Law including mediation service.

Para más información llame al:

For information call:

1-800-528-5166

**Alabama Department of Labor
Workers' Compensation Division
649 Monroe Street
Montgomery, AL 36131**

Código de Alabama, 1975, 25-5-290(d), requiere que este aviso se publique en uno o más lugares visibles en su negocio.

Code of Alabama, 1975, 25-5-290(d), requires that this notice be posted in one or more conspicuous places in your business.

Form AR-P	ARKANSAS WORKERS' COMPENSATION COMMISSION 324 Spring Street, Little Rock, AR 72201 Mail: P. O. Box 950, Little Rock, AR 72203-0950 Little Rock Office - 1-800-622-4472 / 501-682-3930 Springdale Office - 1-800-852-5376 / 479-751-2790	P
Ark. Code Ann. §11-9-403, 407 AWCC Rule 7 Updated: 06-16-14		

WORKERS' COMPENSATION INSTRUCTIONS TO EMPLOYERS AND EMPLOYEES

All employees of this establishment entitled to benefits under the provisions of the Arkansas workers' compensation laws are hereby notified that their employer has secured the payment of such compensation as may at any time be due employees or their dependents. This employer is required by state law to provide workers' compensation coverage or this employer has waived the exclusion or exemption from the operation of the workers' compensation laws, and the employer certifies by the display of this poster that workers' compensation coverage is now provided by a workers' compensation insurance policy or by enrollment in the Arkansas Self-Insurance Program or by the Public Employer Claims Division of the Arkansas Insurance Department.

NATIONAL FIRE INSURANCE COMPANY OF HARTFORD
151 N. FRANKLIN ST., CHICAGO, IL 60606-1915
1-877-CNA-ASAP (262-2727)
POLICY EXPIRATION DATE: 07/01/2026

IN CASE OF JOB-RELATED INJURIES OR OCCUPATIONAL DISEASES

The Employer Shall:

1. Provide all necessary medical, surgical and hospital treatment, as required by law, following the injury and for such additional time as ordered by the Workers' Compensation Commission.
2. Provide compensation payments in accordance with the provisions of the law. The first installment of compensation becomes due on the 15th day after the employer has notice of the injury or death, except in those cases where liability has been denied by the employer.
3. Provide prompt reporting of accidents to appropriate parties.
4. Keep a record of all injuries received by its employees.

The Employee Shall:

The employee shall report the injury to the employer on Form N and to a person or at a place specified by the employer, unless the injury either renders the employee physically or mentally unable to do so, or the injury is made known to the employer immediately after it occurs. The employer shall not be responsible for disability, medical, or other benefits prior to receipt of the employee's notice of injury. All reporting procedures specified by the employer must be reasonable and shall afford each employee reasonable notice of the reporting requirements. The foregoing shall not apply when an employee requires emergency medical treatment outside the employer's normal business hours; however, in that event, the employee shall cause a report of the injury to be made to the employer on the employer's next regular business day.

Failure to give such notice shall not bar any claim (1) if the employer had knowledge of the injury or death, (2) if the employee had no knowledge that the condition or disease arose out of and in the course of employment, or (3) if the Commission excuses such failure on the grounds that for some satisfactory reason such notice could not be given. Objection to failure to give notice must be made at or before the first hearing on the claim.

Statutory Information:

Ark. Code Ann. § 11-9-514(b) states: "Treatment or services furnished or prescribed by any physician other than the ones selected according to the foregoing, except emergency treatment, shall be at the claimant's expense."

Ark. Code Ann. § 11-9-514(f), however, indicates: When compensability is controverted, subsection (b) shall not apply if:

- (1) The employee requests medical assistance in writing prior to seeking the same as a result of an alleged compensable injury; and
- (2) The employer refuses to refer the employee to a medical provider within forty-eight (48) hours after such written request as provided above; and
- (3) The alleged injury is later found to be a compensable injury; and
- (4) The employer has not made a previous offer of medical treatment.

If you have any questions regarding your rights under the Arkansas workers' compensation laws, you may call an Arkansas Workers' Compensation Commission legal advisor at our toll-free number listed above.

All employers who come within the operation of the Arkansas workers' compensation laws and have complied with its provisions must post this notice in a **CONSPICUOUS** place in or about their place or places of business.

AWCC Form P
(Posting Notice)

A posting notice is mentioned in **Ark. Code Ann. §11-9-403**, **Ark. Code Ann. §11-9-407** and **AWCC Rule 7**. **AWCC Form P** satisfies all requirements.

Form P:

1. Is to be on display in a conspicuous place;
2. Tells employers what to do when an employee is injured;
3. Instructs employees to notify the employer immediately (or no later than the close of the next business day) when injured;
4. Lists the claims office that will be handling the insurance aspects of the case;
5. Gives the claims office telephone number;
6. Announces the expiration date of the insurance policy; and
7. Provides telephone numbers for Arkansas Workers' Compensation Commission legal advisors if either party needs assistance.

Employers without **Form P** may lose the use of **Form N** as a defense in litigation. Employees disobeying instructions on **Form P** may delay their benefits or jeopardize the awarding of any benefits in a contested case.

The AWCC furnishes samples, not supplies, of **Form P**. Carriers are to send their insureds an adequate number, and self-insureds must arrange with a printer for the supply they need. Carriers and employers may enlarge **Form P** for posting purposes.

Information about Form P is available from the Support Services Division (1-800-622-4472 or 501-682-3930).

Ark. Code Ann. §11-9-106(a): “Any person or entity who willfully and knowingly makes any material false statement or representation, who willfully and knowingly omits or conceals any material information, or who willfully and knowingly employs any device, scheme, or artifice for the purpose of: obtaining any benefit or payment; defeating or wrongfully increasing or wrongfully decreasing any claim for benefit or payment; or obtaining or avoiding workers' compensation coverage or avoiding payment of the proper insurance premium, or who aids and abets for any of said purposes, under this chapter shall be guilty of a Class D felony. Fifty percent (50%) of any criminal fine imposed and collected under....this section shall be paid and allocated in accordance with applicable law to the Death and Permanent Total Disability Trust Fund administered by the Workers' Compensation Commission.”

Formulario AR-P	COMISIÓN DE COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES DE ARKANSAS	P
Autoridad: Ark. Code Ann., apartado 11-9-403, 407 AWCC, Norma 7 Actualizado: 06-16-2014 En Español: 10-15-2004	324 Spring Street, Little Rock, AR 72201 Correo: P.O. Box 950, Little Rock, AR 72203-0950 Oficina de Little Rock: 1-800-622-4472 / 501-682-3930 Oficina de Springdale: 1-800-852-5376 / 479-751-2790	

INSTRUCCIONES SOBRE LA COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES PARA EMPLEADORES Y EMPLEADOS

Todos los empleados de este centro que tengan derecho a beneficios en virtud de lo dispuesto en la legislación de compensación de los trabajadores son informados en virtud del presente documento de que su empleador ha organizado el pago de las compensaciones que puedan tener que abonarse a los empleados o sus dependientes. Este empleador debe, en virtud de la legislación estatal, ofrecer a sus empleados cobertura por compensaciones o ha renunciado a la exención o exclusión de la ejecución de la legislación en materia de compensaciones a los trabajadores y certifica mediante la muestra de este cartel que en la actualidad ofrece cobertura a sus trabajadores dentro de una póliza de seguro de compensación de los trabajadores o por su participación en el Programa de Auto-seguros de Arkansas o la División Pública de Reclamaciones de los Empleados del Departamento de Seguros de Arkansas.

NATIONAL FIRE INSURANCE COMPANY OF HARTFORD

151 N. FRANKLIN ST., CHICAGO, IL 60606-1915

1-877-CNA-ASAP (262-2727)

POLICY EXPIRATION DATE: 07/01/2026

EN CASO DE PRODUCIRSE UNA LESIÓN VINCULADA AL TRABAJO O UNA ENFERMEDAD PROFESIONAL

El empleador deberá:

1. Ofrecer todo el tratamiento médico, quirúrgico y hospitalario que sea preciso en virtud de la legislación, tras la lesión y durante el tiempo adicional que establezca la Comisión de Compensación de los trabajadores.
2. Ofrecer pagos de compensación de acuerdo con lo dispuesto en la legislación. El primer plazo vencerá al cabo de 15 días desde que el empleador sea informado de la lesión o fallecimiento, excepto en los casos en el empleador haya denegado su responsabilidad.
3. Informar inmediatamente de los accidentes a los interesados.
4. Mantener un registro de todas las lesiones de las que sea informado por sus empleados.

El empleado deberá:

El empleado deberá informar de la lesión al empleador en el formulario N y a una persona o en un lugar indicado por este último, a menos que se trate de una lesión que impida mental o físicamente al empleado hacerlo o si la lesión se comunica al empleador inmediatamente después de producirse. El empleador no será responsable de las beneficiarias de discapacidad, médicas o de otro tipo anteriores a la recepción del informe del accidente. Todos los procedimientos de notificación que especifique el empleador deberán ser razonables y éste deberá notificar razonablemente a todos los empleados los requisitos de notificación. Lo anterior no será de aplicación si el empleado precisa tratamiento médico de urgencia fuera del horario de trabajo habitual del empleador; sin embargo, en ese caso, el empleado deberá hacer que se notifique el accidente al empleador el siguiente día laborable habitual.

La falta de notificación no anulará las reclamaciones si: (1) El empleador tiene conocimiento del fallecimiento o lesión; o (2) El empleado no tenía conocimiento de que la afección o enfermedad se produjo en el transcurso de su empleo; o (3) La Comisión exime esta omisión basándose en que la notificación no pudo realizarse por un motivo justificado.

Las objeciones relativas a la falta de notificación deberán plantearse antes o en el momento de celebrarse la primera vista de la reclamación.

Información legal:

El artículo 11-9-514(b) del Ark. Code Ann. establece que: "El tratamiento o los servicios prestados por un médico distinto de los seleccionados de acuerdo con lo anterior, con excepción de los tratamientos urgentes, correrán a cargo del demandante."

El artículo 11-9-514(f) del Ark. Code Ann., sin embargo, establece que: Cuando la compensación sea causa de controversia, el subapartado (b) no será de aplicación si:

- (1) El empleado solicita asistencia médica por escrito antes de buscarla como consecuencia de una posible lesión compensable; y
- (2) El empleador se niega a remitir al empleado a un proveedor médico en el plazo de cuarenta y ocho (48) horas desde dicha solicitud escrita; y
- (3) Posteriormente se descubre que la supuesta lesión es compensable; y
- (4) El empleador no ha hecho ninguna oferta anterior de tratamiento médico.

Si tiene alguna pregunta relativa a sus derechos en virtud de la legislación en materia de compensaciones de los trabajadores de Arkansas, puede llamar al asesor legal de la Comisión de Compensación de los Trabajadores de Arkansas al número gratuito que se indica más arriba.

Todos los empleadores que se vean afectados por la ejecución de la legislación en materia de compensaciones de los trabajadores de Arkansas y que hayan cumplido estas disposiciones deberán colocar esta notificación en un lugar **PREEMINENTE** en su centro de trabajo o las cercanías.

Formulario P de la AWCC
(Notificación)

En los **apartados 11-9-403 y 11-9-407 del Ark. Code Ann. y la Regla 7 de la AWCC** se menciona una notificación. El **formulario P de la AWCC** cumple todos esos requisitos.

Formulario P:

1. Debe mostrarse en un lugar preeminente;
2. Dice a los empleados qué deben hacer cuando un trabajador se lesiona;
3. Instruye a los empleados para que notifiquen las lesiones inmediatamente al empleador (o no más tarde del final del siguiente día laborable);
4. Enumera la oficina de reclamaciones en la que se tratarán los aspectos vinculados a seguros del caso;
5. Anuncia la fecha en que expira la póliza de seguros;
6. Ofrece números de teléfono del asesor legal de la Comisión de Compensaciones de los Trabajadores de Arkansas por si alguien necesita ayuda.

Los empleadores que no cuenten con un **formulario P** podrán perder el derecho a utilizar el **formulario N** como defensa en un litigio. Los empleados que desobedezcan las instrucciones del **formulario P** podrán sufrir retrasos en el beneficio de cualquier prestación en los casos que se impugnen o corren el riesgo de perderlos.

La AWCC ofrece copias de muestra pero no suministra el **formulario P**. Las aseguradoras deben enviar a sus asegurados un número adecuado de copias y los auto-asegurados deben contratar el suministro con una imprenta. Las aseguradoras y los empleadores pueden ampliar el **formulario P** para publicarlo.

Puede obtenerse información sobre el formulario P de la División de Servicios de Soporte (1-800-622-4472 o 501-682-3930).

Ark. Code Ann., apartado 11-9-106(a): “Cualquier persona o entidad que realice consciente y voluntariamente una declaración o afirmación sustancial falsa o que omita u oculte consciente y voluntariamente un dato sustancial, o que utilice consciente y voluntariamente un dispositivo, sistema o artificio para: obtener una prestación o pago, engañar o aumentar o reducir ilegítimamente cualquier reclamación de beneficios o pagos, u obtener o evitar la cobertura de compensación para los empleados o evitar el pago de la prima de seguro correspondiente, o que ayude e induzca a cualquiera de estos fines, será, en virtud del presente capítulo, culpable de un delito de Clase D. El cincuenta por ciento (50%) de cualquier multa penal impuesta y cobrada en virtud de... este artículo se pagará y adjudicará de acuerdo con la legislación aplicable al Fondo de Discapacidad Total Permanente y Fallecimiento administrado por la Comisión de Compensaciones de los Trabajadores.”



Employer: TRUSTEES OF DARTMOUTH COLLEGE
Address: 7 LEBANON ST STE 302 HANOVER, NH 03755-2112
Agent: MARSH USA LLC
Carrier: NATIONAL FIRE INSURANCE COMPANY OF HARTFORD
Address: 151 N. FRANKLIN ST., CHICAGO, IL 60606-1915
Claims: 1-877-CNA-ASAP (262-2727)
Policy: 6024204717 Eff: 07/01/2025 Exp: 07/01/2026

IMPORTANT INFORMATION

TO OUR ARKANSAS WORKERS' COMPENSATION POLICYHOLDERS

CNA Insurance Companies is required to provide its policyholders with certain accident prevention services at no additional cost as required by Ark. Code Ann. § 11-9-409(d) and AWCC Rule 32. If you would like more information, call (214) 220-5869. If you have any questions about this requirement, call the Health and Safety Division, Arkansas Workers' Compensation Commission at 1-800-622-4472. Also visit the Arkansas Workers' Compensation Commission website at <http://www.awcc.state.ar.us/drugfree.html> for information regarding drug free workplace information and possible discounts.

As your workers' compensation insurance carrier, we encourage you to take steps to provide a safe and healthy workplace for your employees. While CNA cannot assume this responsibility, we can assist you with the following services:

- Surveys of your premises to identify actual or potential areas of loss;
- Recommendations based on said survey;
- Training of supervisory personnel;
- Consultation on Risk Control, environment and technical problems and/or questions;
- Analysis of previous accidents;
- Industrial Hygiene services; and
- Industrial Health programs.

The above accident prevention services are available to our policyholders at no additional charge and shall be provided upon request directly to the policyholder. We have professional resources available to assist you or provide support materials for your continuing accident prevention efforts. If you would like more information on our extensive risk control programs, please call or write us.

To further assist in your ongoing loss prevention efforts, please visit the CNA Risk Control website at www.cna.com/riskcontrol. This site contains many useful client use training and reference materials for our policyholders, as well as links to other useful sites.

Notification per AWCC Rule31,Section III.D.3.d.

TO BE POSTED BY EMPLOYER

POLICY NUMBER 6024204717

NOTICE TO EMPLOYEES

RE: ARIZONA WORKERS' COMPENSATION LAW

All employees are hereby notified that this employer has complied with the provisions of the Arizona Workers' Compensation Law (Title 23, Chapter 6, Arizona Revised Statutes) as amended, and all the rules and regulations of The Industrial Commission of Arizona made in pursuance thereof, and has secured the payment of compensation to employees by insuring the payment of such compensation with: NATIONAL FIRE INSURANCE COMPANY OF HARTFORD

All employees are hereby further notified that in the event they do not specifically reject the provisions of the said compulsory law, they are deemed by the laws of Arizona to have accepted the provisions of said law and to have elected to accept compensation under the terms thereof; and that under the terms thereof employees have the right to reject the same by written notice thereof prior to any injury sustained, and that the blanks and forms for such notice are available to all employees at the office of this employer.

★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★

PARA SER COLOCADO POR EL PATRON

NUMERO DE POLIZA 6024204717

AVISO A LOS EMPLEADOS

RE: LEY DE COMPENSACION PARA LOS TRABAJADORES DE ARIZONA

A todos los empleados se les notifica por este medio que este patrón ha cumplido con las provisiones de la Ley de Compensación para los Trabajadores de Arizona (Título 23, Capítulo 6, Estatutos Enmendados de Arizona) tal como han sido enmendados, y con todas las regias y ordenanzas de La Comisión Industrial de Arizona hechas en cumplimiento de ésta, y ha asegurado el pago de compensación a los empleados garantizando el pago de dicha compensación por medio de:

NATIONAL FIRE INSURANCE COMPANY OF HARTFORD

Además, a todos los empleados se les notifica por este medio que en caso de que específicamente ellos no rechazan las disposiciones de dicha ley obligatoria, se les considerará bajo las leyes de Arizona de haber aceptado las provisiones de dicha ley y de haber escogido aceptar la compensación bajo estos términos; también bajo estos términos los empleados tienen el derecho de rechazar la misma por medio de una notificación por escrito antes de que sufran alguna lesión, todos los formularios o formas en blanco para tal notificación por escrito estarán disponibles para todos los empleados en la oficina de este patrón.

★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★

KEEP POSTED IN A CONSPICUOUS PLACE.

COLOQUESE EN LUGAR VISIBLE.

WORK EXPOSURE TO METHICILLIN-RESISTANT *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* (MRSA), SPINAL MENINGITIS, OR TUBERCULOSIS (TB)

Notice to Employees

Employees are notified that a claim may be made for a condition, infection, disease or disability involving or related to MRSA, spinal meningitis, or TB within the provisions of the Arizona Workers' Compensation Law. (A.R.S. § 23-1043.04) Such a claim shall include the occurrence of a significant exposure at work, which is defined to mean an exposure in the course of employment to aerosolized MRSA, spinal meningitis or TB bacteria. Significant exposure also includes exposure in the course of employment to MRSA through bodily fluids or skin.

Certain classes of employees (as defined below) may more easily establish a claim related to MRSA, spinal meningitis or TB by meeting the following requirements:

1. The employee's regular course of employment involves handling or exposure to MRSA, spinal meningitis or TB. For purposes of establishing a claim under this section, "employee" is limited to firefighters, law enforcement officers, correction officers, probation officers, emergency medical technicians and paramedics who are not employed by a health care institution;
2. No later than thirty (30) calendar days after a possible significant exposure, the employee reports in writing to the employer the details of the exposure;
3. A diagnosis is made within the following time-frames:
 - a. For a claim involving MRSA, the employee must be diagnosed with MRSA within fifteen (15) days after the employee reports pursuant to Item No. 2 above;
 - b. For a claim involving spinal meningitis, the employee must be diagnosed with spinal meningitis within two (2) to eighteen (18) days of the possible significant exposure; and
 - c. For a claim involving TB, the employee is diagnosed with TB within twelve (12) weeks of the possible significant exposure.

Expenses for post-exposure evaluation and follow-up, including reasonably required prophylactic treatment for MRSA, spinal meningitis, and TB is considered a medical benefit under the Arizona Workers' Compensation Act for any significant exposure that arises out of and in the course of employment if the employee files a claim for the significant exposure or the employee reports in writing the details of the exposure. Providing post-exposure evaluation and follow-up, including prophylactic treatment, does not, however, constitute acceptance of a claim for a condition, infection, disease or disability involving or related to a significant exposure.

Employers must post this notice in a conspicuous place next to the Workers' Compensation Notice to Employees.

REV. 7/11

WORK EXPOSURE TO BODILY FLUIDS

NOTICE TO EMPLOYEES

Re: Human Immunodeficiency Virus (HIV),
Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) & Hepatitis C

Employees are notified that a claim may be made for a condition, infection, disease, or disability involving or related to the Human Immunodeficiency Virus (HIV), Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), or Hepatitis C within the provisions of the Arizona Workers' Compensation Law, and the rules of The Industrial Commission of Arizona. Such a claim shall include the occurrence of a significant exposure at work, which generally means contact of an employee's ruptured or broken skin or mucous membrane with a person's blood, semen, vaginal fluid, surgical fluid(s) or any other fluid(s) containing blood. **AN EMPLOYEE MUST CONSULT A PHYSICIAN TO SUPPORT A CLAIM.** Claims cannot arise from sexual activity or illegal drug use.

Certain classes of employees may more easily establish a claim related to HIV, AIDS, or Hepatitis C if they meet the following requirements:

1. The employee's regular course of employment involves handling or exposure to blood, semen, vaginal fluid, surgical fluid(s) or any other fluid(s) containing blood. Included in this category are health care providers, forensic laboratory workers, fire fighters, law enforcement officers, emergency medical technicians, paramedics and correctional officers.

2. **NO LATER THAN TEN (10) CALENDAR DAYS** after a possible significant exposure which arises out of and in the course of employment, the employee reports in writing to the employer the details of the exposure as provided by Commission rules. Reporting forms are available at the office of this employer or from the Industrial Commission of Arizona, 800 W. Washington, Phoenix, Arizona 85007, (602) 542-4661 or 2675 E. Broadway, Tucson, Arizona 85716, (520) 628-5181. If an employee chooses not to complete the reporting form, that employee may be at risk of losing a prima facie claim.

3. **NO LATER THAN TEN (10) CALENDAR DAYS** after the possible significant exposure the employee has blood drawn, and **NO LATER THAN THIRTY (30) CALENDAR DAYS** the blood is tested for **HIV OR HEPATITIS C** by antibody testing and the test results are negative.

4. **NO LATER THAN EIGHTEEN (18) MONTHS** after the date of the possible significant exposure at work, the employee is retested and the results of the test are HIV positive or the employee has been diagnosed as positive for the presence of HIV, or **NO LATER THAN SEVEN (7) MONTHS** after the date of the possible significant exposure at work, the employee is retested and the results of the test are positive for the presence of Hepatitis C or the employee has been diagnosed as positive for the presence of Hepatitis C.

**KEEP POSTED IN CONSPICUOUS PLACE
NEXT TO WORKERS' COMPENSATION NOTICE TO EMPLOYEES**

THIS NOTICE IS APPROVED BY THE INDUSTRIAL
COMMISSION OF ARIZONA FOR CARRIER USE

EXPOSICION A FLUIDOS CORPORALES EN EL TRABAJO

AVISO A LOS EMPLEADOS

Re: El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH),
Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y Hepatitis C

Se les notifica a los empleados que se puede hacer una reclamación por una condición, infección, enfermedad o incapacidad relacionada con o derivada del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), o Hepatitis C bajo lo provisto por la Ley de Compensación para los Trabajadores de Arizona y las reglas de La Comisión Industrial de Arizona. Tal reclamación debe incluir el suceso de una exposición importante en el trabajo, la que por lo general significa contacto de alguna ruptura de la piel o mucosa del empleado con la sangre, semen, fluido vaginal, fluido(s) quirúrgico(s) o cualquier otro fluido de una persona que contenga sangre. **EL EMPLEADO DEBE CONSULTAR A UN MEDICO PARA CONFIRMAR SU RECLAMACION.** Las reclamaciones no pueden resultar de actividad sexual o uso ilícito de drogas.

Ciertas clases de empleados pueden establecer más fácilmente una reclamación relacionada con el VIH, SIDA o Hepatitis C si reúnen los requisitos siguientes:

1. El curso regular del empleo del empleado requiere el manejo de o la exposición a sangre, semen, fluido vaginal, fluido(s) quirúrgico(s) o cualquier otro fluido que contenga sangre. Incluidos en esta categoría son los proveedores de cuidados de la salud, trabajadores de laboratorios forenses, bomberos, agentes policiales, técnicos médicos de emergencia, paramédicos y agentes correccionales.

2. **NO MAS DE DIEZ (10) DIAS DE CALENDARIO** después de una posible exposición importante que resulta de y en el curso de su trabajo, el empleado reporta a su patrón por escrito los detalles de la exposición como lo proveen las reglas de la Comisión. Las formas de reporte están disponibles en la oficina de este patrón o de la Comisión Industrial de Arizona, 800 W. Washington, Phoenix, Arizona 85007, (602) 542-4661 o 2675 E. Broadway, Tucson, Arizona 85716, (520) 628-5181. Si un empleado elige no llenar la forma de reporte, ese empleado corre el riesgo de perder una reclamación de prima facie.

3. **NO MAS DE DIEZ (10) DIAS DE CALENDARIO** después de una posible exposición importante el empleado va a que le saquen sangre, y **NO MAS DE TREINTA (30) DIAS DE CALENDARIO** la sangre es analizada para **VIH O HEPATITIS C** por medio de análisis de anticuerpos y el análisis resulta negativo.

4. **NO MAS DE DIECIOCHO (18) MESES** después de la fecha de la posible exposición importante en el trabajo, el empleado es examinado nuevamente y los resultados del análisis son positivos por VIH o el empleado ha sido diagnosticado como positivo por la presencia de VIH, o **NO MAS DE SIETE (7) MESES** después de la fecha de la posible exposición importante en el trabajo, el empleado es examinado nuevamente y los resultados del análisis son positivos por la presencia de Hepatitis C o el empleado ha sido diagnosticado como positivo por la presencia de Hepatitis C.

**MANTENER FIJO EN UN LUGAR SOBRESALIENTE JUNTO AL AVISO A LOS EMPLADOS
SOBRE COMPENSACION PARA TRABAJADORES**

**ESTE AVISO HA SIDO APROBADO POR LA COMISION INDUSTRIAL
DE ARIZONA PARA USO DE LAS ASEGURADORAS**

Este documento es una traduccion del texto original escrito en ingles. Esta traduccion no es oficial y no es vinculante para este estado o para una subdivision politica de este estado.

This document is a translation from original text written in English. This translation is unofficial and is not binding on this state or a political subdivision of this state.

EMPLOYEE SAFETY AND HEALTH PROTECTION

The Arizona Occupational Safety and Health Act of 1972 (Act), provides safety and health protection for employees in Arizona. The Act requires each employer to furnish his employees with a place of employment free from recognized hazards that might cause serious injury or death. The Act further requires that employers and employees comply with all workplace safety and health standards, rules and regulations promulgated by the Industrial Commission. The Arizona Division of Occupational Safety and Health (ADOSH), a division of the Industrial Commission of Arizona, administers and enforces the requirements of the Act.

As an employee, you have the following rights:

You have the right to notify your employer or ADOSH about workplace hazards. You may ask ADOSH to keep your name confidential.

You have the right to request that ADOSH conduct an inspection if you believe there are unsafe and/or unhealthful conditions in your workplace. You or your representative may participate in the inspection.

If you believe you have been discriminated against for making safety and health complaints, or for exercising your rights under the Act, you have a right to file a complaint with ADOSH within 30 days of the discriminatory action. You are also afforded protection from discrimination under the Federal Occupational Safety and Health Act and may file a complaint with the U.S. Secretary of Labor within 30 days of the discriminatory action.

You have the right to see any citations that have been issued to your employer. Your employer must post the citations at or near the location of the alleged violation.

You have the right to protest the time frame given for correction of any violation.

You have the right to obtain copies of your medical records or records of your exposure to toxic and harmful substances or conditions.

Your employer must post this notice in your workplace.

The Industrial Commission and ADOSH do not cover employers of household domestic labor, those in maritime activities (covered by OSHA), those in atomic energy activities (covered by the Atomic Energy Commission) and those in mining activities (covered by the Arizona Mine Inspector's office). To file a complaint, report an emergency or seek advice and assistance from ADOSH, contact the nearest ADOSH office:

Phoenix:
800 West Washington
Phoenix AZ. 85007
602-542-5795
Toll free: 855-268-5251



Tucson:
2675 East Broadway
Tucson, AZ. 85716
520-628-5478
Toll free: 855-268-5251

Industrial Commission web site: www.ica.state.az.us

Note: Persons wishing to register a complaint alleging inadequacy in the administration of the Arizona Occupational Safety and Health plan may do so at the following address:

U.S. Department of Labor – OSHA
320 N. 1st Ave., Ste 202
Phoenix, AZ 85003
Telephone: 602-514-7250

Revised 10/11

PROTECCION DE SEGURIDAD Y SANIDAD PARA EL EMPLEADO

El Acta de Seguridad y Sanidad Ocupacional de 1972 (Acta) provee protección de seguridad y sanidad para los empleados en Arizona. El Acta requiere que cada patron les ofrezca a sus empleados un lugar de empleo libre de riesgos reconocidos que puedan causar daño o muerte. El Acta también requiere que los patrones y empleados cumplan con las normas, y los reglamentos de seguridad y sanidad promulgados por la Comisión Industrial. La ejecución de esta ley se lleva a cabo por la División de Seguridad y Sanidad Ocupacional, un brazo de la Comisión Industrial de Arizona.

Como empleado, Ud. tiene los derechos siguientes:

Tiene el derecho de notificar a su patron o a ADOSH sobre peligros en su lugar de trabajo. Puede pedir a ADOSH que mantenga su nombre confidencialmente.

Tiene el derecho de solicitar una inspección por parte de ADOSH si cree que existen condiciones peligrosas o poco saludables en su lugar de trabajo. Usted o su representante puede participar en la inspección.

Si cree que su patron lo ha discriminado por presentar reclamos de seguridad y sanidad o por ejercer sus derechos bajo el Acta, puede presentar una queja a ADOSH durante un plazo de 30 días después de la acción de discriminación. También tiene protección de discriminación bajo el acta federal de seguridad y sanidad ocupacional y puede archivar una queja con el Secretario de Labor de los Estados Unidos dentro de 30 días después de la discriminación alegada.

Tiene el derecho de ver las citaciones enviadas a su empleador. Su empleador debe colocar las citaciones en un lugar visible en el sitio de la supuesta infracción o cerca de el.

Tiene el derecho de protestar el tiempo dado para corregir una violación.

Tiene el derecho de recibir copias de su historial médico o de los registros de su exposición a sustancias o condiciones tóxicas y peligrosas.

Su empleador debe colocar este aviso en su lugar de trabajo.

La ley de seguridad y sanidad en el trabajo no aplica a aquellos patrones que emplean a servicio doméstico, a patrones de actividades marítimas (protegidos bajo OSHA), a patrones en actividades de energía atómica (protegidos bajo la Comisión de Energía Atómica), o a patrones en actividades mineras (protegidos por la Oficina del Inspector de Minas del Estado de Arizona). Para registrar una queja, reportar una emergencia o pedir asistencia de ADOSH, póngase en contacto con la oficina más cercana :

Phoenix:
800 West Washington
Phoenix AZ. 85007
602-542-5795
Llamada gratis: 855-268-5251



Tucson:
2675 East Broadway
Tucson, AZ. 85716
520-628-5478
Llamada gratis: 855-268-5251

Industrial Commission web site: www.ica.state.az.us

Nota: Personas que deseen registrar quejas alegando falta de adecuadez en la administración del plan de seguridad y sanidad ocupacional de Arizona pueden dirigir las a la siguiente dirección:

U.S. Department of Labor – OSHA
230 N. 1st Ave., Ste. 202
Phoenix, AZ 85003
Teléfono: 602-514-7250

Revisado 10/11

WHISTLEBLOWERS ARE PROTECTED

It is the public policy of the State of California to encourage employees to notify an appropriate government or law enforcement agency, person with authority over the employee, or another employee with authority to investigate, discover, or correct the violation or noncompliance, and to provide information to and testify before a public body conducting an investigation, hearing or inquiry, when they have reason to believe their employer is violating a state or federal statute, or violating or not complying with a local, state or federal rule or regulation.

Who is protected?

Pursuant to [California Labor Code Section 1102.5](#), employees are the protected class of individuals. “Employee” means any person employed by an employer, private or public, including, but not limited to, individuals employed by the state or any subdivision thereof, any county, city, city and county, including any charter city or county, and any school district, community college district, municipal or public corporation, political subdivision, or the University of California. ([California Labor Code Section 1106](#))

What is a whistleblower?

A “whistleblower” is an employee who discloses information to a government or law enforcement agency, person with authority over the employee, or to another employee with authority to investigate, discover, or correct the violation or noncompliance, or who provides information to or testifies before a public body conducting an investigation, hearing or inquiry, where the employee has reasonable cause to believe that the information discloses:

1. A violation of a state or federal statute,
2. A violation or noncompliance with a local, state or federal rule or regulation, or
3. With reference to employee safety or health, unsafe working conditions or work practices in the employee’s employment or place of employment.

A whistleblower can also be an employee who refuses to participate in an activity that would result in a violation of a state or federal statute, or a violation of or noncompliance with a local, state or federal rule or regulation.

Even if an employee does not engage in such protected activity, but their employer believes they did or will engage in protected activity in the future, they are perceived to be a whistleblower and are protected.

What protections are afforded to whistleblowers?

1. An employer may not make, adopt, or enforce any rule, regulation, or policy preventing an employee from being a whistleblower.
2. An employer may not retaliate against an employee who is a whistleblower or is perceived to be a whistleblower.
3. An employer may not retaliate against an employee for refusing to participate in an activity that would result in a violation of a state or federal statute, or a violation or noncompliance with a state or federal rule or regulation.
4. An employer may not retaliate against an employee for having exercised their rights as a whistleblower in any former employment.

Under [California Labor Code Section 1102.5](#), if an employer retaliates against a whistleblower, the employer may be required to reinstate the employee’s employment and work benefits, pay lost wages and civil monetary penalties, and take other steps necessary to comply with the law.

How to report improper acts

If you have information regarding possible violations of state or federal statutes, rules, or regulations, or violations of fiduciary responsibility by a corporation or limited liability company to its shareholders, investors, or employees, **call the California State Attorney General’s Whistleblower Hotline at 1-800-952-5225.**

The Attorney General will refer your call to the appropriate government authority for review and possible investigation.

You can also agree to a settlement called a [stipulation with request for award](#) (stip). A stip usually includes a sum of money and future medical treatment. Payments take place over time. A judge will review the agreement.

If you cannot agree to a settlement with the claims administrator, you can go before a workers compensation judge, who will decide your PD award. A judge's finding is called a findings and award (F&A). The F&A generally consists of an amount of money and a provision for the claims administrator to pay for approved future medical treatment.

If your injury results in a permanent disability and the state determines that your PD benefit is disproportionately low compared to your earning loss, you may qualify for additional money from the Department of Industrial Relations' Special Earnings Loss Supplemental program which is also known as the Return to Work Program. If you have questions or think you qualify, contact your local I & A office or visit the DIR website at www.dir.ca.gov.

For more information, call 1-800-736-7401 or visit the DWC Web site at www.dwc.ca.gov to find a local [I&A office](#). You may also download [I&A guides](#) and get information on workshops for injured workers.

The information contained in this fact sheet is general in nature and is not intended as a substitute for legal advice. Changes in the law or the specific facts of your case may result in legal interpretations different than those presented here.

Time of Hire Notice

This notice, or a similar one that has been approved by the Administrative Director, must be given to all newly hired employees in the State of California. Employers and claims administrators may use the content of this document and put their logos and additional information on it. The content of this notice applies to all industrial injuries that occur on or after January 1, 2013.

WHAT IS WORKERS' COMPENSATION?

If you get hurt on the job, your employer is required by law to pay for workers' compensation benefits. You could get hurt by:

One event at work. Examples: hurting your back in a fall, getting burned by a chemical that splashes on your skin or getting hurt in a car accident while making deliveries.

—or—

Repeated exposures at work. Examples: hurting your hand, back, or other part of your body from doing the same repeated motion or losing your hearing because of constant loud noise

—or—

Workplace crime. Examples: you get hurt in a store robbery, physically attacked by an unhappy customer.

Discrimination is illegal

It is illegal under Labor Code section 132a for your employer to punish or fire you because you:

- File a workers' compensation claim
- Intend to file a workers' compensation claim
- Settle a workers' compensation claim
- Testify or intend to testify for another injured worker.

If it is found that your employer discriminated against you, he or she may be ordered to return you to your job. Your employer may also be made to pay for lost wages, increased workers' compensation benefits, and costs and expenses set by state law.

WHAT ARE THE BENEFITS?

- **Medical care:** Paid for by your employer to help you recover from an injury or illness caused by work. Doctor visits, hospital services, physical therapy, lab tests and x-rays are some of the medical services that may be provided. These services should be necessary to treat your injury. There are limits on some services such as physical and occupational therapy and chiropractic care.



- **Temporary Disability (TD) benefits:** Payments if you lose wages because your injury prevents you from doing your usual job while recovering. The amount you may get is up to two-thirds of your wages. There are minimum and maximum payment limits set by state law. You will be paid every two weeks if you are eligible. For most injuries, payments may not exceed 104 weeks within five years from your date of injury. Temporary Disability (TD) stops when you return to work, or when the doctor releases you for work, or says your injury has improved as much as it's going to.
- **Permanent Disability (PD) benefits:** Payments if you don't recover completely. You will be paid every two weeks if you are eligible. There are minimum and maximum weekly payment rates established by state law. The amount of payment is based on:
 - Your doctor's medical reports
 - Your age
 - Your occupation
- **Supplemental Job Displacement Benefits (SJDB):** This is a voucher for up to \$6,000 that you can use for retraining or skill enhancement at an approved school, books, tools, licenses or certification fees, or other resources to help you find a new job. You are eligible for this voucher if:
 - You have a permanent disability.
 - Your employer does not offer regular, modified, or alternative work, **within 60 days** after the claims administrator receives a doctor's report saying you have made a maximum medical recovery.
- **Return-to-Work Supplemental Program (RTWSP):** For dates of injury after 1/1/2013, you may qualify for additional money from the Division of Workers' compensation program known as the Return-to-Work Supplement Program (RTWSP) if you received the Supplemental Job Displacement Voucher (SJDB). If you have questions or think you qualify, contact the Information & Assistance Unit by calling 1-800-736-7401 or visit website: <https://www.dir.ca.gov/RTWSP/RTWSP.html>
- **Death benefits:** Payments to your spouse, children or other dependents if you die from a job injury or illness. The amount of payment is based on the number of dependents. The benefit is paid every two weeks at a rate of at least \$224 per week. In addition, workers' compensation provides a burial allowance.



OTHER BENEFITS

You may file a claim with the Employment Development Department (EDD) to get state disability benefits when workers' compensation benefits are delayed, denied, or have ended. There are time restrictions so for more information contact the local office of EDD or go to their web site www.edd.ca.gov.

Workers' compensation fraud is a crime

Any person who makes or causes to be made any knowingly false statement in order to obtain or deny workers' compensation benefits or payments is guilty of a felony. If convicted, the person will have to pay fines up to \$150,000 and/or serve up to five years in jail.

WHAT SHOULD I DO IF I HAVE AN INJURY?

Report your injury to your employer

Tell your supervisor right away no matter how slight the injury may be. Don't delay – there are time limits. You could lose your right to benefits if your employer does not learn of your injury within 30 days. If your injury or illness is one that develops over time, report it as soon as you learn it was caused by your job. If you cannot report to the employer or don't hear from the claims administrator after you have reported your injury, contact the claims administrator yourself.

Workers' compensation insurance company or if employer is self-insured, person responsible for handling the claim is:

TRANSPORTATION INSURANCE COMPANY

Address: **151 N. FRANKLIN ST., CHICAGO, IL 60606-1915**

Phone: **1-877-CNA-ASAP (262-2727)**

You may be able to find the name of your employer's workers' compensation insurer at www.caworkcompcoverage.com. If no coverage exists or coverage has expired, contact the Division of Labor Standards Enforcement at www.dir.ca.gov/DLSE as all employees must be covered by law.

Get emergency treatment if needed

If it's a medical emergency, go to an emergency room right away. Tell the medical provider who treats you that your injury is job related. Your employer may tell you where to go for treatment.



Emergency telephone number: Call 911 for an ambulance, fire department or police. For non-emergency medical care, contact your employer, the workers' compensation claims administrator or go to this facility:

Fill out DWC 1 claim form and give it to your employer

Your employer must give you a [DWC 1 claim form](#) within one working day after learning about your injury or illness. Complete the employee portion, sign and give it back to your employer. Your employer will then file your claim with the claims administrator. Your employer must authorize treatment within **one working day** of receiving the **DWC 1 claim form**. If the injury is from repeated exposures, you have **one year** from when you realized your injury was job related to file a claim.

In either case, you may receive up to **\$10,000** in employer-paid medical care until your claim is either accepted or denied. The claims administrator has **up to 90 days** to decide whether to accept or deny your claim. Otherwise, your case is presumed payable. Your employer or the claims administrator will send you "benefit notices" that will advise you of the status of your claim.

MORE ABOUT MEDICAL CARE

What is a Primary Treating Physician (PTP)?

This is the doctor with overall responsibility for treating your injury or illness. He or she may be:

- The doctor you name in writing *before* you get hurt on the job
- A doctor from the medical provider network (MPN)
- The doctor chosen by your employer during the first 30 days of injury if your employer does not have an MPN or
- The doctor you chose after the first 30 days if your employer does not have a MPN.

What is a Medical Provider Network (MPN)?

A MPN is a select group of health care providers who treat injured workers. Check with your employer to see if they are using a MPN. If you have not named a doctor before you get hurt and your employer is using a MPN, you will see a MPN doctor. After your first visit, you are free to choose another doctor from the MPN list.

What is Predesignation?

Predesignation is when you name your regular doctor to treat you if you get hurt on the job. The doctor must be a medical doctor (M.D.), doctor of osteopathic medicine (D.O.) or a medical group with an M.D. or D.O. You must name your doctor in writing *before* you get hurt or become ill.



You may predesignate a doctor if you have health care coverage for non-work injuries and illnesses. The doctor must have:

- Treated you
- Maintained your medical history and records before your injury and
- Agreed to treat you for a work-related injury or illness before you get hurt or become ill.

You may use the “predesignation of personal physician” form included with this notice. After you fill in the form, be sure to give it to your employer. If your employer does not have an approved MPN, you may name your chiropractor or acupuncturist to treat you for work related injuries. The notice of personal chiropractor or acupuncturist must be in writing before you get hurt. You may use the form included in this notice. After you fill in the form, be sure to give it to your employer.

With some exceptions, state law does not allow a chiropractor to continue as your treating physician after 24 visits. Once you have received 24 chiropractic visits, if you still require medical treatment, you will have to select a new physician who is not a chiropractor. The term “chiropractic visit” means any chiropractic office visit, regardless of whether the services performed involve chiropractic manipulation or are limited to evaluation and management.

Exceptions to 24 visits include postsurgical physical medicine visits prescribed by the surgeon, or physician designated by the surgeon, under the postsurgical component of the Division of Workers’ Compensation’s Medical Treatment Utilization Schedule, or if your employer has authorized additional visits in writing.

WHAT IF THERE IS A PROBLEM?

If you have a concern, speak up. Talk to your employer or the claims administrator handling your claim and try to solve the problem. If this doesn’t work, get help by trying the following:

Contact the Division of Workers’ Compensation (DWC) Information and Assistance (I&A) Unit. All 24 DWC offices throughout the state provide information and assistance on rights, benefits and obligations under California's workers' compensation laws. I&A officers help resolve disputes without formal proceedings. Their goal is to get you full and timely benefits. Their services are free.

To contact the nearest I&A Unit, go to [https:// www.dir.ca.gov/dwc/ianda.html](https://www.dir.ca.gov/dwc/ianda.html) or call **1-800-736-7401**.

The nearest I&A Unit is located at:

Address: _____

Phone number: _____



Consult with an attorney

Most attorneys offer one free consultation. If you decide to hire an attorney, his or her fees may be taken out of some of your benefits. For names of workers' compensation attorneys, call the State Bar of California at **1-415-538-2120** or go visit their website at www.californiaspecialist.org. You may also get a list of attorneys from your local I&A Unit by calling **1-800-736-7401**.

Your employer may not pay workers' compensation benefits if you get hurt in a voluntary off- duty recreational, social or athletic activity that is not part of your work-related duties.

You may also have other rights under the Americans with Disabilities Act (ADA) or the California Fair Employment and Housing Act (FEHA). For additional information, contact California Civil Rights Department (CRD) at 1-800-884-1684 or the Equal Employment Opportunity Commission (EEOC) at 1-800-669-4000.

The information contained in this notice conforms to the informational requirements found in Labor Code sections 3551 and 3553 and California Code of Regulation, Title 8, sections 9880 and 9883. This document is approved by the Division of Workers' Compensation Administrative Director.

Please visit the Division of Workers' Compensation website at: www.dwc.ca.gov or call 1-800-736-7401

Department of Industrial Relations
1515 Clay Street, 17th Floor
Oakland, CA 94612



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.), doctor of osteopathic medicine (D.O.) or medical group if:

- on the date of your work injury you have health care coverage 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 or 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, Plan, or Fund providing health coverage for nonoccupational injuries or illnesses: _____

Employee's Signature _____ Date: _____

Physician: I agree to this Predesignation:

Signature: _____ Date: _____
(Physician or Designated Employee of the Physician or Medical Group)

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 predesignated will be required pursuant to Title 8, California Code of Regulations, section 9780.1(a)(3).

Title 8, California Code of Regulations, section 9783.

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.

NOTE: If your date of injury is January 1, 2004 or later, a chiropractor cannot be your treating physician after you have received 24 chiropractic visits unless your employer has authorized additional visits in writing. The term "chiropractic visit" means any chiropractic office visit, regardless of whether the services performed involve chiropractic manipulation or are limited to evaluation and management. Once you have received 24 chiropractic visits, if you still require medical treatment, you will have to select a new physician who is not a chiropractor. This prohibition shall not apply to visits for postsurgical physical medicine visits prescribed by the surgeon, or physician designated by the surgeon, under the postsurgical component of the Division of Workers' Compensation's Medical Treatment Utilization Schedule.

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)

(street address, city, state, zip code)

(Telephone number)

Employee Name (please print): _____

Employee's Address:

Employee's Signature _____ Date: _____

Title 8, California Code of Regulations, section 9783.1.
(Optional DWC Form 9783.1 Effective date July 1, 2014)

Aviso para el nuevo empleado

Este aviso, o uno similar que haya sido aprobado por el Director Administrativo, deben entregarse a todos los empleados recién contratados en el estado de California. Los empleadores y administradores de reclamos pueden utilizar el contenido de este documento y colocar en él sus logotipos e información adicional. El contenido de este folleto se aplica a todos los accidentes de trabajo ocurridos a partir del 1 de enero de 2013.

¿QUÉ ES LA COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES?

Si se lesiona en el trabajo, su empleador está obligado por ley a pagarle beneficios de compensación de trabajadores. Podría resultar herido por:

Un suceso en el trabajo. Ejemplos: hacerse daño en la espalda en una caída, quemarse con un producto químico que le salpique la piel o lesionarse en un accidente de automóvil mientras hace repartos.

—o—

Exposiciones repetidas en el trabajo. Ejemplos: lastimarse la mano, la espalda u otra parte del cuerpo por hacer el mismo movimiento repetido o perder la audición por ruidos fuertes y constantes.

—o—

Delitos en el lugar de trabajo. Ejemplos: resulta herido en un atraco a una tienda, es agredido físicamente por un cliente descontento.

La discriminación es ilegal

Según la sección 132a del Código Laboral, es ilegal que su empleador lo castigue o despidan porque usted:

- Presenta un reclamo de compensación de trabajadores
- Tiene intención de presentar un reclamo de compensación de trabajadores
- Concilia un reclamo de compensación de trabajadores
- Testifica o tiene intención de testificar por otro trabajador lesionado

Si se determina que su empleador lo ha discriminado, puede ordenársele que lo reincorpore a su puesto de trabajo; su empleador también puede verse obligado a pagar los salarios perdidos, el aumento de los beneficios de compensación por accidentes laborales y los costos y gastos establecidos por la legislación estatal.



¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS?

- **Atención médica:** pagada por su empleador para ayudarlo a recuperarse de una lesión o enfermedad causada por el trabajo. Las visitas al médico, los servicios hospitalarios, la fisioterapia, las pruebas de laboratorio y las radiografías son algunos de los servicios médicos que pueden prestarse; estos servicios deben ser necesarios para tratar su lesión. Existen límites para algunos servicios, como la fisioterapia, la terapia ocupacional y la quiropráctica.
- **Beneficios por discapacidad temporal (Temporary Disability, TD):** pagos si pierde salario porque su lesión le impide realizar su trabajo habitual mientras se recupera. El monto que puede recibir es de hasta dos tercios de su salario. Existen límites mínimos y máximos de pago establecidos por la legislación estatal; se le pagará cada dos semanas si es elegible. Para la mayoría de las lesiones, los pagos no pueden superar las 104 semanas en un plazo de cinco años a partir de la fecha de la lesión. La discapacidad temporal (TD) finaliza cuando vuelve al trabajo, o cuando el médico le da el alta para trabajar o dice que su lesión ha mejorado todo lo que va a mejorar.
- **Beneficios por discapacidad permanente (Permanent Disability, PD):** pagos si no se recupera del todo. se le pagará cada dos semanas si es elegible. Existen tasas de pago semanales mínimos y máximos establecidos por la legislación estatal; el monto del pago se basa en:
 - Los informes médicos de su doctor.
 - Su edad.
 - Su profesión.
- **Beneficio suplementario por el desplazamiento de trabajo (Supplemental Job Displacement Benefits, SJDB):** se trata de un vale de hasta \$6,000 que puede utilizar para volver a capacitarse o mejorar sus conocimientos en una escuela aprobada, para libros, herramientas, licencias o tarifas de certificación, u otros recursos que lo ayuden a encontrar un nuevo empleo; Es elegible a este vale si:
 - Tiene una discapacidad permanente.
 - Su empleador no le ofrece un trabajo regular, modificado o alternativo, **dentro de los 60 días** posteriores a que el administrador de reclamos reciba un informe médico que indique que usted ha logrado una recuperación médica máxima.
- **Programa Suplementario de Regreso al Trabajo (Return-to-Work Supplemental Program, RTWSP):** para las fechas de lesión después del 1 de enero de 2013, usted puede calificar para dinero adicional del programa de la División de Compensación de Trabajadores conocido como el Programa Suplementario de Regreso al Trabajo (RTWSP) si usted recibió el vale de los Beneficios Suplementarios por el Desplazamiento de Trabajo (SJDB). Si tiene alguna pregunta o cree que reúne los requisitos, póngase en contacto con la Unidad de Información y Asistencia llamando al 1-800-736-7401 o visite el sitio web: <https://www.dir.ca.gov/RTWSP/RTWSP.html>



- **Beneficios por muerte:** pagos a su cónyuge, hijos u otras personas a su cargo si fallece a causa de una lesión o enfermedad laboral. El monto del pago depende del número de personas a cargo. El beneficio se paga cada dos semanas a una tasa de, como mínimo, **\$224 semanales**; además, la compensación de trabajadores prevé un subsidio de sepelio.

OTROS BENEFICIOS

Puede presentar un reclamo ante el Departamento de Desarrollo del Empleo (Employment Development Department, EDD) para obtener beneficios estatales por discapacidad cuando los beneficios de compensación de trabajadores se retrasen, denieguen o hayan finalizado. Hay restricciones de tiempo, así que para más información póngase en contacto con la oficina local del EDD o visite su sitio web: www.edd.ca.gov.

El fraude en la compensación de trabajadores es delito

Toda persona que realice o haga realizar cualquier declaración deliberadamente falsa con el fin de obtener o denegar beneficios o pagos de compensación de trabajadores es culpable de un delito grave; si es declarada culpable, la persona tendrá que pagar multas de hasta \$150,000 o cumplir hasta cinco años de cárcel.

¿QUÉ DEBO HACER SI TENGO UNA LESIÓN?

Informe la lesión a su empleador

Informe inmediatamente a su supervisor, por leve que sea la lesión; no se demore, hay plazos. Puede perder el derecho a los beneficios si su empleador no se entera de su lesión en un plazo de 30 días. Si su lesión o enfermedad se desarrolla con el tiempo, notifíquelo en cuanto sepa que ha sido causada por su trabajo. Si no puede informar al empleador o no tiene noticias del administrador de reclamos después de haber informado sobre su lesión, comuníquese usted mismo con el administrador de reclamos.

La persona responsable de tramitar la reclamos de la compañía de seguros de compensación por accidentes laborales, o si el empleador está autoasegurado, es:

TRANSPORTATION INSURANCE COMPANY

Dirección: 151 N. FRANKLIN ST., CHICAGO, IL 60606-1915

Teléfono: 1-877-CNA-ASAP (262-2727)



Puede encontrar el nombre de la compañía de seguros de compensación de trabajadores de su empleador en www.caworkcompcoverage.com. Si no existe cobertura o ésta ha expirado, póngase en contacto con la División de Cumplimiento de las Normas Laborales en www.dir.ca.gov/DLSE ya que todos los empleados deben tener cobertura por ley.

Reciba tratamiento de urgencia si es necesario

Si se trata de una urgencia médica, acuda de inmediato a urgencias. Informe al proveedor médico que lo atiende de que su lesión está relacionada con el trabajo. Su empleador puede indicarle dónde acudir para recibir tratamiento

Número de teléfono de urgencias: llame al 911 para pedir una ambulancia, a los bomberos o a la policía. Para recibir atención médica no urgente, póngase en contacto con su empleador, con el administrador de reclamos de compensación por accidentes laborales o acuda a este centro: _____

Rellene el formulario de reclamos DWC 1 y entrégueselo a su empleador

Su empleador debe entregarle un [Formulario de reclamos DWC 1](#) en el plazo de un día hábil tras conocer su lesión o enfermedad. Rellene la parte correspondiente al empleado, fírmela y devuélvala a su empleador. A continuación, su empleador presentará el reclamo al administrador de reclamos. Su empleador debe autorizar el tratamiento en el plazo de un día hábil a partir de la recepción del **formulario de reclamos DWC 1**. Si la lesión se debe a exposiciones repetidas, dispone **de un año** desde el momento en que se dio cuenta de que su lesión estaba relacionada con el trabajo para presentar un reclamo.

En ambos casos, puede recibir hasta \$10,000 en concepto de atención médica pagada por el empleador hasta que se acepte o deniegue su reclamo. El administrador de reclamos tiene hasta 90 días para decidir si acepta o rechaza su reclamo; de lo contrario, su caso se presume pagadero. Su empleador o el administrador de reclamos le enviarán "avisos de beneficios" que le informarán de la situación de su reclamo.

MÁS SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA

¿Qué es un médico tratante principal (Primary Treating Physician, PTP)?

Es el médico responsable del tratamiento de su lesión o enfermedad. Él o ella pueden ser:

- El médico que nombra por escrito antes de lesionarse en el trabajo.
- Un médico de la red de proveedores médicos (Medical Provider Network, MPN).
- El médico elegido por su empleador durante los 30 primeros días de la lesión si su empleador no dispone de una MPN.
- El médico que haya elegido después de los primeros 30 días si su empleador no dispone de una MPN.



¿Qué es una red de proveedores médicos (MPN)?

Una MPN es un grupo selecto de proveedores de atención médica que tratan a trabajadores lesionados. Consulte a su empresa si utiliza una MPN. Si no ha nombrado a un médico antes de lesionarse y su empleador utiliza una MPN, acudirá a un médico de la MPN; después de su primera visita, es libre de elegir otro médico de la lista de la MPN.

¿Qué es la designación previa?

La designación previa es cuando nombra a su médico habitual para que lo trate si se lesiona en el trabajo. El médico debe ser doctor en medicina (Medical Doctor, MD), doctor en medicina osteopática (Doctor of Osteopathic Medicine, DO) o un grupo médico con un MD o DO. Debe nombrar a su médico por escrito antes de lesionarse o enfermarse; puede designar previamente a un médico si tiene cobertura de atención médica para lesiones y enfermedades no laborales. El médico debe:

- Haberlo tratado.
- Haber mantenido su historial y expedientes médicos antes de la lesión.
- Haber acordado tratarlo por una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo antes de que se lesionara o enfermara.

Puede utilizar el formulario de "designación previa de médico personal" incluido en este folleto. Después de rellenar el formulario, no olvide entregárselo a su empleador; si su empleador no tiene una MPN aprobada, puede nombrar a su quiropráctico o acupunturista para que le trate las lesiones relacionadas con el trabajo. El aviso del quiropráctico o acupunturista personal debe hacerse por escrito antes de que se lesione. Puede utilizar el formulario incluido en este folleto; Después de rellenar el formulario, no olvide entregárselo a su empleador;

Con algunas excepciones, la ley estatal no permite que un quiropráctico siga siendo su médico tratante después de **24 consultas**. Una vez que haya recibido 24 consultas quiroprácticas, si sigue necesitando tratamiento médico, tendrá que elegir un nuevo médico que no sea quiropráctico. Por "consulta quiropráctica" se entiende cualquier visita a un consultorio quiropráctico, independientemente de que los servicios prestados impliquen manipulación quiropráctica o se limiten a evaluación y gestión.

Las excepciones a las 24 consultas incluyen las consultas de medicina física posquirúrgicas prescritas por el cirujano, o el médico designado por el cirujano, en virtud del componente posquirúrgico del Programa de Utilización de Tratamientos Médicos de la División de Compensación por Accidentes Laborales, o si su empleador ha autorizado consultas adicionales por escrito.

¿Y SI HAY ALGÚN PROBLEMA?

Si tiene alguna preocupación, dígalo. Hable con su empleador o con el administrador de reclamos que tramita su reclamo e intente resolver el problema; si esto no funciona, pida ayuda probando lo siguiente:



Póngase en contacto con la Unidad de Información y Asistencia (Information and Assistance, I&A) de la División de Compensación de Trabajadores: Division of Workers' Compensation, DWC). Las 24 oficinas de la DWC repartidas por todo el estado ofrecen información y asistencia sobre derechos, beneficios y obligaciones en virtud de las leyes de compensación por accidentes laborales de California. Los funcionarios de la I&A ayudan a resolver conflictos sin procedimientos formales. Su meta es conseguirle beneficios completos y a tiempo; sus servicios son gratuitos. Para ponerse en contacto con la Unidad de I&A más cercana, visite www.dir.ca.gov/dwc/ianda.html o llame al 1-800-736-7401.

La Unidad de I&A más cercana se encuentra en:

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Consulte con un abogado

La mayoría de los abogados ofrecen una consulta gratuita. Si decide contratar a un abogado, sus honorarios pueden deducirse de algunos de sus beneficios. Para obtener los nombres de los abogados de compensación por accidentes laborales, llame al Colegio de Abogados del Estado de California al 1-415-538-2120 o visite su sitio web en www.californiaspecialist.org. También puede obtener una lista de abogados en la Unidad de I&A local llamando al 1-800-736-7401.

Advertencia

Es posible que su empleador no le pague la compensación de trabajadores si se lesiona en una actividad recreativa, social o deportiva voluntaria fuera del trabajo que no forme parte de sus obligaciones laborales.

Derechos adicionales

También puede tener otros derechos en virtud de la Ley federal de Americanos con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA) o la Ley de Justicia en el Empleo y la Vivienda (Fair Employment and Housing Act, FEHA) de California. Para obtener más información, póngase en contacto con el Departamento de Derechos Civiles (Civil Rights Department, CRD) de California, llamando al 1-800-884-1684, o con la Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo (Equal Employment Opportunity Commission, EEOC), llamando al 1-800-669-4000.

La información contenida en este folleto se ajusta a los requisitos informativos que figuran en las secciones 3551 y 3553 del Código Laboral y en las secciones 9880 y 9883 del título 8 del Código de Reglamentos de California. Este documento ha sido aprobado por el director administrativo de la División de Compensación de Trabajadores.

Visite el sitio web de la División de Compensación de Trabajadores

www.dwc.ca.gov o llame al 1-800-736-7401

Departamento de Relaciones Industriales

1515 Clay Street, 17th Floor

Oakland, CA 94612



DESIGNACIÓN PREVIA DE MÉDICO PERSONAL

En caso de que usted sufra una lesión o enfermedad relacionada a su empleo, usted puede recibir tratamiento médico por esa lesión o enfermedad de su médico personal (M.D.), médico osteópata (D.O.) o grupo médico si:

- En la fecha de su lesión laboral usted tiene cobertura de atención médica para lesiones o enfermedades no laborales;
- el médico es su médico regular, que será o un médico que ha limitado su práctica médica a medicina general o un internista certificado o elegible para serlo, 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 grupo médico multidisciplinario integrado que predominantemente proporciona amplios servicios médicos para lesiones y enfermedades no laborales;
- antes de la lesión su médico está de acuerdo a 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 personal lo trate para una lesión o enfermedad laboral y (2) el nombre y dirección comercial de su médico personal.

Puede usar este formulario para notificarle a su empleador si usted desea que su médico personal o médico osteópata lo trate para una lesión o enfermedad de trabajo y que los requisitos mencionados arriba se cumplan.

AVISO DE DESIGNACIÓN PREVIA DE MÉDICOPERSONAL

Empleado: Rellene esta sección.

A: _____ (nombre del empleador) Si sufro una lesión o enfermedad laboral, 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):

Dirección del Empleado:

Nombre de Compañía de Seguros, Plan o Fondo proporcionando cobertura médica para lesiones o enfermedades no laborales:

Firma del Empleado

Fecha:

Médico: Estoy de acuerdo con esta Designación Previa:

Firma: _____ Fecha: _____

(Médico o Empleado designado por el Médico o Grupo Médico)

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 a ser designado previamente de acuerdo al Código de Reglamentos de California, Título 8, sección 9780.1(a) (3).

Título 8, Código de Reglamentos de California, sección 9783.

§9783.1 Formulario 9783.1 de la DWC: Aviso de Quiropráctico Personal o Acupuntor Personal

NOTICIA DE QUIROPRÁCTICO PERSONAL O ACUPUNTOR PERSONAL

Si su empleador o la compañía de seguros de su empleador no tiene una Red de Proveedores Médicos establecida, es posible que pueda cambiar su médico que lo atiende a su quiropráctico o acupuntor personal después de una lesión o enfermedad laboral. Para tener derecho a hacer este cambio, usted debe antes de la lesión o enfermedad darle por escrito a su empleador el nombre y la dirección comercial de un quiropráctico o acupuntor personal. Generalmente, su administrador de reclamos tiene el derecho de elegir al médico que le proporcionará el tratamiento 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.

AVISO: Si la fecha de su lesión es durante o después del 1 de enero, 2004, un quiropráctico no puede ser su médico que lo atiende después de que haya recibido 24 consultas quiroprácticas a no ser que su empleador ha autorizado consultas adicionales por escrito. El término “consulta quiropráctica” significa cualquier consulta en un consultorio quiropráctica, sin importar si los servicios cumplidos conllevan manipulación quiropráctica o se limitan a evaluación y manejo. Una vez que haya recibido 24 consultas quiroprácticas, si aún necesita tratamiento médico, usted tendrá que escoger un nuevo médico que no sea quiropráctico. Esta prohibición no se aplicará a consultas por medicina física pos-quirúrgica prescrita por el cirujano o médico designado por el cirujano, bajo el componente pos-quirúrgico del Catálogo de Utilización de Tratamientos Médicos o MTUS de la División de Compensación de Trabajadores.

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)

(Dirección, ciudad, estado, código postal)

(Número de teléfono)

Nombre del Empleado (en letras de molde, por favor):

Dirección del Empleado:

Firma del Empleado _____ Fecha: _____

Título 8, Código de Reglamentos de California, sección 9783.1. (Formulario 9783.1 Opcional de la DWC Vigente a partir del 1 de julio, 2014)



NOTICE



IF YOU ARE INJURED ON THE JOB, YOU HAVE RIGHTS UNDER THE COLORADO WORKERS' COMPENSATION ACT. YOUR EMPLOYER IS REQUIRED BY LAW TO HAVE WORKERS' COMPENSATION INSURANCE. THE COST OF THE INSURANCE IS PAID ENTIRELY BY YOUR EMPLOYER. IF YOUR EMPLOYER DOES NOT HAVE WORKERS' COMPENSATION INSURANCE, YOU STILL HAVE RIGHTS UNDER THE LAW.

IT IS AGAINST THE LAW FOR YOUR EMPLOYER TO HAVE A POLICY CONTRARY TO THE REPORTING REQUIREMENTS SET FORTH IN THE COLORADO WORKERS' COMPENSATION ACT. YOUR EMPLOYER IS INSURED THROUGH:

IF YOU ARE INJURED ON THE JOB, NOTIFY YOUR EMPLOYER AS SOON AS YOU ARE ABLE, AND REPORT YOUR INJURY TO YOUR EMPLOYER IN WRITING WITHIN 10 DAYS AFTER THE INJURY. IF YOU DO NOT REPORT YOUR INJURY PROMPTLY, YOU MAY STILL PURSUE A CLAIM.

ADVISE YOUR EMPLOYER IF YOU NEED MEDICAL TREATMENT. IF YOU OBTAIN MEDICAL CARE, BE SURE TO REPORT TO YOUR EMPLOYER AND HEALTH-CARE PROVIDER HOW, WHEN, AND WHERE THE INJURY OCCURRED.

YOU MAY FILE A WORKER'S CLAIM FOR COMPENSATION WITH THE DIVISION OF WORKERS' COMPENSATION. TO OBTAIN FORMS OR INFORMATION REGARDING THE WORKERS' COMPENSATION SYSTEM, THE CUSTOMER SERVICE CONTACT INFORMATION FOR THE DIVISION OF WORKERS' COMPENSATION IS:



**Division of Workers'
Compensation**

**707 17th Street, Suite 2300
Denver, CO 80202**



303-318-8700

1-888-390-7936 (Toll-Free)

cdle.colorado.gov/dwc





AVISO



SI SE LESIONA EN EL TRABAJO, TIENE DERECHOS BAJO LA LEY DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES DE COLORADO. SU EMPLEADOR ESTÁ OBLIGADO POR LEY A TENER UN SEGURO DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES. EL COSTO DEL SEGURO ES PAGADO EN SU TOTALIDAD POR SU EMPLEADOR. SI SU EMPLEADOR NO TIENE SEGURO DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES, USTED TODAVÍA TIENE DERECHOS BAJO LA LEY.

ES CONTRA LA LEY QUE SU EMPLEADOR TENGA UNA PÓLIZA CONTRARIA A LOS REQUISITOS DE INFORMES ESTABLECIDOS EN LA LEY DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES DE COLORADO. SU EMPLEADOR ESTÁ ASEGURADO A TRAVÉS DE:

**SI SE LESIONA EN EL TRABAJO,
NOTIFIQUE A SU EMPLEADOR TAN
PRONTO COMO PUEDA E INFORME SU
LESIÓN A SU EMPLEADOR POR
ESCRITO DENTRO DE LOS 10 DÍAS
POSTERIORES A LA LESIÓN. SI NO
INFORMA SU LESIÓN CON
PRONTITUD, AÚN PUEDE PRESENTAR
UN RECLAMO.**

**INFORME A SU EMPLEADOR SI
NECESITA TRATAMIENTO MÉDICO. SI
OBTIENE ATENCIÓN MÉDICA,
ASEGÚRESE DE INFORMAR A SU
EMPLEADOR Y PROVEEDOR DE
ATENCIÓN MÉDICA CÓMO, CUÁNDO Y
DÓNDE OCURRIÓ LA LESIÓN.**

PUEDE PRESENTAR UN RECLAMO DE COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR ANTE LA DIVISIÓN DE COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES. PARA OBTENER FORMULARIOS O INFORMACIÓN SOBRE EL SISTEMA DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES, LA INFORMACIÓN DE CONTACTO DE SERVICIO AL CLIENTE PARA LA DIVISIÓN DE COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES ES:



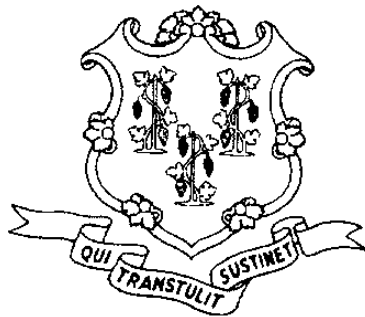
**Division of Workers'
Compensation
707 17th Street, Suite 2300
Denver, CO 80202**



**303-318-8700
1-888-390-7936 (Llame Gratis)
cdle.colorado.gov/dwc**



NOTICE TO EMPLOYEES



State of Connecticut Workers' Compensation Commission

Revised 10-01-2021

The Workers' Compensation Act (Connecticut General Statutes Chapter 568) requires your employer,
TRUSTEES OF DARTMOUTH COLLEGE

to provide benefits to you in case of injury or occupational disease in the course of employment.

Section 31-294b of the Workers' Compensation Act states "Any employee who has sustained an injury in the course of his employment shall immediately report the injury to his employer, or some person representing his employer. If the employee fails to report the injury immediately, the administrative law judge may reduce the award of compensation proportionately to any prejudice that he finds the employer has sustained by reason of the failure, provided the burden of proof with respect to such prejudice shall rest upon the employer."

An injury report by the employee is NOT an official written notice of claim for workers' compensation benefits; the Workers' Compensation Commission's Form 30C is necessary to satisfy this requirement.

NOTE: You must comply with P. A. 17-141 (see next box, below) when filing a compensation claim.

The INSURANCE COMPANY or SELF-INSURANCE ADMINISTRATOR is:

Name **NATIONAL FIRE INSURANCE COMPANY OF HARTFORD**

Address **151 N. FRANKLIN ST.**

Telephone **1-877-CNA-ASAP (262-2727)**

City/Town **CHICAGO**

State **IL**

Zip Code **60604-1915**

Approved Medical Care Plan ☐ Yes ☐ No

The State of Connecticut Workers' Compensation Commission office for this workplace is located at:

Address _____ Telephone _____

City/Town _____ State _____ Zip Code _____

Public Act 17-141 allows an employer the option to designate and post – "in the workplace location where other labor law posters required by the Labor Department are prominently displayed" and on the Workers' Compensation Commission's website [wcc.state.ct.us] – a location where employees must file claims for compensation.

If your employer has listed a location below, you **MUST** file your compensation claim there.

When filing your claim, you are also required – by law – to send it by certified mail.

If blank below, ask your employer where to file your claim.

Employer Name _____

Address _____ Telephone _____

City/Town _____ State _____ Zip Code _____

THIS NOTICE MUST BE IN TYPE OF NOT LESS THAN TEN POINT BOLD-FACE AND POSTED IN A CONSPICUOUS PLACE IN EACH PLACE OF EMPLOYMENT. FAILURE TO POST THIS NOTICE WILL SUBJECT THE EMPLOYER TO STATUTORY PENALTY (Section 31-279 C.G.S.).

Date Posted: **07/01/2025**

Any questions as to your rights under the law or the obligations of the employer or insurance company should be addressed to the employer, the insurance company, or the Workers' Compensation Commission (1-800-223-9675).

Department of Employment Services **LABOR STANDARDS BUREAU**



OFFICE OF WORKERS' COMPENSATION

4058 MINNESOTA AVENUE, N.E. • WASHINGTON, DC 20019 • (202) 671-1000 • (202) 671-1929 (Fax)

WARNING: It is a crime to provide false or misleading information to an insurer for the purpose of defrauding the insurer or any other person. Penalties include imprisonment and/or fines. In addition, an insurer may deny insurance benefits if false information materially related to a claim was provided by the applicant.

NOTICE OF COMPLIANCE

TO EMPLOYEES

1. You are required by law to report promptly to your employer and the Office of Workers' Compensation an occupational injury or disease, even if you deem it to be minor. Form No. 7 DCWC, Notice of Accidental Injury or Occupational Disease, to be obtained from the employer or the Office of Workers' Compensation, must be used for that purpose. After you have completed and signed the form, mail it to the Office of Workers' Compensation at the above address, and to your employer.
2. You are entitled, if required, to the services of a physician or hospital of your choice and lost wages. Call (202) 671-1000 or visit <http://does.dc.gov> for information.
3. You may not sue your employer as a result of a work-related injury or disease by reason of your exclusive remedy under the Workers' Compensation Law.
4. In order to preserve your right to benefits under the DC Workers' Compensation Law, you must file a written claim on Form No. 7A DCWC, Employee's Claim Application, within one (1) year after your injury, or within one (1) year after the last payment of benefits.
5. If you need information regarding your rights and obligations prescribed by law, you may call your employer first. If you require further information, you may call the Office of Workers' Compensation at (202) 671-1000 or visit <http://does.dc.gov>.
6. The law gives you the right to legal representation if you so choose.

TO EMPLOYERS

1. You are required to have Workers' Compensation insurance coverage if you have one (1) or more employees.
2. You are required to display this poster at each worksite so that it will be of the greatest possible benefit to your employees.
3. You must file an Employer's First Report of Injury or Occupational Disease, Form No. 8 DCWC, with the Office of Workers' Compensation, send a copy to the nearest claim office of your insurer, for all occupational injuries or disease, as soon as possible, but no later than ten (10) working days after the date of knowledge thereof.
4. Your employee must file Form No. 7 DCWC, Employee's Notice of Accidental Injury or Occupational Disease. Please provide your employee with Form No. 7 DCWC and direct them to complete it and return it to you and the Office of Workers' Compensation. Once you have received notice from the employee, you are required to send the employee a notice of his/her rights and obligations by certified mail, return receipt requested.
5. You are required to report to the Office of Workers' Compensation, and your insurer, any disability of more than three (3) days which was not previously reported, as soon as possible, but no later than ten (10) working days after the date of knowledge thereof.
6. You are required to furnish, or cause to be furnished, reasonable medical and hospital services, other remedial care or vocational rehabilitation, and various types of disability compensation, to an injured or disabled employee.
7. You are required to obtain from the insurer identified below a supply of all required Workers' Compensation Forms, or you may download the forms and notice mentioned above at our website <http://does.dc.gov>.

NOTICE: Violation of the various provisions of the Workers' Compensation law provides for civil penalties.

The undersigned employer hereby gives notice of compliance with all provisions of the Workers' Compensation Law and Administrative Regulations.

NAME OF INSURANCE COMPANY: NATIONAL FIRE INSURANCE COMPANY OF HARTFORD

Address: 151 N. FRANKLIN ST. CHICAGO, IL 60606-1915 Phone: 1-877-CNA-ASAP (262-2727)

NAME OF EMPLOYER: TRUSTEES OF DARTMOUTH COLLEGE

Address 7 LEBANON ST STE 302 HANOVER, NH 03755-2112 Phone:

Employer Representative: Employer ID Number: 02-0222111
(if number unknown, employer to request from IRS)

**THIS NOTICE IS TO BE POSTED CONSPICUOUSLY IN
AND ABOUT THE EMPLOYER'S PLACE(S) OF BUSINESS**

OFICINA DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES

4058 MINNESOTA AVENUE, N.E. • WASHINGTON, DC 20019 • (202) 671-1000 • (202) 671-1929 (Fax)

ADVERTENCIA: Es un delito proporcionar información falsa o engañosa a un asegurador con el propósito de defraudar al asegurador o a cualquier otra persona. Las penas incluyen prisión y/o multas. Además, un asegurador puede negar beneficios de compensación si la información falsa materialmente relacionada con una reclamación fue proporcionada por el solicitante.

NOTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO

PARA EMPLEADOS

1. Por ley, usted debe informar rápidamente a su empleador y a la Oficina de Compensación de Trabajadores una lesión o enfermedad laboral, incluso si considera que es menor. Para ese fin, deberá usar el Formulario N°. 7 DCWC, Notificación de lesión accidental o enfermedad laboral, que podrá obtener del empleador o de la Oficina de Compensación de Trabajadores. Una vez completado y firmado el formulario, envíelo por correo a la Oficina de Compensación de Trabajadores a la dirección antes mencionada y a su empleador.
2. Usted tiene derecho, si es necesario, a los servicios de un médico u hospital de su elección y a los salarios perdidos. Llame al (202) 671- 1000 o visite <http://does.dc.gov> para obtener información.
3. Usted no debe demandar a su empleador como resultado de una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo debido a que la Ley de Compensación de Trabajadores es su único recurso.
4. Con el fin de preservar su derecho a los beneficios en el marco de la Ley de Compensación de Trabajadores del D.C., usted debe completar una reclamación por escrito en el Formulario N°. 7A DCWC, Solicitud de reclamación del empleado, en el término de un (1) año después de su lesión, o en el término de un (1) año después del último pago de beneficios.
5. Si necesita información sobre sus derechos y obligaciones prescritas por ley, puede llamar primero a su empleador. Si necesita más información, puede llamar a la Oficina de Compensación de Trabajadores al (202) 671-1000 o visitar <http://does.dc.gov>.
6. La ley le concede el derecho a representación legal si elige tenerla.

PARA EMPLEADORES

1. Es obligatorio tener cobertura de seguro de Compensación de trabajadores si tiene uno (1) o más empleados.
2. Debe exhibir este cartel en cada lugar de trabajo para que sea del mayor beneficio posible para sus empleados.
3. Deberá presentar un Formulario N°. 8 DCWC, Primer informe del empleador sobre lesión o enfermedad laboral, ante la Oficina de Compensación de Trabajadores, enviar una copia a la oficina de reclamaciones de su aseguradora más cercana, por cualquier lesión o enfermedad laboral, lo antes posible, pero a más tardar diez (10) días hábiles después de la fecha en que tenga conocimiento del hecho.
4. Su empleado debe presentar el Formulario N°. 7 DCWC, Notificación del empleado de lesión accidental o enfermedad laboral. Por favor provea a su empleado con el Formulario N°. 7 DCWC e indíquele que lo complete y se lo entregue a usted y a la Oficina de Compensación de Trabajadores. Una vez que haya recibido la notificación del empleado, deberá enviar al empleado una notificación de sus derechos y obligaciones por correo certificado, solicitando el acuse de recibo.
5. Deberá informar a la Oficina de Compensación de Trabajadores y a su aseguradora cualquier discapacidad de más de tres (3) días que no haya sido informada previamente, tan pronto como sea posible, pero a más tardar diez (10) días hábiles después de la fecha en que tenga conocimiento del hecho.
6. Deberá proporcionar o hacer que se proporcionen servicios médicos y hospitalarios razonables, otros cuidados curativos o rehabilitación vocacional y diversos tipos de compensación por discapacidad al empleado lesionado o discapacitado.
7. Deberá obtener de la aseguradora identificada a continuación un suministro de todos los Formularios de compensación de trabajadores requeridos, o puede descargar los formularios y la notificación mencionados anteriormente en nuestro sitio web <http://does.dc.gov>.

NOTIFICACIÓN: La violación de las diversas disposiciones de la ley de Compensación de Trabajadores prevé sanciones civiles.

El empleador abajo firmante notifica por la presente el cumplimiento de todas las disposiciones de la Ley de Compensación de Trabajadores y las Normas Administrativas.

NOMBRE DE LA EMPRESA ASEGURADORA NATIONAL FIRE INSURANCE COMPANY OF HARTFORD

Dirección: 151 N. FRANKLIN ST. CHICAGO, IL 60606-1915 Teléfono: 1-877-CNA-ASAP (262-2727)

NOMBRE DEL EMPLEADOR TRUSTEES OF DARTMOUTH COLLEGE

Dirección: 7 LEBANON ST STE 302 HANOVER, NH 03755-2112 Teléfono: _____

Representante del Empleador: _____

Número de identificación del empleador 02-0222111
(si el número es desconocido, el empleador debe solicitarlo al IRS)

**ESTE AVISO SE PUBLICARÁ NOTORIAMENTE EN
Y SOBRE LOS LUGARES DE NEGOCIO DEL EMPLEADOR**



**DELAWARE DEPARTMENT OF LABOR
DIVISION OF INDUSTRIAL AFFAIRS
OFFICE OF WAGE AND HOUR
ENFORCEMENT**

Email: wages@delaware.gov
Email: workpermits@delaware.gov
Website: labor.delaware.gov

Fox Valley Offices
4425 N Market St.
3rd Floor
Wilmington, DE 19802
(302) 761-8200

**Blue Hen Corporate
Center**
655 S Bay Road,
Ste. 2H
Dover, DE 19901
(302) 422-1134

**Georgetown American
Job Center**
8 Georgetown Plaza,
Ste 2
Georgetown, DE 19947
(302) 856-5230

**University Office
Plaza**
252 Chapman Road,
2nd Floor
Newark, DE 19702
(302) 761-8200

PAYMENT OF WAGES

EMPLOYERS OF FOUR (4) OR MORE EMPLOYEES ARE REQUIRED TO:

Notify employees in writing at the time of hire:

1. Rate of Pay
2. Day, hour, and place of payment
3. Employer's fringe benefits policies

Notify employees in writing of any reductions in the rate of pay, and any changes in the day, hour, or place of payment or benefits.

Furnish each employee with a pay statement showing:

1. Amount of wages due;
2. Pay period covered by the payment;
3. Amounts of deductions (separately specified) which have been made from the wages;
4. Total number of hours worked in the pay period (for employees who are paid at an hourly rate).

PAYMENT OF WAGES

- Wages must be paid at least once each month.
- Employees must be paid all wages within seven (7) days from the close of each pay period [with some exceptions, see § 1102(b)].
- If the payday falls on a non-work day, payment shall be made on the preceding work day.
- If an employee is not present on the regular payday, payment shall be made on the next regular workday that the employee is present or by mail (only if requested by the employee).
- Wages may be paid to a bank account designated by an employee (upon the employee's written request).
- Wages may be paid in cash or by check (provided that suitable arrangements are made by the employer for cashing at a bank or other business establishment convenient to the workplace).
- Whenever an employee quits, resigns, is discharged, suspended or laid off, the wages earned shall be paid on the next regularly scheduled payday(s) either through the usual pay channels or by mail (if requested by the employee) as if employment had not been suspended or terminated.

UNLAWFUL DEDUCTIONS

Employers are not permitted to deduct or withhold wages for:

1. Cash or inventory shortages;
2. Cash advances or charges for goods and services (unless there is a signed agreement specifying the amount owed and the repayment schedule);

3. Damaged Property
4. Failure to return employer's property

MINIMUM WAGES

REGULAR RATE:

\$8.25/hr— effective: 06-01-15	\$11.75/hr— effective: 01-01-23
\$8.75/hr— effective: 01-01-19	\$13.25/hr— effective: 01-01-24
\$9.25/hr— effective: 10-01-19	\$15.00/hr— effective: 01-01-25
\$10.50/hr— effective: 01-01-22	

EMPLOYEES WHO RECEIVE TIPS

The minimum cash wage payable to employees who receive tips is \$2.23 per hour, effective 10/1/96.

The employer must be able to prove that the employee received the balance of the full minimum rate in tips.

NOTE: Delaware's minimum cash wage for tipped employees is greater than the cash wage required by federal law. Employers must pay Delaware's higher rate.

Tips may not be taken or retained by an employer except as required by law. Tip-pooling is permitted (under certain conditions) in an amount not to exceed 15% of the actual tips received by the employee.

MINIMUM WAGE EXEMPTIONS:

- Employees in agriculture.
- Employees in domestic service in or about private homes. Employees of the United States Government.
- Outside commission paid salespeople.
- Bona fide executives, administrators, and professionals. Employees engaged in fishing and fish processing at sea. Volunteer workers (for educational, religious or non-profit organizations).
- Junior camp counselors employed by non-profit summer camp programs.

RECORD KEEPING REQUIREMENTS:

Employers must keep records (including the rate of pay, hours worked, and amount paid for each employee for three (3) years.

BREAKS

All employees must be offered a meal break of at least 30 consecutive minutes if the employee is scheduled to work 7.5 or more hours per day.

Must be after the first 2 hours of work and before the last 2 hours of work.

BREAKS (CONTINUED)

This rule does not apply when:

- The employee is a professional employee certified by the State Board of Education and employed by a local school board to work directly with children.
- There is a collective bargaining agreement or other employer-employee written agreement which provides otherwise.

Rules have been issued granting exemptions when:

- Compliance would adversely affect public safety.
- Only one (1) employee may perform the duties of a position.
- An employer has fewer than five (5) employees on a shift at one location (the exception would only apply to that shift).
- The continuous nature of an employer's operations, such as chemical production or research experiments, requires employees to respond to urgent or unusual conditions at all times and the employees are compensated for their meal breaks.

Where exemptions are allowed, employees must be allowed to eat meals at their work stations or other authorized locations and use restroom facilities as reasonably necessary.

CHILD LABOR

GENERAL PROVISIONS

- The minimum age for employment is 14.
- Work Permits are required for all employed minors under the age of 18.
- Employers are required to keep Work Permits on file for each employed minor.
- A new Work Permit is required when the employer of a minor change.

PROVISIONS FOR INDIVIDUALS 14 AND 15 YEARS OF AGE:

MINORS 14-15 YEARS OF AGE SHALL NOT WORK:

- Before 7:00 a.m. or after 7:00 p.m. — except from June 1st through Labor Day when the evening hour shall be extended to 9:00 p.m. More than four (4) hours per day on school days
- More than eight (8) hours per day on non-school days
- More than eighteen (18) hours in any week when school is in session for five (5) days
- More than six (6) days in any week
- More than forty (40) hours per week; and
- More than five (5) hours continuously without a non-work period of at least thirty (30) consecutive minutes.

Specific Provisions for Individuals 16 and 17 Years of Age:

- Not more than twelve (12) hours in a combination of school and work hours per day
- Must have at least eight (8) consecutive hours of non-work, non-school time in each twenty-four (24) hour period
- May not work more than five (5) hours continuously without a non-work period of at least thirty (30) consecutive minutes.

It is unlawful to retaliate against an employee because (s)he has made a complaint or given information to the Dept of Labor about possible labor law violations. Employers Are Required By Law To Display This Official Poster In A Place Accessible To Employees And Where They Regularly Pass. Violations of Delaware Labor Laws could result in fines of up to \$20,000 per violation.

For a list of Prohibited Occupations, contact:

The Delaware Department of Labor, Division of Industrial Affairs, Office of Labor Law Enforcement at any of the addresses listed.

This poster provides only general information regarding the provisions of Delaware's Child Labor Laws. The requirements of state law do not affect an employer's obligation to comply with any provisions of federal law.

WAGE THEFT

An employer may not do any of the following:

- Employ an individual without reporting the individual's employment to all appropriate government agencies and paying all applicable taxes and fees for the individual.
- Fail to properly withhold state and federal taxes from an employee.
- Fail to forward money withheld from an employee's wages to the appropriate state or federal agency within 7 days of the applicable pay period.
- Pay an employee wages that are less than the minimum wage established under state and federal law for the work performed.
- Misclassify a worker as an independent contractor for purposes of avoiding wage, tax, or workers' compensation obligations under this title.
- Knowingly conspire to assist, advise, or facilitate a violation of this section.

PENALTIES

- Following an investigation in which the Department makes an initial determination that an employer has violated one or more provisions of subsection (a) of this section, the
- Department may decide to impose a civil penalty.
- An employer who violates this section is subject to a civil penalty of not less than \$2,000 and not more than \$20,000 for each violation.
- Each instance of a violation of subsection (a) of this section per employee is a separate violation.
- The Department may also refer cases to the Department of Justice for criminal prosecution consistent with § 841D of Title 11

RETALIATION

An employer is subject to a civil penalty of not less than \$20,000 and not more than \$50,000 for each violation if the employer discharges or in any manner retaliates or discriminates against an individual because that individual does any of the following under this section:

- a. Made a complaint or provided information to the Department.
- b. Caused, or is going to cause, an investigation to be instituted.
- c. Testified, or is going to testify, in a hearing.

Workers' Compensation Exemptions

Construction Industry

An employer in the construction industry who employs one or more part-time or full-time employees, including the owner, must obtain workers' compensation coverage.

Corporate officers or members of a limited liability company (LLC) in the construction industry may elect to be exempt if:

- The officer owns at least 10 percent of the stock of the corporation, or in the case of an LLC, a statement attesting to the minimum 10-percent ownership.
- The officer is listed as an officer of the corporation in the records of the Florida Department of State, Division of Corporations.
- The corporation is registered and listed as active with the Florida Department of State, Division of Corporations.

No more than three corporate officers per corporation or limited liability member are allowed to be exempt. A \$50 fee is required for each application submitted to obtain an exemption. Construction exemptions are valid for a period of two years or until a voluntary revocation is filed or the exemption is revoked by the Division.

For copies of the exemption form, contact the Division's Bureau of Compliance at (850) 413-1609 or go to <http://www.MyFloridaCFO.com/WC/forms.html> and click on Rule 69L-6 and Form number DWC-250, Notice of Election to Be Exempt.

Non-Construction Industry

An employer in the non-construction industry, who employs four or more part-time or full-time employees, must obtain workers' compensation coverage.

Sole proprietors and partners in the non-construction industry are automatically exempt from the law, but can elect to be covered.

Non-construction industry corporate officers may elect to be exempt if:

- The officer is listed as an officer of the corporation in the records of the Florida Department of State, Division of Corporations.
- The corporation is registered and listed as active with the Florida Department of State, Division of Corporations.

There is no limit to the number of corporate officers who can be exempt and there is no application fee. Non-construction exemptions are valid until a voluntary revocation is filed or the exemption is revoked by the Division.

What Your Employee Can Expect From the Insurance Carrier

- Timely provision of medical treatment
- Timely payment of wage replacement benefits
- Timely payment of medical bills
- Timely reporting of the employee's claim information to the Division of Workers' Compensation
- Timely notification of any changes in the status of the employee's claim. This information should be provided to the injured worker by mail on either a Notice of Action/Change form (DWC-4) or a Notice of Denial form (DWC-12)

Questions about workers' compensation?

Please visit our Web site at www.MyFloridaCFO.com/wc where you will find extensive information such as publications, databases, rules and forms that will give you a better understanding of workers' compensation.

Employee Assistance and Ombudsman Office Hotline
1-800-342-1741

Injured worker e-mail inquiries
wceao@MyFloridaCFO.com

Customer Service
(850) 413-1601

Employer e-mail inquiries
WorkCompCustServ@MyFloridaCFO.com

Workers' Compensation Fraud Hotline
1-800-378-0445

Frequently Asked Questions

Q) How many days do employees have to report work-related injuries or illnesses?

A) Employers should encourage employees to report accidents as soon as the work related injuries or illnesses occur. By law, however, employees are required to report work related injuries or illnesses within 30 days.

Q) To whom should I report the work-related injury?

A) You should report the accident to your insurance company as soon as you have knowledge of the injury. By law, you have seven days from your first knowledge of the work related injury.

Q) Do I have to report a claim if I do not believe it is a work-related injury or illness?

A) Yes. You should report all claims of work-related injuries or illnesses to your workers' compensation insurance carrier. This includes claims in which there are no witnesses of the injury or illness. It is your workers' compensation insurance carrier's responsibility to investigate all claims and determine if employees are entitled to benefits under Florida's Workers' Compensation Law.

Q) Does the employee pay any part of my workers' compensation insurance premium?

A) No. The law is very specific on this point. It is the employer's responsibility to pay the entire premium for workers' compensation.

Employers who secure workers' compensation coverage can also apply to become a drug-free workplace and may receive a premium discount. To learn more about the Drug-free Workplace Program, please call the Division of Workers' Compensation Customer Service Office at 850-413-1609.

Q) Who should I call if my employees have questions or concerns regarding their workers compensation claims?

A) You should first contact your insurance carrier. If your carrier is unable to answer the question or resolve the problem, you or your employees should call the Employee Assistance and Ombudsman Office at 1-800-342-1741.

Disclaimer:

This publication is being offered as an informational tool only and complies with s. 440.185 (4) F.S., with the understanding that this is not official language of the Florida Statutes. In no event will the Division of Workers' Compensation be liable for direct or consequential damages resulting from the use of this printed material.

69L-3.0036, F.A.C. Employer Informational Brochure
Rule 69L-3.025, F.A.C. Forms
DFS-F2-DWC-65
Revised March 2010
WC8906d (03-10) Uniform Forms™

EMPLOYER FACTS



IMPORTANT WORKERS' COMPENSATION INFORMATION FOR FLORIDA'S EMPLOYERS



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

Your workers' compensation insurance policy covers medical and partial wage-replacement benefits for any employee who sustains a work related injury or illness.

This brochure will give you a better understanding of your role and responsibilities under the workers' compensation system.

Workers' Compensation Notice

The law requires that every employer who has secured workers' compensation coverage post in conspicuous place(s) a notice that contains the employer's insurance carrier information, the expiration date of the policy and an anti-fraud statement. The Division of Workers' Compensation has developed this notice, in poster form, for carriers to provide to their policyholders. Your carrier is required by law to provide you with the poster(s).

Even if employers have purchased workers' compensation policies, they shall be deemed to have failed to secure workers' compensation coverage if they have committed any of the following actions:

- materially understated or concealed payroll,
- materially misrepresented or concealed employee duties to avoid proper classification for premium calculations, or
- materially misrepresented or concealed information pertinent to the computation and application of an experience modification factor.

Employers who fail to secure workers' compensation coverage or fail to update information on their workers' compensation insurance application are subject to stop work orders and civil and criminal penalties.

First Report of Injury

As soon as you become aware of a work-related injury or illness, immediately contact your workers' compensation insurance carrier. If you do not report the injury or illness to your insurance carrier within seven days of the date you were informed, you may be subject to an administrative fine not to exceed \$2,000 per occurrence. Most insurance companies have a toll-free number to report work-related injuries. If you report the injury or illness to the insurance carrier by telephone, the carrier will complete

the form and send a copy to you and the employee within three business days. You can also fill out the First Report of Injury or Illness form (DWC-1) and send it to the insurance carrier. The form contains employer, employee and accident information and can be obtained on the Division of Workers' Compensation Web site at www.MyFloridaCFO.com/WC/pdf/DFS-F2-DWC-1.pdf. You must also provide a copy of the First Report of Injury or Illness form to the employee. The employee's signature on the form is preferred, but if the employee is not able or available to sign it, then write "not available" in the employee signature box.

Workplace Fatalities

Employers must also report deaths resulting from work-related injuries or illnesses to the Division of Workers' Compensation within 24 hours. To report a workplace fatality, call 1-800-219-8953 (in Florida) or 850-413-1611, or fax the First Report of Injury or Illness form containing the fatality information to 850-413-1980. To access the form, go to <http://www.MyFloridaCFO.com/WC/forms.html> and click on DWC-1.

Medical Benefits

As soon as you notify your carrier about your employee's work-related injury, the carrier will:

- Determine the compensability of the injury
- Provide an authorized doctor
- Pay for all authorized medically necessary care and treatment related to the injury or illness
- Provide a one-time change of physician within five business days of receipt of your written request

Authorized treatment and care may include:

- Doctor's visits
- Hospitalization
- Physical therapy
- Medical tests
- Prescription drugs
- Prostheses
- Travel expenses to and from authorized providers or pharmacies.

Upon reaching maximum medical improvement (MMI), the employee is required to pay a \$10 copayment per visit for medical treatment. MMI occurs when the treating physician determines that the employee's injury has healed to the extent that further improvement is not likely.

Wage Replacement Benefits

Workers' compensation benefits for lost wages will start on the eighth day that the injured employee is unable to work. The injured employee will not receive wage replacement benefits for the first seven days of work missed, unless he or she is out of work for more than 21 days due to the work-related injury. In most cases, the wage-replacement benefits will equal two-thirds of the employee's pre-injury regular weekly wage, but the benefit will not be higher than Florida's average weekly wage. If the employee qualifies for wage replacement benefits, he or she can expect to receive the first benefit check within 21 days after the carrier becomes aware of the injury or illness, and bi-weekly thereafter. The injured employee will be eligible for different types of wage replacement benefits, depending on the progress of the claim and the severity of the injury.

- **Temporary Total Benefits:** These benefits are provided as a result of an injury that temporarily prevents the employee returning to work and the employee has not reached MMI.
- **Temporary Partial Benefits:** These benefits are provided when the doctor releases the employee to return to work, and the employee has not reached MMI and earns less than 80 percent of the pre-injury wage. The benefit is equal to 80 percent of the difference between 80 percent of the pre-injury wage and the post-injury wage. The maximum length of time the injured employee can receive temporary benefits is 104 weeks or until the date of MMI is determined, whichever is earlier.
- **Permanent Impairment Benefits:** These benefits are provided when the injury causes any physical, psychological or functional loss and the impairment exists after the date of MMI. A doctor will assign a permanent impairment rating, expressed as a percentage of disability to the body as a whole. If you return to work at or above your pre-injury wage, the permanent impairment benefit is reduced by 50%.
- **Permanent Total Benefits:** These benefits are provided when the injury causes the employee to be permanently and totally disabled according to the conditions stated in law.
- **Death Benefits:** Compensation for deaths resulting from work-related injuries or illnesses include payment of funeral expenses and dependency benefits (each are subject to limits defined by law). A dependent spouse may also be eligible for job training benefits.

Wage Statement Form

You must complete and provide a wage statement form (DFS-F2-DWC-1a) to your carrier for any employee who is entitled to wage replacement benefits, within 14 days after knowledge of the accident. You must also complete this form upon the termination of the employee or upon termination of fringe benefits for any employee who is collecting wage replacement benefits within seven days of such termination. To access the form go to, <http://www.MyFloridaCFO.com/WC/forms.html> and click on DWC-1a.

Employee Assistance Office

If you have any questions or concerns about your employees' workers' compensation benefits, call your workers' compensation insurance carrier. If the insurance carrier does not provide the information that you have requested, you can call the Division of Workers' Compensation, Employee Assistance Office (EAO) at 1-800-342-1741. This office helps prevent and resolve disputes between injured workers and employers/carriers.

EAO specialists are knowledgeable about the workers' compensation system and may be able to answer your questions. EAO has offices throughout the state that you can call or visit. You can find EAO statewide locations at www.MyFloridaCFO.com/WC/organization/eao_offices.html.

In addition, the Division of Workers' Compensation has a Web site section on "Frequently Asked Questions for Employers," which can be accessed at <http://www.MyFloridaCFO.com/WC/faq/faqemplrs.html>.

Petition for Benefits

To begin the judicial procedure for obtaining benefits that you believe are due and owing under the law and have not been provided by the employer or insurance carrier, a Petition for Benefits form must be filed with the Office of Judges of Compensation Claims. The form can be accessed at www.jcc.state.fl.us/jcc/forms/.asp.

Anti-Fraud Reward Program

Workers' compensation fraud occurs when any person knowingly and with intent to injure, defraud or deceive any employer or employee, insurance carrier or self-insured program, files false or misleading information. Workers' compensation fraud is a third degree felony that can result in fines, civil liability and jail time. Rewards of up to \$25,000 may be paid to individuals who provide information that lead to the arrest and conviction of persons committing insurance fraud. To report suspected workers' compensation fraud, call 1-800-378-0445.

Certificado de elección para exenciones

Industrias dedicadas a la construcción

Empleadores en las industrias de la construcción con un (1) empleado o más a jornada completa o jornada parcial, incluyendo el dueño, debe obtener la cobertura de seguro por accidentes de trabajo.

Oficiales o miembros de una sociedad de responsabilidad limitada (LLC) de una corporación en la industria de la construcción pueden elegir ser exentos si:

- Poseen un mínimo de diez por ciento (10%) de titularidad de acciones de la corporación o en el caso de un LLC hay una declaración que da testimonio a la propiedad del 10 por ciento mínima.
- El oficial de la compañía aparece como oficial de la corporación en el registro del Departamento del Estado de la Florida, División de Corporaciones.
- La corporación aparece activa en el registro del Departamento del Estado de la Florida, División de Corporaciones.

Solamente tres oficiales de una corporación o sociedades de responsabilidad limitada pueden elegir ser exentos. Se requiere pagar \$50 por cada aplicación presentada para obtener una exención. Exenciones en las industrias que participan en la construcción son válidas por dos años o hasta que se registre una revocación voluntaria o si la exención es revocada por la división.

Para conseguir copias de la notificación de elección para ser exento [en inglés Notice of Election to Be Exempt] llame al (850) 413-1609 o vaya a nuestro sitio Web en <http://www.myfloridacfo.com/WC/forms.html>, y haga clic en la regla 69L-6 y número del formulario DWC-250 Elección de ser exento.

Industrias que no se dedican a la construcción

Un empleador que no participa en la industria de construcción y tiene cuatro (4) empleados o más de jornada completa o jornada parcial tiene que obtener la cobertura de seguros por accidentes de trabajo.

Propietarios únicos y socios en industrias que no participan en la construcción están automáticamente exentos de la ley, pero pueden elegir ser cubierto.

Oficiales de una corporación que no se dedica a la construcción puede elegir ser exentos si:

- El oficial esta listado como oficial de la corporación en el registro del Departamento del Estado de la Florida, División de Corporaciones.
- La corporación esta listada activa en el registro del Departamento del Estado de la Florida, División de Corporaciones.

No hay límite de oficiales que pueden ser elegibles para ser exentos y no le cobrarán por llenar la aplicación para la exención. Exenciones en las industrias que no se dedican a la construcción son válidas por dos años o hasta que se registre una revocación voluntaria o si la exención es revocada por la división.

Lo que su empleado puede esperar de parte de la compañía de seguros:

- Provisión oportuna de tratamiento médico
- Provisión oportuna de beneficios de reemplazo de salario
- Pago oportuno de cuentas médicas
- Notificación oportuna de su reclamación a la División de Compensación por Accidentes de Trabajo
- Notificación oportuna de cualquier cambio del estado de su reclamación. Esta información se le será proveída por correo en un formulario titulado "Notice of Action/Change (DWC4) [Notificación de Acción o Cambio (DWC4)] o "Notice of Denial (DWC12) [Notificación de Negación (DWC12)]"

¿Tiene preguntas sobre el seguro por accidentes de trabajo?

Por favor, visite nuestra página Web en www.MyFloridaCFO.com/wc donde usted encontrará información extensa tal como publicaciones, un número de bases de datos, reglas, y formas que le dará un mejor entendimiento del seguro para accidentes de trabajo.

Oficina de Ayuda al Trabajador (Oficina de asistencia para el trabajador) 1-800-342-1741

Empleados lesionados pueden hacer preguntas por correo electrónico wceao@myfloridacfo.com

Servicio al cliente (850) 413-1601

Empleadores pueden hacer preguntas por correo electrónico WorkCompCustServ@MyFloridaCFO.com

Preguntas sobre el programa contra el fraude 1-800-378-0445

Preguntas hechas con frecuencia

P) ¿Cuántos días tienen los empleados para reportar lesiones u enfermedades relacionadas con el trabajo?

R) Los patrones deben aconsejar a sus empleados que reporten accidentes tan pronto como ocurran lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo. Por ley, sin embargo, se requiere que empleados reporten lesiones o las enfermedades relacionadas con el trabajo en el plazo de 30 días.

P) ¿A quién le debo reportar la lesión relacionada con el trabajo?

R) Usted debe reportar el accidente a su compañía de seguros tan pronto usted tenga conocimiento de la lesión. Por ley, usted tiene siete días desde su primer conocimiento de la lesión relacionada con el trabajo.

P) ¿Tengo que reportar un reclamo si no creo que la lesión o enfermedad es relacionada con el trabajo?

R) Sí. Usted debe reportar todas las demandas de lesiones o de enfermedad relacionadas con el trabajo a su compañía de seguros. Esto incluye las demandas de las cuales no hay testigos de las lesiones u de las enfermedades. Es responsabilidad de la compañía de seguros por accidentes de trabajo investigar todas las demandas y determinar si el empleado tiene derecho a recibir beneficios de acuerdo a la ley de seguros por accidentes de trabajo.

P) ¿El empleado paga parte de la prima de seguro por accidentes de trabajo?

R) No. La ley es muy específica en este punto. Es la responsabilidad del empleador pagar la prima entera del seguro por accidentes de trabajo.

P) ¿A quién debo llamar si mis empleados tienen preguntas o preocupaciones con respecto a sus reclamaciones?

R) Usted debe primero contactar a su compañía de seguro. Si la aseguradora no puede contestar la pregunta o resolver el problema, usted o sus empleados deben llamar la oficina de la ayuda al Trabajador en 1-800-342-1741.

Empleadores que adquieran una póliza de seguros por accidentes de trabajo pueden también aplicar para ser un lugar de trabajo libre de drogas y pueden recibir un descuento de prima. Para aprender más sobre el programa, llame por favor a la División de Compensación por Accidentes, la oficina del servicio de atención al cliente al 850-413-1609.

Limitación de responsabilidad

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

69L-3.0036, F.A.C. Employer Informational Brochure
Rule 69L-3.025, F.A.C. Forms
DFS-F2-DWC-66
Revised March 2010
WC9722a (03-10) Uniform Forms™

Información Para Empleadores



INFORMACIÓN IMPORTANTE

DEL SEGURO DE INDEMNIZACION
POR ACCIDENTES DE TRABAJO
PARA LOS EMPLEADORES
DE LA FLORIDA



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

Su póliza de seguro por accidentes de trabajo cubre beneficios médicos y reemplazo parcial del salario para cualquier empleado que sostenga lesión o una enfermedad relacionada con su trabajo.

Este folleto le dará una mejor comprensión de su papel y responsabilidades bajo el sistema de seguro por accidentes de trabajo.

Aviso de seguro por accidentes de trabajo

La ley requiere que cada empleador que ha adquirido una póliza de seguro por accidentes de trabajo coloque en un lugar o lugares conspicuo(s) un aviso que contenga información sobre la compañía de seguros, la fecha de vencimiento de la póliza, y una declaración en contra de fraude. La División de Compensación por Accidentes de Trabajo ha desarrollado este aviso en forma de cartel, para que las compañías de seguro se las proporcionen a sus asegurados. Su compañía de seguros tiene obligación legal de proveerle los carteles.

Aunque el empleador adquiera una póliza de seguros por accidentes de trabajo, se consideran no haberlo hecho si han cometido cualquiera de las siguiente acciones:

- subestimar u ocultar nómina de pago,
- falsificar u ocultara las responsabilidades del empleado para evitar la clasificación apropiada para los cálculos de la prima de seguro
- falsificar u ocultar información pertinente al cálculo y aplicación de un factor de modificación de experiencia.

Los empleadores que tienen obligación de proveer seguro por accidentes de trabajo pero no lo hacen o no actualizan la información reportada en la solicitud de seguro por accidentes de trabajo, son sujetos a recibir una orden de suspensión de trabajo y penas civiles y criminales.

Primer reporte de la lesión o enfermedad

Tan pronto usted se entere de una lesión o enfermedad relacionada con un accidente en el lugar de trabajo, contacte inmediatamente a su compañía de seguro por accidentes de trabajo. Si usted no reporta la lesión o la enfermedad a la compañía de seguro en un plazo de siete días después de la fecha que usted fue informado, usted puede estar sujeto a una multa administrativa que no exceda \$2.000 por ocurrencia. La mayoría de las compañías de seguros tienen un número gratis para reportar lesiones relacionadas con el trabajo. Si usted reporta la lesión o la enfermedad a la compañía de seguros por teléfono, la compañía de seguros llenará el formulario y le enviará una copia al empleado dentro de tres días laborales.

Usted también puede completar el primer reporte de la lesión o enfermedad (DWC-1) y enviarlo a la compañía de seguros. El formulario contiene información sobre el empleador, el empleado, y el accidente y se puede obtener en la página Web de la División de Compensación por Accidentes de Trabajo en www.MyFloridaCFO.com/WC/pdf/DFS-F2-DWC-1a.pdf. Usted debe también proveer una copia del primer reporte del accidente o enfermedad al empleado. Se prefiere la firma del empleado en el formulario, pero si el empleado no puede o no esta disponible para firmarlo, escriba "no disponible" en la caja donde se pide la firma del empleado.

Fallecimientos relacionados con el trabajo

Empleadores también tienen que reportar muertes que resulten por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo a la División de Compensación por Accidentes de Trabajo en un plazo de 24 horas. Para reportar una una fatalidad en el lugar de trabajo, llame al 1-800-219-8953 (en la Florida) o al 850-413-1611, o envíe el primer reporte de la lesión o enfermedad con la información sobre la muerte por fax a 850-413-1980. Para tener acceso al formulario,vaya a la página web <http://www.MyFloridaCFO.com/WC/forms.html>. Haga clic en DWC-1.

Beneficios médicos

Tan pronto usted le notifique a la compañía de seguro sobre la lesión que sufrió su empleado en el trabajo, la compañía:

- Determinará si la lesión es compensable
 - Proveerá un medico autorizado
 - Pagará para todo el cuidado autorizado que sea médicamente necesario y este relacionado con la lesión u enfermedad.
 - Proporcionará un solo cambio de médico dentro de cinco jornadas laborales del recibo de la petición de su empleado por escrito.
- Atención médica y tratamientos autorizados pueden incluir:
- Consultas médicas
 - Hospitalización
 - Terapia física
 - Exámenes médicos
 - Medicamentos recetados
 - Prótesis
 - Gastos de ida y vuelta por viajes a consultas médicas o farmacias autorizadas.

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

Beneficios de reemplazo de salario

Los beneficios de reemplazo de salario comenzarán al octavo día que el empleado no pueda trabajar. El empleado lesionado no recibirá beneficio de reemplazo de salario por los primeros siete días que no pudo trabajar a menos que ha estado incapacitado por más de 21 días debido a su lesión o enfermedad relacionada con su empleo. En la mayoría de los casos, los beneficios de reemplazo de salario igualaran a dos tercios (2/3) del salario semanal regular del empleado antes de sufrir la lesión o enfermedad, pero el beneficio no excederá el promedio de los salarios semanales en la Florida. Si el empleado califica para los beneficios de reemplazo de salario, él o ella puede esperar recibir el primer cheque dentro de 21 días después de que la compañía de seguros se entere de la lesión o enfermedad. Los siguientes cheques se le enviaran cada dos semanas. El empleado lesionado será elegible para diversos tipos de beneficios de reemplazo de salario dependiendo del progreso del reclamo y de la severidad de la lesión.

- Beneficios Por incapacidad total temporal (TTD por su sigla en inglés)*: Estos beneficios son proveídos como resultado de una lesión o enfermedad que temporalmente prohíbe que el empleado vuelva a trabajar, y el empleado no ha alcanzado la máxima mejoría médica.
- Beneficios Por incapacidad parcial temporal (TPD por su sigla en inglés): Estos beneficios son proveídos cuando el médico le permite al empleado volver a trabajar, el empleado no ha alcanzado la máxima mejoría médica, y gana menos del 80% del salario que ganaba antes de sufrir la lesión o enfermedad. El beneficio es igual al 80% de la diferencia entre el 80% del salario de antes de la lesión y del salario después de la lesión. El periodo máximo que el empleado lesionado puede recibir beneficios temporales es 104 semanas o hasta que la fecha del MMI sea determinada, lo que ocurra primero.
- Beneficios por daños permanente (IB por su sigla en ingles): Estos beneficios son proveídos cuando la lesión o enfermedad causa cualquier pérdida física, psicológica o funcional y el impedimento existe después de la fecha de la máxima mejoría médica. [MMI] Un médico asignará una valoración de incapacidad permanente a la lesión que será expresada como un porcentaje.
- Beneficios por incapacidad total permanente(PTD por su sigla en inglés) Estos beneficios son proveídos cuando la lesión causa que el empleado sea permanente y totalmente incapacitado(a) según las estipulaciones de la ley.
- Indemnizaciones por fallecimiento: Compensación por accidentes de trabajo que resulten en la muerte del trabajador incluye pago de gastos para el funeral y beneficios para los dependientes del fallecido (estos son sujetos a límites definidos por ley). Un cónyuge dependiente puede ser elegible para entrenamiento vocacional.

Formulario de la declaración del salario

Usted debe llenar el formulario de la declaración del salario (DFS-F2-DWC-1a) para cualquier empleado que tenga derecho a recibir beneficios de reemplazo de salario y proveérselo a su compañía de seguros dentro de 14 días después del conocimiento del accidente. Usted también debe llenar el formulario al despedir o al dejar

de proveer beneficios a cualquier empleado que esté recibiendo beneficios de reemplazo del salario. Esto se debe hacer en un plazo de 7 días de tal terminación. Para tener acceso a la forma vaya a la página web (<http://www.MyFloridaCFO.com/WC/forms.html> y haga clic en DWC-1a.

Oficina de ayuda al trabajador

Si usted tiene algunas preguntas o preocupaciones sobre los beneficios que ofrece el seguro por accidentes de trabajo, llame a su compañía de seguros. Si la compañía de seguros no ofrece la información que usted ha pedido, usted puede llamar la División de Compensación por Accidentes de Trabajo, oficina de Ayuda al Empleado (EAO) al 1-800-342-1741. Esta oficina ayuda a prevenir y a resolver disputas entre los trabajadores y los empleadores/las compañías de seguros.

Los especialistas de la EAO poseen conocimiento sobre el sistema de seguro por accidentes de trabajo(y pueden contestar sus preguntas. EAO tiene oficinas por todo el estado que puede llamar o visitar. Usted puede localizar el lugar donde están estas oficinas visitando el sitio: www.MyFloridaCFO.com/WC/organization/eao_offices.html.

Además, la División de Compensación por Accidentes de Trabajo tiene una sección en el Web, "Preguntas hechas con frecuencia por empleadores," que puede alcanzar en <http://www.MyFloridaCFO.com/WC/faq/faqemplrns.html>.

Petición para beneficios

Para comenzar el proceso judicial para solicitar beneficios que se le deben según la ley pero la compañía de seguros no lo ha proveído, se debe presentar el formulario "Petition for Benefits" [Petición para beneficios] a la Oficina de los Jueces de las reclamaciones de compensación. Se puede conseguir el formulario visitando el sitio Web: www.jcc.state.fl.us/jcc/forms/.asp.

Programa de recompensación contra fraude

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

Workers' Comp Works For You

Workers' compensation pays for all authorized medically necessary care and treatment related to your injury or illness.

If you are unable to work or your earnings are lower because of a work related injury or illness, and you have been disabled for more than seven calendar days, you may be eligible for some wage replacement benefits.

\$25,000 Reward

ANTI-FRAUD REWARD PROGRAM

Rewards of up to \$25,000 may be paid to persons providing information to the Department of Financial Services leading to the arrest and conviction of persons committing insurance fraud, including employers who illegally fail to obtain workers' compensation coverage. Persons may report suspected fraud to the department at

1-800-378-0445 or online at

<https://first.fldfs.com>

A person is not subject to civil liability for furnishing such information, if such person acts without malice, fraud or bad faith.

This notice of compliance must be posted by the employer and maintained conspicuously in and about the employer's place or places of employment.
State of Florida
Division of Workers' Compensation

69L-6.007, F.A.C. Compensation Notice
DFS-F4-1548
Revised March 2010
(Fraud reporting link updated May 2021)
WC8846d (03-10) Wolters Kluwer | Uniform Forms

If you are injured on the job:

- 1.** Notify your employer immediately to get the name of an approved physician. Workers' comp insurance may not pay the medical bills if you don't report your injury promptly to your employer.
- 2.** Notify the doctor and medical staff that you were injured on the job so that bills may be properly filed.
- 3.** If you have any problems with your claim or suffer excessive delays in treatment, contact the State of Florida's Division of Workers' Compensation at **1-800-342-1741**.

Employer: TRUSTEES OF DARTMOUTH COLLEGE
Address: 7 LEBANON ST STE 302 HANOVER, NH 03755-2112
Agent: MARSH USA LLC
Carrier: National Fire Insurance Company of Hartford
Address: 151 N. FRANKLIN ST., CHICAGO, IL 60606-1915
Claims: 1-877-CNA-ASAP (262-2727)
Policy: 6024204717 Eff: 07/01/2025 Exp: 07/01/2026

Compensación por accidentes de trabajo labora para usted:

Si usted se lastima en su lugar de empleo:

Compensación por accidentes de trabajo paga por todos los gastos médicos y tratamientos autorizados que se relacionen con su lesión u enfermedad y sean médicamente necesarios.

Si usted no puede trabajar o su ingreso es reducido debido a una lesión u enfermedad relacionada con su trabajo, y ha estado incapacitado por más de siete días, puede que sea elegible para recibir compensación por una porción de su sueldo.

Recompensa de \$25,000.00

PROGRAMA DE RECOMPENSACIÓN ANTI FRAUDE

Recompensas de hasta \$25,000.00 pueden ser pagadas a personas que proveen información al Departamento de Servicios Financieros que conduzca al arresto y convicción de aquellos que cometen fraude de seguros, incluyendo empleadores que ilegalmente dejan de obtener un seguro por accidentes de trabajo. Se puede reportar sospechas de fraude al Departamento llamando al

1-800-378-0445 o por correo electrónico al

<https://first.fldfs.com>

Nadie es sujeto a responsabilidad civil por someter dicha información si se actúa sin malicia, fraude o mala fe.

Esta notificación debe ser colocada y mantenida a la vista por el empleador en y alrededor del lugar o lugares de empleo. Estado de la Florida, División de Compensación por Accidentes de Trabajo

69L-6.007, F.A.C. Compensation Notice
DFS-F4-2026
Revised March 2010
(Fraud reporting link updated May 2021)
WC8907d (03-10) Wolters Kluwer | Uniform Forms

1. Notifique a su empleador inmediatamente para obtener el nombre de un medico autorizado. Puede que el seguro de compensación por accidentes de trabajo no pague sus cuentas médicas si usted no reporta su accidente lo mas antes posible a su empleador.

2. Notifique al medico y a su personal que usted se lastimó en su lugar de empleo para que las cuentas medicas sean debidamente remitidas.

3. Si usted tiene algún problema con su reclamo o si tiene demasiadas demoras en su tratamiento, comuníquese con la División de Compensación por Accidentes de Trabajo al **1-800-342-1741**

Employer: TRUSTEES OF DARTMOUTH COLLEGE
Address: 7 LEBANON ST STE 302 HANOVER, NH 03755-2112
Agent: MARSH USA LLC
Carrier: National Fire Insurance Company of Hartford
Address: 151 N. FRANKLIN ST., CHICAGO, IL 60606-1915
Claims: 1-877-CNA-ASAP (262-2727)
Policy: 6024204717
Eff: 07/01/2025
Exp: 07/01/2026

PANEL OF PHYSICIANS

OFFICIAL NOTICE

This business operates under the Georgia Workers' Compensation Law.

WORKERS MUST REPORT ALL ACCIDENTS IMMEDIATELY TO THE EMPLOYER BY ADVISING THE EMPLOYER PERSONALLY, AN AGENT, REPRESENTATIVE, BOSS, SUPERVISOR, OR FOREMAN.

If a worker is injured at work, the employer shall pay medical and rehabilitation expenses within the limits of the law. In some cases the employer will also pay a part of the worker's lost wages.

Work injuries and occupational diseases should be reported in writing whenever possible. The worker may lose the right to receive compensation if an accident is not reported within 30 days (see O.C.G.A. § 34-9-80).

The employer will supply free of charge, upon request, a form for reporting accidents and will also furnish, free of charge, information about workers' compensation. The employer will also furnish to the employee, upon request, copies of board forms on file with the employer pertaining to an employee's claim.

A worker injured on the job must select a doctor from the list below. The minimum panel shall consist of at least six physicians, including an orthopedic surgeon with no more than two physicians from industrial clinics (see O.C.G.A. § 34-9-201). Further, this panel shall include one minority physician, whenever feasible (see Rule 201 for definition of minority physician). The Board may grant exceptions to the required size of the panel where it is demonstrated that more than four physicians are not reasonably accessible. One change to another doctor from the list may be made without permission. Further changes require the permission of the employer or the State Board of Workers' Compensation.

The insurance company providing coverage for this business under the Workers' Compensation Law is:

Insurer Name: _____ Phone: _____

Address: _____

Insurer Email: _____

Instructions to injured worker: Review the following physician's contact information and select the provider with whom you would like to receive medical treatment.

Physician's Contact Information: Name, Phone, and website listed below:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.

(Additional doctors may be added on a separate sheet)

☐ This box is checked if additional physicians are listed on separate sheet.

IF YOU HAVE QUESTIONS PLEASE CONTACT THE STATE BOARD OF WORKERS' COMPENSATION AT 404-656-3818 OR 1-800-533-0682 OR VISIT <https://sbwc.georgia.gov>

Willfully making a false statement for the purpose of obtaining or denying benefits is a crime subject to penalties of up to \$10,000.00 per violation (O.C.G.A. § 34-9-18 and § 34-9-19).

GEORGIA STATE BOARD OF WORKERS' COMPENSATION

BILL OF RIGHTS FOR THE INJURED WORKER

As required by law, O.C.G.A. §34-9-81.1, this is a summary of your rights and responsibilities. The Workers' Compensation Law provides you, as a worker in the State of Georgia, with certain rights and responsibilities should you be injured on the job. The Workers' Compensation Law provides you coverage for a work-related injury even if an injury occurs on the first day on the job. In addition to rights, you also have certain responsibilities. Your rights and responsibilities are described below.

Employee's Rights

1. If you are injured on the job, you may receive medical rehabilitation and income benefits. These benefits are provided to help you return to work. Your dependents may also receive benefits if you die as a result of a job-related injury.
2. Your employer is required to post a list of at least six doctors or the name of the certified WC/MCO that provides medical care, unless the Board has granted an exception. You may choose a doctor from the list and make one change to another doctor on the list without the permission of your employer. However, in an emergency, you may get temporary medical care from any doctor until the emergency is over, then you must get treatment from a doctor on the posted list.
3. Your authorized doctor bills, hospital bills, rehabilitation in some cases, physical therapy, prescriptions, and necessary travel expenses will be paid if injury was caused by an accident on the job. All injuries occurring on or before June 30, 2013 shall be entitled to lifetime medical benefits. If your accident occurred on or after July 1, 2013 medical treatment shall be limited to a maximum of 400 weeks from the accident date. If your injury is catastrophic in nature you may be entitled to lifetime medical benefits.
4. You are entitled to weekly income benefits if you have more than seven days of lost time due to an injury. Your first check should be mailed to you within 21 days after the first day you missed work. If you are out more than 21 consecutive days due to your injury, you will be paid for the first week.
5. Accidents are classified as being either catastrophic or non-catastrophic. Catastrophic injuries are those involving amputations, severe paralysis, severe head injuries, severe burns, blindness, or of a nature and severity that prevents the employee from being able to perform his or her prior work and any work available in substantial numbers within the national economy. In catastrophic cases, you are entitled to receive two-thirds of your average weekly wage but not more than \$800 per week for a job-related injury for as long as you are unable to return to work. You also are entitled to receive medical and vocational rehabilitation benefits to help in recovering from your injury. If you need help in this area call the State Board of Workers' Compensation at (404) 656-0849.
6. In all other cases (non-catastrophic), you are entitled to receive two-thirds of your average weekly wage but not more than \$800 per week for a job related injury. You will receive these weekly benefits as long as you are totally disabled, but no longer than 400 weeks. If you are not working and it is determined that you have been capable of performing work with restrictions for 52 consecutive weeks or 78 aggregate weeks, your weekly income benefits will be reduced to two-thirds of your average weekly wage but no more than \$533.33 per week, not to exceed 350 weeks.
7. When you are able to return to work, but can only get a lower paying job as a result of your injury, you are entitled to a weekly benefit of not more than \$533.33 per week for no longer than 350 weeks.
8. Your dependent(s), in the event you die as a result of an on-the-job accident, will receive burial expenses up to \$7,500 and two-thirds of your average weekly wage, but not more than \$800 per week. A widowed spouse with no children will be paid a maximum of \$320,000. Benefits continue until he/she remarries or openly cohabits with a person of the opposite sex.
9. If you do not receive benefits when due, the insurance carrier/employer must pay a penalty, which will be added to your payments.

Employee's Responsibilities

1. You should follow written rules of safety and other reasonable policies and procedures of the employer.
2. You must report any accident immediately, but not later than 30 days after the accident, to your employer, your employer's representative, your foreman or immediate supervisor. Failure to do so may result in the loss of the benefits.
3. An employee has a continuing obligation to cooperate with medical providers in the course of their treatment for work related injuries. You must accept reasonable medical treatment and rehabilitation services when ordered by the State Board of Workers' Compensation or the Board may suspend your benefits.
4. No compensation shall be allowed for an injury or death due to the employee's willful misconduct.
5. You must notify the insurance carrier/employer of your address when you move to a new location. You should notify the insurance carrier/employer when you are able to return to full-time or part-time work and report the amount of your weekly earnings because you may be entitled to some income benefits even though you have returned to work.
6. A dependent spouse of a deceased employee shall notify the insurance carrier/employer upon change of address or remarriage.
7. You must attempt a job approved by the authorized treating physician even if the pay is lower than the job you had when you were injured. If you do not attempt the job, your benefits may be suspended.
8. If you believe you are due benefits and your insurance carrier/employer denies these benefits, you must file a claim within one year after the date of last authorized medical treatment or within two years of your last payment of weekly benefits or you will lose your right to these benefits.
9. If your dependent(s) do not receive allowable benefit payments, the dependent(s) must file a claim with the State Board of Workers' Compensation within one year after your death or lose the right to these benefits.
10. Any request for reimbursement to you for mileage or other expenses related to medical care must be submitted to the insurance carrier/employer within one year of the date the expense was incurred.
11. If an employee unjustifiably refuses to submit to a drug test following an on-the-job injury, there shall be a presumption that the accident and injury were caused by alcohol or drugs. If the presumption is not overcome by other evidence, any claim for workers' compensation benefits would be denied.
12. You shall be guilty of a misdemeanor and upon conviction shall be punished by a fine of not more than \$10,000.00 or imprisonment, up to 12 months, or both, for making false or misleading statements when claiming benefits. Also, any false statements or false evidence given under oath during the course of any administrative or appellate division hearing is perjury.

The State Board of Workers' Compensation will provide you with information regarding how to file a claim and will answer any other questions regarding your rights under the law. If you are calling in the Atlanta area the telephone number is (404) 656-3818, outside the metro Atlanta area call 1-800-533-0682, or write the State Board of Workers' Compensation at: 270 Peachtree Street, N.W., Atlanta, Georgia 30303-1299 or visit our website: <https://www.sbwgc.georgia.gov>. A lawyer is not needed to file a claim with the Board; however, if you think you need a lawyer and do not have your own personal lawyer, you may contact the Lawyer Referral Service at (404) 521-0777 or 1-800-334-6865.

IF YOU HAVE QUESTIONS PLEASE CONTACT THE STATE BOARD OF WORKERS' COMPENSATION AT 404-656-3818 OR 1-800-533-0682 OR VISIT <https://www.sbwgc.georgia.gov>

WILLFULLY MAKING A FALSE STATEMENT FOR THE PURPOSE OF OBTAINING OR DENYING BENEFITS IS A CRIME SUBJECT TO PENALTIES OF UP TO \$10,000.00 PER VIOLATION (O.C.G.A. §34-9-18 AND §34-9-19).

PANEL DE DOCTORES

AVISO OFICIAL

Esta compañía opera bajo las Leyes de Compensación de Trabajadores de Georgia

LOS TRABAJADORES DEBEN REPORTAR TODOS LOS ACCIDENTES INMEDIATAMENTE AL EMPLEADOR Y AVISAR AL EMPLEADOR PERSONALMENTE, UN AGENTE, REPRESENTANTE, PATRON, SUPERVISOR O CAPATAZ.

Si un trabajador es lesionado en el trabajo el empleador debe pagar gastos médicos y rehabilitación dentro de los límites de la ley. En algunos casos el empleador también pagara una parte de los salarios perdidos de los empleados.

Lesiones de trabajo y enfermedades ocupacionales deben ser reportados por escrito cuando sea posible. El trabajador puede perder el derecho a recibir compensación si un accidente no es reportado dentro de 30 días (referencia O.C.G.A. § 34-9-80).

El empleador ofrecerá sin costo alguno, si es pedido, un formulario para reportar accidentes y también debe suministrar, sin costo alguno, información acerca de compensación de trabajadores. El empleador también debe suministrar al empleado, cuando sea pedido, copias de formularios de la Junta archivados con el empleador pertenecientes a reclamos de los empleados.

Un trabajador lesionado en el trabajo debe seleccionar un doctor de la lista abajo. El panel mínimo debe consistir de por lo menos seis médicos, incluyendo un cirujano ortopédico con no más de dos médicos de clínicas industriales (referencia O.C.G.A. § 34-9-201). Además, este panel debe incluir un medico minoritario, cuando sea posible (vea la regla 201 de definición de médicos minoritarios.) La Junta puede otorgar excepciones al tamaño requerido del panel donde se demuestre que más de cuatro médicos no son razonablemente accesibles. Un cambio de un doctor a otro en la lista se puede hacer sin permiso. Cambios adicionales requieren el permiso del empleador o de la Junta Estatal de Compensación de Trabajadores.

La compañía de seguro que provee cobertura para esta Empresa bajo la ley de Compensación de Trabajadores es:

Nombre de la compañía de seguridad: _____ Telefono: _____

Dirección: _____

Correo electrónico: _____

Instrucciones para el trabajador lesionado: Por favor de revisar la información de contacto de los siguientes proveedores médicos y seleccionar el proveedor de quien quiere recibir tratamiento médico.

Información de contacto del proveedor médico: Nombre, dirección, teléfono, y sitio web enumerados a continuación abajo:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.

(Proveedores médicos adicionales se pueden agregar en página adicional)

☐ Este cuadro es marcado si es que proveedores médicos adicionales son enumerados en página adicional.

SI USTED TIENE PREGUNTAS LLAME AL (404) 656-3818 o 1-800-533-0682 o VISITA SITIO WEB: <https://www.sbcw.georgia.gov>

HACER FALSOS TESTIMONIOS VOLUNTARIAMENTE CON EL PROPÓSITO DE OBTENER O NEGAR BENEFICIOS ES UN CRIMEN SUJETO A PENALIDADES DE HASTA 10,000.00 POR VIOLACIÓN (O.C.G.A. §34-9-18 Y §34-9-19.)

WC-BILL OF RIGHTS

JUNTA ESTATAL DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES DE GEORGIA

DECLARACIÓN DE DERECHOS PARA EL TRABAJADOR LESIONADO

Según lo requiere la Ley O.C.G.A. §34-9-81.1, esto es un recuento de sus derechos y responsabilidades. La Ley de Compensación de Trabajadores le provee a usted, como trabajador en el Estado de Georgia, ciertos derechos y responsabilidades si usted se lesiona en el trabajo. La Ley de Compensación de Trabajador lo provee a usted con cobertura de lesiones relacionadas con el trabajo aunque su lesión sea en el primer día de trabajo. Además de sus derechos, usted también tiene ciertas responsabilidades. Sus derechos y responsabilidades están descritos abajo.

Derechos de los Empleados

- Si usted se lesiona en el trabajo, usted puede recibir rehabilitación médica y beneficios de ingresos. Estos beneficios son proveídos para ayudarlo a regresar al trabajo. También sus dependientes pueden recibir beneficios si usted muere como resultado de lesiones recibidas en el trabajo.
- Se le requiere a su empleador que anuncie una lista de seis doctores o por lo menos el nombre de un WC/ MCO certificado que provee cuidados médicos, al menos que la Junta halla otorgado una excepción. Usted puede escoger un doctor de la lista sin el permiso de su empleador. Sin embargo, en una emergencia, usted puede recibir asistencia medica temporaria de cualquier otro medico hasta que la emergencia termine después usted debe recibir tratamiento de los médicos que se anuncian en la lista.
- Sus cuentas médicas autorizadas, cuentas de hospital, rehabilitación en algunos casos, terapia física, recetas y gastos de transporte serán pagados si la lesión fue ocasionada por un accidente en el trabajo. Todas las lesiones que ocurren en o antes 30 de junio de 2013 se tendrá derecho a beneficios médicos de por vida. Si el accidente ocurrió en o 1 de julio del 2013 el tratamiento médico será limitado a un máximo de 400 semanas a partir de la fecha del accidente. Si su lesión es catastrófica en la naturaleza que puede tener derecho a beneficios médicos de por vida.
- Usted tiene derecho a recibir beneficios de ingresos semanales si usted ha perdido tiempo por más de siete días debido a una lesión. Su primer cheque debe ser enviado a usted dentro de 21 días, después del primer día que faltó al trabajo. Si esta fuera más de 21 días consecutivos debido a su lesión, se le pagara la primera semana.
- Los accidentes son clasificados ya sea catastróficos o no catastróficos. Lesiones catastróficas son las que envuelven amputación, parálisis severas, lesiones severas de la cabeza, quemaduras severas, ceguera que prevenga al empleado a que pueda realizar el o ella su trabajo anterior o cualquier otro trabajo disponible en numero considerable dentro de la economía nacional. En casos catastróficos usted tiene derecho a recibir un promedio de dos terceras partes de su ingreso semanal pero no más de \$800 por semana por una lesión relacionada con el trabajo durante todo el tiempo que usted no pueda regresar a su trabajo. Usted también tiene derecho a recibir beneficios médicos y de rehabilitación. Si usted necesita ayuda en esta área llame a la Junta Estatal de Compensación de Trabajadores al (404) 656-0849.
- En todos los otros casos (no catastróficos) usted tiene el derecho a recibir dos terceras partes de su sueldo promedio semanal pero no más de \$800 por semana de una lesión relacionada de trabajo, usted recibirá estos beneficios mientras usted este incapacitado. Pero no más de 400 semanas si no esta trabajando y se determina que usted esta capacitado a desempeñar con restricción por 52 semanas consecutivas o 78 semanas agregadas sus ingresos semanales serán reducidos a dos terceras partes de su sueldo promedio pero no más de \$533.00 por semana, que no excedan 350 semanas.
- Cuando usted pueda regresar a trabajar pero solo pueda conseguir empleo de salario bajo como resultado de su lesión usted tiene derecho a un beneficio semanal de no más de \$533.00 por semana pero no más de 350 semanas.
- En caso de que usted muera como resultado de un accidente en el trabajo, su dependiente (s) recibirán para gastos de entierro \$7,500 y dos terceras partes de su sueldo promedio semanal, pero no más de \$800 por semana. Una esposa viuda sin niños se le pagara un máximo de \$320,000 en beneficios continuos hasta que EL/ELLA se vuelva a casar o abiertamente cohabite con una persona del sexo opuesto.
- Si usted no recibe beneficios cuando sea debido, la compañía de seguro/empleador debe de pagar penalidades, que se agregaran a sus pagos.

La Junta de Compensación de Trabajadores le proporcionará la información relativa a la manera de presentar una reclamación y responderá a cualquier preguntas adicionales sobre sus derechos en virtud de la ley. Si usted llama en la zona de Atlanta, el teléfono es el (404) 656-3818 y fuera de la zona metropolitana de Atlanta, llame al 1-800-533-0682, o escriba a la Junta Estatal de Compensación de Trabajadores a 270 Peachtree Street, NW, Atlanta, Georgia 30303-1299 o visita sitio web: <https://www.sbwgc.georgia.gov>. No es necesario tener un abogado para presentar una reclamación a la Junta; sin embargo, si usted cree que necesita los servicios de un abogado y no tiene uno propio, usted puede ponerse en contacto con el Servicio de Referencia de Abogados (Lawyers Referral Service) al teléfono (404) 521-0777 o al 1-800-334-6865.

SI USTED TIENE PREGUNTAS LLAME AL (404) 656-3818 O 1-800-533-0682 O VISITA SITIO WEB: <https://www.sbwgc.georgia.gov>
CUALQUIER DECLARACIÓN FALSA Y DELIBERADA PARA OBTENER O NEGAR BENEFICIOS ES UNA OFENSA CRIMINAL Y ES SUJETO A PENALIDADES DE HASTA \$10,000 POR CADA VIOLACIÓN (O.C.G.A. § 34-9-18 Y § 34-9-19).

REVISIÓN 07/2023

G-301251-E

Responsabilidades de los Empleados

- Usted debe de seguir las reglas escritas de seguridad y otras pólizas razonables y procedimientos del empleador.
- Usted debe reportar cualquier accidente inmediatamente, pero no más tarde de 30 días después del accidente, a su empleador, los representantes del empleador, su capataz o supervisor inmediato. Fallar en hacerlo puede resultar en la perdida de sus beneficios.
- Un empleado tiene la continua obligación de cooperar con proveedores médicos en el curso de su tratamiento relacionado con lesiones de trabajo. Usted debe aceptar tratamientos médicos razonables y servicios de rehabilitación cuando sean ordenados por la Junta Estatal de Compensación de Trabajadores o la Junta puede suspender sus beneficios.
- No se permitirá compensación por una lesión o muerte debido a una conducta mal intencionada de los empleados.
- Debe de notificar a la compañía de seguro/empleador de su dirección cuando se mude a un nuevo lugar. Usted debe notificar a la compañía de seguros/empleador cuando usted halla regresado a trabajar de tiempo completo o medio tiempo y reportar la cantidad de su salario semanal porque usted puede tener derecho a algún beneficio de ingreso aun así halla regresado al trabajo.
- Una esposa dependiente de un empleado difunto debe notificar a la compañía de seguro/ empleador de cambios de dirección o nuevo matrimonio.
- Usted debe intentar un trabajo aprobado por su medico autorizado aunque el pago sea mas bajo que en el trabajo que usted tenia cuando se lesionó, si usted no intenta el trabajo sus beneficios pueden ser suspendidos.
- Si usted cree que debe recibir beneficios y su compañía de seguros/empleador niega estos beneficios. Usted debe de hacer un reclamo dentro de un año después del ultimo tratamiento medico o dentro de dos años de su último pago de beneficios semanales o usted perderá sus derechos a estos beneficios.
- Si su (s) dependiente (s) no reciben beneficio de pagos permitidos. El dependiente debe hacer un reclamo con la Junta Estatal de Compensación de Trabajadores dentro de un año después de su muerte o perderán los derechos a estos beneficios.
- Algún pedido de reembolso a usted por millas o otros gastos relacionados con tratamiento medico debe ser sometidos a la compañía de seguros/empleador dentro de un año del día que los gastos fueron incurridos.
- Si un empleado injustificadamente rehúsa a someterse a una prueba de droga después de una lesión en el trabajo habrá una presunción de que el accidente y lesión fueran causados por droga o alcohol. Si la presunción no se sobrepone por otras evidencias, algún reclamo hecho para beneficios de compensación de Trabajador serán negados.
- Usted será culpable de un delito menor y una vez convicto debe ser castigado con una multa de no más de \$10,000.00 o encarcelamiento de hasta 12 meses o las dos, por hacer declaraciones falsas o engañosos testimonios cuando reclame beneficios. También cualquier declaración falsa o evidencia falsa dadas bajo juramento durante el curso de alguna audiencia de división de apelación o administración es perjurio.

WC-BILL OF RIGHTS

WC8601s (07-23) Wolters Kluwer | Uniform Forms

TO THE EMPLOYER: THIS NOTICE MUST BE POSTED IN A CONSPICUOUS PLACE
UPON YOUR PREMISES.

NOTICE

REGARDING WORKERS' COMPENSATION INSURANCE

**ALL WORKERS EMPLOYED BY THE UNDERSIGNED
ARE HEREBY NOTIFIED THAT THE EMPLOYER HAS
COMPLIED WITH THE LAW AS TO SECURING THE
PAYMENT OF COMPENSATION TO EMPLOYEES AND
THEIR DEPENDENTS, IN ACCORDANCE WITH THE
PROVISIONS OF THE WORKERS' COMPENSATION
LAW.**

TRUSTEES OF DARTMOUTH COLLEGE

Employer

Date 07/01/2025

By

Employer's Authorized Agent

An employee receiving an injury by accident must immediately notify his/her supervisor, superintendent, or the undersigned, who will provide medical attendance.

Claim for compensation must be made in writing and given to the employer. Forms for giving notice of injury and making claim for compensation will be furnished by the employer; by the surety,
NATIONAL FIRE INSURANCE COMPANY OF HARTFORD
151 N. FRANKLIN ST., CHICAGO, IL 60606-1915
1-877-CNA-ASAP (262-2727)
or upon application, by the Industrial Commission in Boise, Idaho.

AVISO

RESPECTO A EL SEGURO DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES

**TODOS LOS TRABAJADORES EMPLEADOS POR EL
SUSCRITO SON, POR LA PRESENTE, NOTIFICADOS QUE EL
PATRÓN HA CUMPLIDO CON LA LEY CON RESPECTO A
ASEGURAR EL PAGO DE COMPENSACIÓN A LOS
EMPLEADOS Y SUS DEPENDIENTES, DE ACUERDO CON
LAS PROVISIONES DE LA LEY DE COMPENSACIÓN PARA
TRABAJADORES.**

TRUSTEES OF DARTMOUTH COLLEGE

Patrón

07/01/2025

Fecha

Por

Agente Autorizado del Patrón

Un empleado que recibe un daño en un accidente tiene que notificar
inmediatamente a su mayordomo o mayordoma, superintendente o a la
persona suscrita, quien proveera atención médica.

Reclamación para compensación tiene que ser hecha por escrito y entregada
al patrón. Formas explicando el daño y reclamando compensación serán
proveidas por el patrón; por el fiador,

NATIONAL FIRE INSURANCE COMPANY OF HARTFORD

333 S. WABASH AVE., CHICAGO, IL, 60604

1-877-CNA-ASAP (262-2727)

o con solicitud, por La Comisión Industrial en Boise, Idaho.

WORKERS' COMPENSATION



is a system of benefits provided by law to most workers who have job-related injuries or illnesses. Benefits are paid for injuries that are caused, in whole or in part, by an employee's work. This may include the aggravation of a pre-existing condition, injuries brought on by the repetitive use of a part of the body, heart attacks, or any other physical problem caused by work. Benefits are paid regardless of fault.

IF YOU HAVE A WORK-RELATED INJURY OR ILLNESS, TAKE THE FOLLOWING STEPS:

- 1. GET MEDICAL ASSISTANCE.** By law, your employer must pay for all necessary medical services required to cure or relieve the effects of the injury or illness. Where necessary, the employer must also pay for physical, mental, or vocational rehabilitation, within prescribed limits. The employee may choose two physicians, surgeons, or hospitals. If the employer notifies you that it has an approved Preferred Provider Program for workers' compensation, the PPP counts as one of your two choices of providers.
- 2. NOTIFY YOUR EMPLOYER.** You must notify your employer of the accidental injury or illness within 45 days, either orally or in writing. To avoid possible delays, it is recommended the notice also include your name, address, telephone number, Social Security number, and a brief description of the injury or illness.
- 3. LEARN YOUR RIGHTS.** Your employer is required by law to report accidents that result in more than three lost work days to the Workers' Compensation Commission. Once the accident is reported, you should receive a handbook that explains the law, benefits, and procedures. If you need a handbook, please call the Commission or go to the Web site.

If you must lose time from work to recover from the injury or illness, you may be entitled to receive weekly payments and necessary medical care until you are able to return to work that is reasonably available to you.

It is against the law for an employer to harass, discharge, refuse to rehire or in any way discriminate against an employee for exercising his or her rights under the Workers' Compensation or Occupational Diseases Acts. If you file a fraudulent claim, you may be penalized under the law.

- 4. KEEP WITHIN THE TIME LIMITS.** Generally, claims must be filed within three years of the injury or disablement from an occupational disease, or within two years of the last workers' compensation payment, whichever is later. Claims for pneumoconiosis, radiological exposure, asbestosis, or similar diseases have special requirements.

Injured workers have the right to reopen their case within 30 months after an award is made if the disability increases, but cases that are resolved by a lump-sum settlement contract approved by the Commission cannot be reopened. Only settlements approved by the Commission are binding.

For more information, go to the Illinois Workers' Compensation Commission's Web site or call any office:

Chicago: 312/814-6500 Collinsville: 618/346-3450 Peoria: 312/814-6500 Springfield: 217/785-7087
Web site: www.iwcc.il.gov Rockford: 312/814-6500 TDD (Deaf): 866/383-4370

BY LAW, EMPLOYERS MUST DISPLAY THIS NOTICE IN A PROMINENT PLACE IN EACH WORKPLACE AND COMPLETE THE INFORMATION BELOW.

Party handling workers' compensation claims	NATIONAL FIRE INSURANCE COMPANY OF HARTFORD		
Business address	151 N. FRANKLIN ST., CHICAGO, IL 60606-1915		
Business phone	1-877-CNA-ASAP (262-2727)		
Effective date	07/01/2025	Termination date	07/01/2026
Policy number	6024204717	Employer's FEIN	02-0222111

ICPN 1/2025 Printed by the authority of the State of Illinois.

COMPENSACION A LOS TRABAJADORES



es un sistema de beneficios que por ley se provee a la mayoría de trabajadores que se han enfermado o accidentado en el trabajo. Los beneficios son pagados por lesiones que son causadas en parte o completamente por el trabajo del trabajador. Esto puede incluir el agravante o una condición pre-existente, lesiones causadas por uso repetitivo de una parte del cuerpo, ataques cardíacos, o cualquier otro problema físico causado por el trabajo. Los beneficios son pagados sin importar la causa.

SI USTED SUFRE DE UNA LESION O ENFERMEDAD RELACIONADA AL TRABAJO, USTED DEBE TOMAR LAS SIGUIENTES MEDIDAS:

- 1. OBTENGA AYUDA MEDICA.** Por ley, su empleador debe pagar por todos los servicios médicos necesarios que se requieran para aliviar los síntomas de lesión o enfermedad. Si es necesario, el empleador debe pagar por rehabilitación física, mental o profesional dentro de los límites establecidos. El trabajador puede escoger dos doctores, cirujanos u Hospitales. Si el empleador le notifica que tiene un programa de proveedor preferido (PPP) aprobado para la compensación de trabajadores, el PPP cuenta como una de las dos opciones de proveedores.
- 2. NOTIFIQUE A SU EMPLEADOR.** Usted debe notificar a su empleador del accidente o enfermedad dentro de 45 días, ya sea por escrito o verbalmente. Para evitar posibles demoras, es recomendable que la nota incluya su nombre, dirección, número telefónico, número de Seguro Social, y una breve descripción de la lesión o enfermedad.
- 3. CONOZCA SUS DERECHOS.** Su empleador por ley debe reportar accidentes que resulten en más de tres días de ausencia al trabajo, a la Comisión de Compensación para Trabajadores. Una vez que el accidente es reportado, usted recibirá un manual que explica la ley, beneficios y procedimientos. Si necesita un manual, por favor llame a la Comisión o visite nuestra red.

Si usted tiene que faltar al trabajo para recuperarse de la lesión o enfermedad, usted tiene derecho a recibir pagos semanales y atención médica necesaria hasta que este capacitado para regresar a trabajar y que el trabajo este de acuerdo a sus capacidades.

Es contra la ley que el empleador moleste, despidas o se niegue a reemplazar o de alguna manera discrimine contra un trabajador por ejercitar sus derechos de conformidad con las leyes que rigen el seguro de accidentes de trabajo de enfermedades profesionales. Si usted hace una demanda fraudulenta, podrá ser castigado por la ley.

- 4. MANTENGASE DENTRO DEL LIMITE DE TIEMPO.** Usualmente, las quejas deben ser presentadas dentro de los primeros tres años del accidente o incapacidad de una enfermedad profesional, o dentro de dos años del último pago de compensación de trabajo, lo que sea más reciente. Quejas por neumoconiosis, exposición radiológica, asbestos, o enfermedades similares tienen requerimientos especiales.

Los trabajadores accidentados tienen derecho para volver a abrir su caso dentro de 30 meses después que la Comisión haya otorgado una decisión y la incapacidad haya incrementado, pero en casos resueltos por una suma global aprobada por la Comisión no pueden volver a abrirse. Únicamente las decisiones aprobadas por la Comisión son obligatorias.

Para mas información, visite la Red de la Comisión de Compensación para Trabajadores o llame a nuestras oficinas:

Chicago: 312/814-6500 Peoria: 312/814-6500 Springfield: 217/785-7087
Web site: www.iwcc.il.gov Collinsville: 618/346-3450 Rockford: 312/814-6500 TDD (Sordo): 866/383-4370

LOS EMPLEADORES DEBEN EXHIBIR ESTE AVISO EN UN LUGAR VISIBLE PARA TODOS LOS TRABAJADORES Y LLENAR LA INFORMACIÓN REFERENTE A LA COMPAÑIA DE SEGUROS.

Nombre:	NATIONAL FIRE INSURANCE COMPANY OF HARTFORD		
Dirección de la Compañía:	151 N. FRANKLIN ST., CHICAGO, IL 60606-1915		
Teléfono de la Compañía:	1-877-CNA-ASAP (262-2727)		
Fecha efectiva:	07/01/2025	Fecha de terminación:	07/01/2026
Número de Póliza:	6024204717	FEIN del Empleador:	02-0222111

ICPN 1/2025 Impreso por la autoridad del Estado de Illinois.

WORKER'S COMPENSATION NOTICE

Your employer is required to provide for payment of benefits under the Worker's Compensation Act of the State of Indiana.

Any employee who is injured while at work should report the injury immediately to their supervisor, employer, or designated representative.

The worker's compensation insurance carrier or the administrator for

TRUSTEES OF DARTMOUTH COLLEGE **is:** NATIONAL FIRE INSURANCE COMPANY OF HARTFORD
(name of company) (name of insurance carrier or administrator)

NATIONAL FIRE INSURANCE COMPANY OF HARTFORD

(name of carrier/administrator)

151 N. FRANKLIN ST.

(mailing address)

CHICAGO, IL 60606-1915

(city, state, zip)

1-877-CNA-ASAP (262-2727)

(telephone number)

(contact person)

For more information about rights or procedures under the Indiana Worker's Compensation system, call or write:

**Worker's Compensation Board of Indiana
Ombudsman Division
402 W. Washington St., Rm W196
Indianapolis, IN 46204
(317) 232-3808
1-800-824-2667**

NOTICIA DE COMPENSACION PARA TRABAJADORES

A su empleador le es requerido proveer pagos de beneficios bajo el Acta de Compensación para Trabajadores del Estado de Indiana.

Cualquier empleado que sea lesionado mientras esté trabajando debe reportar el accidente laboral inmediatamente a su supervisor, empleador o representante designado.

La compañía de seguro de compensación del trabajador o el administrador de la compañía
TRUSTEES OF DARTMOUTH COLLEGE es:

(nombre de la compañía)

NATIONAL FIRE INSURANCE COMPANY OF HARTFORD

(nombre de la compañía de seguro/administrador)

151 N. FRANKLIN ST.

(dirección)

CHICAGO, IL 60606-1915

(ciudad, estado, código postal)

1-877-CNA-ASAP (262-2727)

(número de telefono)

(persona de contacto)

Para más información acerca de sus derechos o los procedimientos bajo el sistema de compensación para trabajadores de Indiana, llame o escriba a:

**Worker's Compensation Board of Indiana
Ombudsman Division
402 W. Washington St., Rm W196
Indianapolis, IN 46204
(317) 232-3808
1-800-824-2667**

Workers Compensation Rights and Responsibilities

This notice must be posted and maintained by the employer in one or more conspicuous places.

Your employer is subject to the Kansas Workers Compensation Law which provides compensation for job-related injuries.

This notice applies to dates of accidents on or after **July 1, 2024**.

Este aviso aplica a las fechas de los accidentes a partir de **Julio 1, 2024**.

WHAT TO DO IF AN INJURY OCCURS ON THE JOB

NOTIFY YOUR EMPLOYER IMMEDIATELY.

Per K.S.A. 44-520, a claim may be denied if an employee fails to notify their employer within the earliest of the following dates:

(A) **30 calendar days** from the date of accident or the date of injury by repetitive trauma; (B) if the employee no longer works for the employer against whom benefits are being sought, **20 calendar days** after the employee's last day of actual work for the employer.

Notice may be given orally or in writing. Where notice is provided orally, if the employer has designated an individual or department to whom notice must be given and such designation has been communicated in writing to the employee, notice to any other individual or department shall be insufficient under this section. If the employer has not designated an individual or department to whom notice must be given, notice must be provided to a supervisor or manager.

Where notice is provided in writing, notice must be sent to a supervisor or manager at the employee's principal location of employment.

The notice, whether provided orally or in writing, shall include the time, date, place, person injured and particulars of such injury. It must be apparent from the content of the notice that the employee is claiming benefits under the workers compensation act or has suffered a work-related injury.

BENEFITS. Benefits are paid by the employer's insurance carrier or self insurance program. Benefits include medical treatment, partial wage replacement for lost time and additional benefits if the injury results in permanent disability. An employer is required to furnish all necessary medical treatment and has the right to designate the treating physician. If the employee seeks treatment from a doctor not authorized by the employer, the employer or its insurance carrier is only liable up to \$800.00 dollars for the unauthorized medical treatment.

QUE HACER SI UNA LESIÓN OCURRE EN EL TRABAJO

NOTIFIQUE A SU EMPLEADOR INMEDIATAMENTE.

De acuerdo con el artículo de ley K.S.A. 44-520, un reclamo puede ser negado si el empleado no notifica a su empleador dentro del antes de las siguientes fechas: (A) **30 días** a partir de la fecha del accidente o la fecha de la lesión debido a trauma por movimientos repetitivos; (B) si el empleado está trabajando con el empleador en contra del cual si el empleado ya no trabaja para el empleador en contra del cual se están buscando beneficios, **20 días** después del último día de trabajo para dicho empleador.

El aviso puede darse oralmente o por escrito. Donde el aviso se da oralmente, si el empleador ha designado un individuo o departamento a quien el aviso se debe dar y tal designación ha sido comunicada por escrito al empleado, aviso a cualquier otro individuo o departamento deberá ser insuficiente bajo esta sección. Si el empleador no ha designado a un individuo o departamento a quien se debe dar el aviso, el aviso puede darse a un supervisor o gerente.

Donde el aviso se hace por escrito, el aviso debe ser enviado a un supervisor o gerente de la oficina principal de empleo del trabajador.

El aviso, sea que se haga oralmente o por escrito, debe incluir la hora, fecha, lugar, persona lesionada y detalles de tal lesión. Debe ser visible a partir del contenido del aviso, que el empleado está reclamando beneficios bajo la ley de compensación del trabajador o que ha sufrido una lesión relacionada con el trabajo.

BENEFICIOS. Los beneficios son pagados por la compañía aseguradora del empleador o programa de seguro propio. Los beneficios incluyen tratamiento médico, reemplazo de sueldo parcial por tiempo perdido y beneficios adicionales si la lesión resulta en incapacidad permanente. El empleador debe proporcionar todo el tratamiento médico necesario y tiene el derecho de designar el doctor para dicho tratamiento. Si el empleado busca tratamiento con un doctor que no ha sido autorizado por el empleador, el empleador o su compañía aseguradora serán responsables de pagar solamente los primeros \$800.00 dólares para tratamiento médico no autorizado.

WHERE TO GET HELP WITH YOUR CLAIM (DÓNDE CONSEGUIR AYUDA CON SU RECLAMO):

NATIONAL FIRE INSURANCE COMPANY OF HARTFORD

1-877-CNA-ASAP (262-2727)

Employer's Insurance Carrier (Compañía Aseguradora del Empleador)

Telephone (Teléfono de la Aseguradora)

151 N. FRANKLIN ST., CHICAGO, IL 60606-1915

Address (Dirección de la Aseguradora)

For questions about Workers Compensation Law, contact (Para preguntas acerca de la Ley de Compensación del Trabajador):

KANSAS DEPARTMENT OF LABOR

Workers Compensation Division/Ombudsman

401 SW Topeka Blvd, Suite 2, Topeka, KS 66603-3105

Website: dol.ks.gov/workers-compensation/overview

Email: KDOL.wc@ks.gov

Phone: (800) 332-0353 or (785) 296-4000

Persons with impaired hearing or speech utilizing a telecommunications device may access the above number(s) by using the Kansas Relay Center at (800) 766-3777.



Kansas Department of Labor | 401 SW Topeka Blvd, Topeka, KS 66603 | www.dol.ks.gov

K-WC 40-A (10-24)



COMMONWEALTH OF KENTUCKY WORKERS' COMPENSATION NOTICE

Employees of this business are covered by the Kentucky Workers' Compensation Act (KRS Chapter 342). Conspicuous posting of this Notice is required by law.

Employer Name: TRUSTEES OF DARTMOUTH COLLEGE

Address: 7 LEBANON ST STE 302 HANOVER, NH 03755-2112

Workers Compensation Carrier

(or third party administrator): NATIONAL FIRE INSURANCE COMPANY OF HARTFORD

Policy #: 6024204717

, effective 07/01/2025 **to** 07/01/2026

Address: 151 N. FRANKLIN ST., CHICAGO, IL 60606-1915

Telephone: 1-877-262-2727

, Contact Person

EMPLOYEES: IF INJURED – NOTIFY your supervisor IMMEDIATELY; when possible Notice should be in writing. FAILURE to notify your supervisor could result in denial of benefits. OBTAIN MEDICAL CARE. Your employer must pay for ALL NECESSARY MEDICAL CARE to treat a workplace injury. The employee may select the physician or medical facility to render care. If the employer is enrolled in an approved Managed Care Plan employee selection of physicians is LIMITED to the Approved Provider Network, except in certain emergencies. FOR INJURIES REQUIRING CONTINUING CARE the EMPLOYEE MUST DESIGNATE A TREATING PHYSICIAN, a form to do so will be furnished by your employer or its insurance carrier.

This employer IS ☐ IS NOT ☐ participating in a Managed Care Plan for medical care.

The name of the Managed Care Plan is _____, its representative is _____, phone number _____.

DISABILITY BENEFITS to replace wages lost due to a workplace injury are payable under the Workers Compensation Act after seven (7) day of disability. A CLAIM MUST BE filed with the Department of Workers' Claim WITHIN TWO YEARS of the date of injury, or last payment of temporary total disability benefits.

NEED ASSISTANCE? Contact your employer's claim representative. If your questions about workers' compensation rights are not promptly answered call THE KENTUCKY DEPARTMENT OF WORKERS CLAIMS at 1-800-554-8601 to speak to an Ombudsman or Workers' Compensation Specialist.

EMPLOYER SUPERVISORS – NOTIFY MANAGEMENT IMMEDIATELY OF ALL INJURIES SO THAT TIMELY REPORT CAN BE MADE AS REQUIRED BY LAW.

04/09/09



COMMONWEALTH OF KENTUCKY NOTIFICACION DE INDEMNIZACION LABORAL

Los empleados de este negocio están cubiertos por el acta de Indemnización Laboral de (KRS Capítulo 342). La publicación de este aviso es obligatoria por ley.

Nombre del empleador: TRUSTEES OF DARTMOUTH COLLEGE

Dirección: 7 LEBANON ST STE 302 HANOVER, NH 03755-2112

Nombre del portador de la Compensación Laboral (o administrador de la parte tercera): _____

NATIONAL FIRE INSURANCE COMPANY OF HARTFORD

Póliza #: 6024204717, **fecha efectiva de** 07/01/2025 **hasta** 07/01/2026

Teléfono: 1-877-262-2727, **Nombre del Contacto** _____

EMPLEADOS: SI ESTA HERIDO/A – NOTIFIQUE – a su supervisor IMMEDIATAMENTE; cuando sea posible el AVISO debe ser por escrito. El NO NOTIFICAR a su supervisor podría resultar en la negación de servicios. OBTENGA CUIDADO MEDICO. Su empleador debe pagar por TODO EL CUIDADO MEDICO NECESARIO por tratarse de una lesión laboral. El empleado quizá pueda seleccionar un médico o un centro médico. Si el empleador está registrado en un plan de cuidado médico de red aprobado, entonces la selección del cuidado médico por el empleado es LIMITADA solamente al plan aprobado de las redes de cuidado médico del empleador, con la excepción de ciertas emergencias. PARA LESIONES QUE REQUIERAN CUIDADO MEDICO CONTINUO, el EMPLEADO DEBE DE NOMBRAR A SU PROPIO MEDICO, para hacerlo se le entregara un formulario por parte de su empleador o por el portador de la aseguradora.

Este empleador ESTA ☐ NO ESTA ☐ participando en un Plan de red Administrado para el cuidado médico. El nombre del plan médico administrado es _____, y el nombre de su representante _____, número de teléfono: _____.

Los BENEFICIOS POR DISCAPACIDAD son pagados después de siete (7) días de incapacidad bajo la ley de la compensación a los trabajadores para reemplazar los salarios perdidos debido a una lesión en el lugar de trabajo. SE DEBE DE PRESENTAR UN RECLAMO ante el Departamento de Reclamo del Trabajador DENTRO DE LOS DOS AÑOS POSTERIORES a la fecha de la lesión o el último pago de los beneficios por incapacidad total temporal.

¿NECESITA ASISTENCIA? Comuníquese con el representante de reclamos de su empleador. Si sus preguntas acerca de sus derechos de la compensación al trabajador no son contestadas a tiempo llame al DEPARTAMENTO DE COMPENSACION AL TRABAJADOR DE KENTUCKY al número 1-800-554-8601 para hablar con un defensor o un especialista de la compensación a los trabajadores.

A LOS SUPERVISORES DE EMPLEADOS – NOTIFIQUE A LA GERENCIA IMMEDIATAMENTE DE TODAS LAS LESIONES QUE OCURRAN PARA QUE SE PUEDA HACER UN INFORME OPORTUNO SEGUN LO EXIGE LA LEY.

6/30/2020

Workers' Compensation

Reporting Injury

You should report to your employer any occupational disease or personal injury that is work-related, even if you deem it to be minor.

Occupational Disease or Death

In case of an occupational disease, all claims are barred unless the employee files a claim with his/her employer within one year of the date that:

- 1 the disease manifests itself.
- 2 the employee is disabled as a result of the disease.
- 3 the employee knows or has reasonable grounds to believe that the disease is occupationally related.

In case of death arising from an occupational disease, all claims are barred unless the dependent(s) file a claim with the deceased employee's employer within one year of:

- 1 the date of death.
- 2 the date the claimant has reasonable grounds to believe that the death resulted from occupational disease.

Filing Notice

In case of injury or death caused by a work-related accident, an injured employee or any person claiming to be entitled to compensation either as a claimant or as a representative of a person claiming to be entitled to compensation must give notice to the employer within 30 days of the injury. If notice is not given to the employer within 30 days, no payments will be made under the law for such injury or death. In addition, any fraudulent action by the employer, employee, or any other person for the purpose of obtaining or defeating any benefit or payment of workers' compensation shall subject such person to criminal as well as civil penalties.

The above-mentioned notice should be filed with the employer at the address listed under the "Employer Representative" and/or "Employer" sections of this poster.

A notice so given shall not be held invalid because of any inaccuracy in stating the time, place, nature or cause of injury, or otherwise, unless it is shown that the employer was in fact misled to his detriment thereby. Failure to give notice may not harm the employee if the employer knew of the accident or if the employer was not prejudiced by the delay or failure to give notice.

Physicians

In the event you are injured, you are entitled to select a physician of your choice for treatment. The employer may choose another physician and arrange an examination which you would be required to attend.

Formal Claim

In order to preserve your right to benefits under the Louisiana Workers' Compensation Law, you must file a formal claim with the Office of Workers' Compensation Administration within one year after the accident if payments have not been made or within one year after the last payment of weekly benefits.

Information

If you desire any information regarding your rights and entitlement to benefits as prescribed by law, you may call or write to the Office of Workers' Compensation Administration, Post Office Box 94040, Baton Rouge, Louisiana 70804-9040 or telephone (225) 342-7555.

Name and Address of Insurance Company

NATIONAL FIRE INSURANCE COMPANY OF HARTFORD

151 N. FRANKLIN ST.

CHICAGO, IL 60606-1915

1-877-262-2727

Notice shall be given by delivering it or sending it by certified mail or return receipt requested to:

Employer Representative

Employer

TRUSTEES OF DARTMOUTH COLLEGE

7 LEBANON ST STE 302

HANOVER, NH 03755-2112

R.S. 23:1302 states that this notice should be posted in a convenient and conspicuous place in the employer's place of business.

Revised February 2025



www.laworks.net



NOTICE TO EMPLOYEES

THE COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS

DEPARTMENT OF INDUSTRIAL ACCIDENTS



IF YOU ARE INJURED ON THE JOB:

- **Immediately notify your employer that you have been injured.**

Employer HR/Workers' Compensation Contact

Phone Number

- **Tell the medical provider that you have been injured at work and give the information below:**

Insurance Carrier

Address

Phone Number

NATIONAL FIRE INSURANCE
COMPANY OF HARTFORD

151 N. FRANKLIN ST.,
CHICAGO, IL 60606-1915

1-877-CNA-ASAP (262-2727)

Employer

Address

TRUSTEES OF DARTMOUTH COLLEGE

7 LEBANON ST STE 302 HANOVER, NH 03755-2112

- **If the employer fails to report the injury to the insurer, the employee may file an Employee's Claim (Form 110).**
- **Additional information regarding your rights and eligibility for benefits pursuant the Workers' Compensation law may be obtained by contacting the Department of Industrial Accidents at 617.727.4900 or visiting www.mass.gov/dia.**

IF MEDICAL TREATMENT IS NEEDED:

Injured workers may select their own medical provider. Medical treatment costs that are reasonable, necessary, and related to the work injury will be paid by the above-named insurer.

If medical facility information is provided below, the above-named insurer has a preferred provider arrangement and the insurer has arranged for your initial treatment at:

Medical Facility:

Address:

Phone Number:



EMPLOYER: THIS NOTICE MUST BE FILLED OUT AND POSTED WHERE EMPLOYEES CAN READ IT PURSUANT M.G.L. C. 152, SECTIONS 21, 22, 30, AND 75B (2). EMPLOYERS MAY NOT RETALIATE, DISCRIMINATE (IN ACCORDANCE WITH ANY APPLICABLE STATE OR FEDERAL LAWS WHICH INCLUDES IMMIGRATION STATUS), OR PROVIDE FALSE INFORMATION ABOUT THE WORKERS' COMPENSATION PROCESS TO THEIR EMPLOYEES. THIS NOTICE MUST BE UPDATED, POSTED AND REDISTRIBUTED WHEN THERE ARE CHANGES TO THE INFORMATION.

REVISED JUNE 2024



AVISO PARA EMPLEADOS

COMMONWEALTH DE MASSACHUSETTS

DEPARTAMENTO DE ACCIDENTES INDUSTRIALES



SI USTED TIENE UN ACCIDENTE EN EL TRABAJO:

- **Avise inmediatamente a su empleador que tuvo un accidente.**

Contacto de RH del Empleador/Indemnización por Accidente Laboral

Número de Teléfono

- **Avise al proveedor médico que usted tuvo un accidente en el trabajo y proporcione la siguiente información:**

Compañía de Seguros

Dirección

Número de Teléfono

NATIONAL FIRE INSURANCE
COMPANY OF HARTFORD

151 N. FRANKLIN ST.,
CHICAGO, IL 60606-1915

1-877-CNA-ASAP (262-2727)

Empleador

Dirección

TRUSTEES OF DARTMOUTH COLLEGE

7 LEBANON ST STE 302 HANOVER, NH 03755-2112

- **Si el empleador no informa el accidente a la compañía de seguros, el trabajador puede presentar un Reclamo del Empleado (Form. 110).**
- **Puede contactar al Departamento de Accidentes Industriales a través del 617.727.4900 o www.mass.gov/dia para obtener información adicional sobre sus derechos y elegibilidad para los beneficios según la ley de Indemnización por Accidentes de Trabajo.**

SI SE REQUIERE TRATAMIENTO MÉDICO:

Los trabajadores que resulten lesionados pueden elegir sus propios proveedores médicos. Los costos por tratamientos médicos que sean razonables, necesarios y relativos al accidente laboral serán pagados por la compañía aseguradora que se menciona anteriormente.

Si se incluye información de una institución médica a continuación, significa que la compañía aseguradora mencionada tiene un acuerdo con un proveedor de preferencia para que su tratamiento inicial se realice en:

Institución Médica:

Dirección:

Número de Teléfono:



EMPLEADOR: ESTE AVISO DEBE COMPLETARSE Y PUBLICARSE EN UN LUGAR EN EL QUE LOS EMPLEADOS PUEDAN LEERLO, TAL COMO SE ESTABLECE EN M.G.L. C. 152, SECCIONES 21, 22, 30 Y 75B (2). LOS EMPLEADORES NO PODRÁN TOMAR REPRESALIAS, DISCRIMINAR (SEGÚN LO ESTABLECIDO PARA CUALQUIERA DE LAS LEYES ESTATALES O FEDERALES APLICABLES, INCLUYENDO LA CONDICIÓN MIGRATORIA), NI BRINDAR INFORMACIÓN FALSA SOBRE EL PROCESO DE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE LABORAL A SUS EMPLEADOS. ESTE AVISO DEBE ACTUALIZARSE, PUBLICARSE Y DISTRIBUIRSE CADA VEZ QUE SE PRODUZCAN CAMBIOS EN LA INFORMACIÓN.

REVISADO EN JUNIO DE 2024

WORKERS' COMPENSATION in Maryland

LA COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR en Maryland

Job Related Accidental Personal Injury or Occupational Disease?

If you are disabled and unable to work for more than three (3) days, your employer's workers' compensation insurance company may pay your medical bills and other expenses and replace two-thirds (2/3) of your salary (limited to the maximum set by law).

If you are injured on the job:

1. Notify your employer or supervisor at once. You cannot receive full benefits unless your employer knows you are injured.
2. Tell the doctor who treats you that you were hurt on the job.
3. Complete an Employee's Claim Form C-1 (available by phone or on the Commission's website) and send it to us as soon as possible.

Note: Withholding information or giving false information about any work-related activity or return to work could prevent you from receiving benefits and may subject you to fines, imprisonment or both.

Employer/Empleador TRUSTEES OF DARTMOUTH COLLEGE
Business Address/Dirección 7 LEBANON ST STE 302
City/State/Zip
Ciudad/Estado/Código Postal HANOVER, NH 03755-2112
Federal Employer ID (FEIN)
Identificación Federal Del Empleador 02-0222111
Telephone Number/Número Telefónico _____
Insurance Company Name NATIONAL FIRE INSURANCE COMPANY OF HARTFORD
La Compañía de Seguro
Insurance Company Telephone 1-877-CNA-ASAP (262-2727)
Telefónico de la Compañía de Seguro

¿Accidentes por lesión/daño corporal relacionados con el Empleo o Enfermedad Profesional?

Si usted se encuentra incapacitado o inhabilitado para trabajar por más de tres días, el seguro de trabajadores que tienen las compañías pudiera cubrir las facturas médicas y otros gastos relacionados. También le compensarían 2/3 de sus ingresos (Hasta un monto máximo estipulado por la ley).

Si usted sufre una lesión en el trabajo, debe:

1. Informarle a su empleador o supervisor de inmediato. No podría recibir todos sus beneficios a menos que su empleador fuere notificado que sufrió una lesión.
2. Informarle al médico quien le administre tratamiento que usted se lesionó en su trabajo.
3. Llenar el formulario Employee's Claim Form C-1 (disponible consultando la página del Internet para el Workers' Compensation o solicitando uno por teléfono). Diligenciarlo para que las oficinas del Workers' Compensation lo reciban lo antes posible.

Aviso: El suministrar información falsa u ocultar información sobre cualquier actividad relacionada con su trabajo o relacionada con su regreso al trabajo, pudiera afectar los beneficios que recibiera o pudiera acarrearle multas, encarcelamiento o ambas.

Maryland Workers' Compensation Commission
10 East Baltimore Street, Baltimore, Maryland 21202-1641
(410) 864-5100 / Outside Baltimore (800) 492-0479

Webpage – <http://www.wcc.state.md.us> / TTY Users – 711 in Maryland or (800) 735-2258

This notice must be printed on 8.5" X 14" gold or yellow paper, display complete employer information and be posted in a conspicuous location at each work site or location in accordance with COMAR 14.09.01.02 and 14.09.01.10.



FOR DATES OF INJURY ON AND AFTER JANUARY 1, 2020

WORKERS' COMPENSATION

WORKERS' COMPENSATION BOARD REGIONAL OFFICES

AUGUSTA

442 Civic Center Drive, Suite 225
156 State House Station
Augusta, ME 04333-0156
207-287-2308
1-800-400-6854

LEWISTON

36 Mollison Way
Lewiston, ME 04240-5811
207-753-7700
1-800-400-6857

BANGOR

396 Griffin Road, Suite 105
Bangor, ME 04401
207-941-4550
1-800-400-6856

PORTLAND

56 Northport Drive, Suite 201
Portland, ME 04103
207-822-0840
1-800-400-6858

Notice to Employees:

State law requires your employer to provide workers' compensation insurance for its employees. Workers' compensation insurance provides benefits to employees who are injured at work.

If you are injured at work, NOTIFY YOUR EMPLOYER AT ONCE. You may lose your right to receive benefits unless your employer is notified within 60 days of your injury. Your claim is also subject to a two year statute of limitations. Worker advocates are available at the Workers' Compensation Board to help injured workers.

It is against the law for employers to misclassify employees as independent contractors for the purposes of avoiding workers' compensation insurance, unemployment coverage, or other employer paid taxes and withholdings. For more information on laws pertaining to the hiring of independent contractors, visit the Worker Misclassification Task Force website at www.maine.gov/labor/misclass.

If you have any questions about your rights, please contact one of the regional offices.

A l'intention des Employes:

D'après les lois de l'Etat du Maine, votre employeur est tenu de souscrire à une assurance indemnisant ses employés victimes d'un accident du travail.

Si vous êtes victime d'un accident du travail, PREVEENEZ VOTRE EMPLOYEUR IMMEDIATEMENT. Passé un délai de 60 jours, vous risquez de perdre vos droits à l'indemnisation. Au-delà de deux ans, votre déclaration n'est plus recevable. Pour aider les victimes d'un accident du travail, le Workers' Compensation Board met des conseillers juridiques à leur disposition.

La loi interdit aux employeurs de classer fallacieusement leurs salariés comme étant des contractants privés aux fins d'échapper à l'assurance compensatrice-employé, aux indemnités de chômage, ou aux autres charges et retenues dues par employeur. Pour plus de détails sur la législation relative à l'utilisation des services privés, visitez le site internet de Worker Misclassification Task Force (Unité anti-fraude en matière de classification des salariés) : www.maine.gov/labor/misclass.

Si vous n'êtes pas sûr de vos droits, veuillez contacter l'un des bureaux régionaux.

WORKERS' COMPENSATION BOARD REGIONAL OFFICES

CARIBOU

43 Hatch Drive, Suite 110
Caribou, ME 04736-2347
207-498-6428
1-800-400-6855

Visit our website at:
www.maine.gov/wcb
Statewide TTY: 711

Aviso a los Trabajadores:

La ley del estado de Maine requiere que su empresario proporcione el seguro de compensaciones para el trabajador a todos los trabajadores. El seguro de compensaciones para el trabajador proporciona beneficios a los trabajadores accidentados en el trabajo.

En caso de sufrir accidente o daño laboral, **NOTIFÍQUELO INMEDIATAMENTE A SU EMPRESARIO**. Podría perder el derecho a recibir compensación a menos que su empresario sea notificado de este accidente o daño en el plazo de 60 días. Así mismo esta reclamación debe hacer referencia a un accidente o daño que no haya ocurrido hace más de dos años. Los defensores del trabajador están disponibles para

proporcionar ayuda a los trabajadores accidentados en el Consejo de Administración de Compensaciones para el Trabajador (Workers' Compensation Board).

El hecho de no clasificar a los empleados como contratistas independientes, con el propósito de evitar el seguro por compensación al trabajador, cobertura para desempleados, ú otros impuestos pagados y retenidos por el empleador; está en contra de la ley del empleador. Para mayor información acerca de las leyes pertenecientes a la contratación de contratistas independientes, visite el Worker Misclassification Task Force en la página web de www.maine.gov/labor/misclass.

En caso de tener cualquier pregunta sobre sus derechos, favor de dirigirse a una de las oficinas regionales de compensaciones para el trabajador.

ENGLISH	Interpreters Available When calling for assistance, please say the name of your language in English and an interpreter will be called for you. Please stay on the line.	POLISH	Thumacze dostępni na życzenie. Aby uzyskać pomoc tłumacze, proszę powiedzieć po angielsku "Polish" i czekać na linii.	VIETNAMESE	"Cố Thông Dịch Viên" "Khi gọi điện thoại để được giúp đỡ, xin quý vị hãy nói "VIETNAMESE" để chúng tôi cho thông dịch viên giúp quý vị. Xin quý vị chờ trên đường dây.
SPANISH	Tenemos intérpretes a su disposición Si necesita que le atiendan en español por favor diga "Spanish" y le conectaremos con un intérprete. Por favor manténgase en la línea.	RUSSIAN	"К вашим услугам имеются переводчики" "Когда Вы обращаетесь за помощью по телефону, пожалуйста скажите, что Вы говорите по-русски (произнесите "РАШН"), и мы обеспечим Вас переводчиком. После этого, пожалуйста, оставайтесь на линии."	ARABIC	مترجمون شفهيون متيسرون لخدمتكم عند إتصالكم للمساعدة أو لطلب خدمة معينة نرجو منكم أن تذكروا (أ-ز-ب-ك) ونحن سنقدم لكم مترجما شفهيًا . ابقوا على الخط من فضلكم.
PORTUGUESE	Temos intérpretes à sua disposição Se precisar de atendimento em Português, por favor diga "Portuguese" e um intérprete será prontamente chamado. Por favor, aguarde na linha.	CHINESE	提供口譯服務 打電話請求幫助時，請用英語說“挾音呢斯”(CHINESE)——我們將為您提供口譯人員。請不要挂斷電話。	PERSIAN	افراد مترجم در دسترس می باشند. را که بدان صحبت می کنید به انگلیسی ذکر کنید تا راجع به امری به ما تلفن می کنید، لطفاً نام زبانی قطع نکنید. هنگامیکه برای درخواست کمک یا شما تماس گرفته شود. لطفاً روی خط منتظر بمانید. با یک مترجم برای
ITALIAN	Abbiamo interpreti disponibili Se avete bisogno di assistenza in Italiano, Vi preghiamo di dire "Italian" e un interprete sarà messo a Vostra disposizione. Vi preghiamo di rimanere in linea.	JAPANESE	通訳サービスをご利用いただけます 通訳を必要とされる場合は「ジャパニーズ」とおっしゃり、通訳ができるまでそのままお待ちください。		
FRENCH	Des interprètes sont à votre disposition Lorsque vous appelez pour demander de l'aide, prononcez le mot "French" et nous mettrons un interprète à votre disposition. Prière de rester en ligne.	KOREAN	한국어 통역을 이용하실 수 있습니다. 도움이 필요하여 전화를 거실 때 영어로 코리아 (KOREAN)이라고 말씀하시면 통역자를 연결해 드릴 것입니다. 전화를 끊지 마시고 기다리십시오.	SOMALI	Turjunaanno waa la helayaa Marka aad caawinaad inoogu soo yeeranaysid, fadhlana luqaddaada af Ingiriisi inoogu sheeg turjubaan ayaa lguugu yeeri doonaaye. Taleefoonkana ha dhigin.

To the employer: This notice must be posted in a conspicuous place upon your premises accessible to employees. 39-A MRSA §406. The State of Maine does not discriminate on the basis of disability in admission to, access to, or operation of its programs, services or activities.

This poster is available in alternative format. For further assistance, contact the Maine Workers' Compensation Board, ADA Coordinator, telephone: (888) 801-9087 or TTY: 711.

WCB-90 (1/1/2020, revised 12/4/2023)

G301255-F (12-23) Page 2 of 2



Employees -- Know Your Rights!

- **Remember - It is important to report your injury to your employer.**

- **Medical Care**

You are entitled to reasonable and necessary medical care for work-related injuries or diseases. Employers or their insurance carriers are required by law to provide these services. During the first 28 days of treatment, your employer has the right to choose the physician. After 28 days you are free to change physicians, but you must notify your employer of the change. If you receive treatment from a physician of your choice, you shall obtain and promptly furnish a report to your employer.

If your employer refuses to provide medical care, you should contact Michigan's Workers' Disability Compensation Agency at its toll-free telephone number: **1-888-396-5041**.

You should not receive a bill from a health care provider for treatment of a covered work-related injury or illness. If you do receive such a bill, you should contact your employer or the employer's insurance carrier.

- **Wage Loss Benefits**

You are entitled to weekly workers' compensation benefits if you suffer a wage loss for more than seven consecutive days. These benefits may be claimed as long as a disability and wage loss continue. Generally, the benefit rate is 80% of your after-tax average weekly wage, subject to a maximum rate.

- **Vocational Rehabilitation**

If you are unable to perform the work that you have done previously, you are entitled to vocational rehabilitation. The number one goal is your return to work with your employer. If you cannot do this or require assistance in finding a new job, vocational rehabilitation services can help.

To be completed by the employer

TRUSTEES OF DARTMOUTH COLLEGE

Employer Name

1-877-CNA-ASAP (262-2727)

Employer Contact Person and Telephone Number

NATIONAL FIRE INSURANCE COMPANY OF HARTFORD

Workers' Compensation Insurance Carrier Name

If you have questions, please call the
State of Michigan Workers' Disability Compensation Agency
Toll-free 1-888-396-5041

Additional information is on the agency's website at <https://michigan.gov/wdca>.

EMPLOYER: PLEASE POST THIS NOTICE FOR YOUR EMPLOYEES TO SEE!

Michigan Workers' Disability Compensation Rights & Responsibilities

Each party involved in the workers' compensation system has rights and responsibilities that help ensure the successful application of the law, and ultimately a safe return to work for the employee.

EMPLOYEES

- **Report all injuries to your supervisor immediately!**
- Most workers are covered under workers' compensation from the start of employment.
- Benefits include reasonable & necessary medical care, wage loss benefits, and vocational rehabilitation services.
- A compensable injury is one that has arisen "out of and in the course of employment." In other words, work must cause the disability.
- Workers' compensation is the "exclusive remedy" for work injuries, meaning that in most cases you cannot sue for other damages.
- There is a 7-day waiting period for wage loss benefit payments. If the disability lasts beyond one week, the worker is entitled to benefits as of the eighth day after the injury. If a disability continues for two weeks or longer, then the worker is entitled to be paid compensation for the first week of disability from the date of disablement. Paid medical leave may apply during the 7-day waiting period.
- There is no waiting period for medical benefits; coverage begins at the time of the injury.
- In most cases, wage loss benefits are calculated by taking the average of the highest 39 weeks of the last 52 weeks of gross wages prior to injury. Generally, you should receive 80% of the after-tax value of this average.
- Your first check is due and payable on the 14th day of disability. However, a benefit check is not considered "late" until 30 days after the due date.
- Weekly benefits continue so long as you are disabled, which could be for the rest of your life. However, benefits can be reduced by up to 50% after age 65 at 5% per year up to age 75, or upon receipt of social security retirement benefits.
- If you are only partially disabled, you do have a duty to seek reasonably available work, taking into consideration those limitations (restrictions) from the work-related personal injury or disease.

- If you have **more than one job** covered under the Worker's Disability Compensation Act, you get credit for all wages earned in those jobs.
- **Medical Benefits:** You are entitled to all reasonable and necessary medical care including surgical, hospital, and dental services, as well as crutches, hearing apparatus, chiropractic treatment, and nursing care. These services are provided indefinitely as long as there is a need related to the injury.
- **Choosing A Doctor:** During the first 28 days of treatment, the employer has the right to choose the doctor. After that, you are free to change doctors providing that you notify the employer and insurance company, preferably in writing. You do not need authorization from the insurance company or the employer to be medically treated, as long as the treatment is reasonable and necessary, and your claim is not in dispute.
- **Maintaining Contact:** It is extremely important that you maintain regular contact with your employer throughout the treatment and recovery period so that they are aware of your progress. Provide your employer with updated work status reports and discuss early return to work options.
- **Vocational Rehabilitation:** If you have a work-related injury or illness which prevents you from being able to perform work for which you have previous training or experience, you are entitled to vocational rehabilitation benefits. Vocational rehabilitation can include a variety of professional services designed to help injured workers re-enter the workforce. These services may include job placement assistance, retraining support, or guidance in starting your own business. Vocational rehabilitation services are paid for by the employer/insurance carrier, so in most cases you must have an open workers' compensation claim to receive rehabilitation benefits.
- You may also be eligible for Family Medical Leave Act (FMLA) benefits. If you have questions, you should contact the U.S. Department of Labor.

EMPLOYERS

- **Stay in touch with your employees while they are off work!** Look for appropriate light-duty work options and accommodations when possible.
- All public and most private employers in Michigan are covered by workers' compensation. Every employer subject to the Act must provide proof of insurance or be approved for self-insurance to ensure benefits can be paid to its workers should they become injured.
- Eligible employees are covered under workers' compensation from the date of employment.
- There are severe penalties if an employer fails to provide workers' compensation coverage.

EMPLOYER REPORTING

- **All claims must be reported to your insurance carrier.**
- **Form WC-100:** must be filed with the Workers' Disability Compensation Agency (WDCA) and your insurance carrier immediately upon the disability exceeding 7 consecutive days, death or specific loss. A copy of this form must also be given to the employee.
- You must ensure that reasonable and necessary medical treatment is provided promptly.
- You will need to provide a wage history report to the insurance carrier in order to calculate the correct benefit amount.
- **Minors:** The Act provides that an illegally employed minor is entitled to double compensation if injured.

INSURANCE COMPANIES

- **Prompt and regular payment of benefits is required by law.**
- Form WC-701: Must be filed with the WDCA when wage loss benefits begin, change or stop.
- Form WC-110: Must be filed with the WDCA 3 months post-injury, and every 4 months after, to report on vocational rehabilitation activity.
- Form WC-107: Must be filed with the WDCA if a claim is disputed.
- Medical services rendered are subject to the State of Michigan Health Care Services Rules and Fee Schedule.
- Injured workers are not to be "balance billed" for charges over and above the fee schedule.
- Benefits are not to be stopped for non-cooperation with vocational rehabilitation; a hearing must be requested prior to stoppage.

**For more information contact: State of Michigan Workers' Disability Compensation Agency
Toll free: 1-888-396-5041, or visit our website at www.michigan.gov/wdca**

Workers' compensation

If you are injured

- Report any injury to your supervisor as soon as possible, no matter how minor it may appear. You may lose the right to workers' compensation benefits if you do not make a timely report of the injury to your employer. The time limit may be as short as 14 days.
 - Provide your employer with as much information as possible about your injury.
 - Get any necessary medical treatment as soon as possible. If you are not covered by a certified managed care organization (CMCO), you may treat with a doctor of your choice. Your employer must notify you in writing if you are covered by a CMCO.
 - Cooperate with all requests for information concerning your claim.
- The law allows the workers' compensation insurer to obtain medical information related to your work injury without your authorization, but they must send you written notification when they request the information.
- The insurer cannot obtain other medical records unless you sign a written authorization.
- Get written confirmation from your doctor about any authorization to be off work. The note should be as specific as possible.

Workers' compensation pays for

- Medical care for your work injury, as long as it is reasonable and necessary.
- Wage-loss benefits for part of your lost income.
- Compensation for permanent damage to or loss of function of a body part.
- Vocational rehabilitation services if you cannot return to your pre-injury job or to your pre-injury employer due to your work injury.
- Benefits to your spouse and/or dependents if you die as a result of a work injury.

What the insurer must do

- The insurer must investigate your claim promptly. If you have been disabled for more than three calendar-days, the insurer must begin payment of benefits or send you a denial of liability within 14 days after your employer knew you were off work or had lost wages because of your claimed injury.
 - **If the insurer accepts your claim for wage-loss benefits and you have been disabled for more than three calendar-days:** The insurer will notify you and must start paying wage-loss benefits within the 14 days noted above. The insurer must pay benefits on time. Wage-loss benefits are paid at the same intervals as your work paychecks.
 - **If the insurer denies your claim for wage-loss benefits and you have been disabled for more than three calendar-days:** The insurer will send notice to you within 14 days. The notice must clearly explain the facts and reasons why they believe your injury or illness did not result from your work or why the claimed wage-loss benefits are not related to your injury.
- If you disagree with the denial, talk with the insurance claims adjuster who is handling your claim. If you are not satisfied and still disagree with the denial, **call the Minnesota Department of Labor and Industry's Workers' Compensation Hotline at 1-800-342-5354.**

Fraud

Collecting workers' compensation benefits you are not entitled to is theft. Call 1-888-372-8366 to report workers' compensation fraud.

Insurer name and contact information

NATIONAL FIRE INSURANCE COMPANY OF HARTFORD
151 N. FRANKLIN ST.
CHICAGO, IL 60606-1915
1-877-CNA-ASAP (262-2727)



(651) 284-5032 • 1-800-342-5354 • dli.workcomp@state.mn.us • www.dli.mn.gov

Posting required by law in a location where employees can easily see this notice.

August 2017

Compensación laboral

Si usted se lesiona

- Informe cualquier lesión a su supervisor tan pronto le sea posible; no importa qué tan leve le pueda parecer. Usted podría perder el derecho a los beneficios de compensación laboral si no presenta a tiempo un informe de la lesión a su empleador. El tiempo límite puede ser tan corto como 14 días.
- Provea a su empleador la mayor cantidad de información posible sobre su lesión.
- Obtenga el tratamiento médico que necesite lo más pronto posible. Si no está cubierto por una organización de atención médica certificada; (CMCO), usted puede recibir tratamiento con el doctor que usted elija. Su empleador debe notificarle por escrito si tiene cobertura con un CMCO.
- Colabore con todas las solicitudes de información relacionadas con su reclamo.
- La ley permite que la aseguradora de compensación laboral obtenga la información médica relacionada con su lesión sin su autorización, pero le debe enviar una notificación por escrito cuando solicite la información.
- La compañía aseguradora no puede obtener otros expedientes médicos a menos que usted firme una autorización por escrito.
- Obtenga una confirmación por escrito de su médico sobre cualquier autorización para ausentarse del trabajo. La nota debe ser lo más específica posible.

Compensación laboral paga por lo siguiente

- Atención médica para su lesión ocurrida en el trabajo, siempre que sea razonable y necesaria.
- Beneficios por salario perdido para cubrir parte de los ingresos no recibidos.
- Compensación por daños permanentes o por pérdida de la función de una parte del cuerpo.
- Servicios de rehabilitación vocacional si usted no puede regresar al trabajo o a su empleador previo al accidente, debido a su lesión en el trabajo.
- Beneficios para su cónyuge o dependientes si usted fallece como consecuencia de una lesión laboral.

Lo que la aseguradora debe hacer

- La compañía aseguradora deberá investigar su reclamo con prontitud. Si usted ha estado incapacitado por más de tres días calendario, la aseguradora debe iniciar el pago de beneficios o enviarle un aviso de negación de responsabilidades dentro de los 14 días después que su empleador se enteró de su ausencia laboral o había perdido parte de su salario debido a su reclamo por lesión.
 - **Si la compañía aseguradora acepta su reclamo de beneficios por pérdida de salario y usted ha estado incapacitado por más de tres días calendario:** La aseguradora le notificará y deberá iniciar el pago de los beneficios por pérdida de salario dentro de los 14 días mencionados anteriormente. La aseguradora deberá pagar los beneficios puntualmente. Los beneficios por pérdida de salario se pagan en los mismos intervalos que sus cheques de nómina.
 - **Si la compañía aseguradora deniega su reclamo de beneficios por pérdida de salario y usted ha estado incapacitado por más de tres días calendario:** La aseguradora le enviará una notificación dentro de los 14 días. La notificación debe explicar claramente los hechos y motivos por los cuales ellos consideran que su lesión o enfermedad no fue resultado de su trabajo o por qué los beneficios por pérdida de salarios que reclama no están relacionados con su lesión.
- Si usted no está de acuerdo con la denegación, hable con el ajustador de reclamos de la aseguradora a cargo de su reclamo. Si usted no está satisfecho y aún está en desacuerdo con la denegación, **comuníquese con el teléfono gratuito para Compensación para Trabajadores del Departamento de Trabajo e Industria de Minnesota (Minnesota Department of Labor and Industry) al 1-800-342-5354.**

Fraude

Cobrar beneficios de compensación laboral a los cuales no tiene derecho, se considera robo. Llame al 1-888-FRAUD MN (1-888-372-8366) para reportar fraude de compensación laboral.

Nombre e información de contacto de la compañía aseguradora

NATIONAL FIRE INSURANCE COMPANY OF HARTFORD
151 N. FRANKLIN ST.
CHICAGO, IL 60606-1915
1-877-CNA-ASAP (262-2727)



DEPARTAMENTO DE
TRABAJO E INDUSTRIA

(651) 284-5032 • 1-800-342-5354 • dli.workcomp@state.mn.us • www.dli.mn.gov

Se requiere la publicación de este aviso por ley en un lugar donde los empleados puedan verlo fácilmente. Agosto de 2017



DIVISION OF WORKERS' COMPENSATION

Missouri Division of Workers' Compensation
P.O. Box 58, Jefferson City, MO 65102
573-751-4231

Insurance Company, Third Party Administrator, Service Company, or Designated Individual If Self-Insured

Name NATIONAL FIRE INSURANCE COMPANY OF HARTFORD

Address 151 N. FRANKLIN ST.
CHICAGO, IL 60606-1915

Phone 1-877-CNA-ASAP (262-2727)

Employee Information

The Missouri Division of Workers' Compensation (DWC) administers programs for workers who have been injured on the job or exposed to an occupational disease arising out of and in the course of employment. The Division's Administrative Law Judges have the authority to approve settlements or issue awards after a hearing relating to an injured employee's entitlement to benefits.

Steps to Take When Injured on the Job

1. Notify your employer immediately (written notice must be provided within 30 days of the accident/or 30 days after the diagnosis of any occupational disease or repetitive trauma) by contacting

_____,
employer representative

_____,
phone number

****Failure to do so may jeopardize your ability to receive benefits***

2. Ask your employer to provide medical treatment (your employer/insurer is responsible for providing medical treatment and paying the medical fees and charges unless you choose to treat with another doctor at your own expense without your employer/insurer's approval).
3. Get more information about the benefits available under the Workers' Compensation Program or about the steps you may take to get the benefits you need. Visit www.labor.mo.gov/DWC or call 800-775-COMP.

Benefits for Injured Employees

Medical Care:

The employer or insurer is required to provide medical treatment and care that is reasonably required to cure and relieve the effects of the injury. This includes all costs for authorized medical treatment, prescriptions, and medical devices. There is no deductible, and all costs are paid by the employer or its workers' compensation insurance company. If you receive a bill, **contact your employer or the insurance company immediately**. The employer/insurer has the right to choose the healthcare provider or treating physician. You may select a different healthcare provider or treating physician, but if you do so, it may be at your own expense.

Payment for Lost Wages:

- If a doctor says you are unable to work due to your injuries or recovery from a surgery, you may be entitled to **temporary total disability** (TTD) benefits. If a doctor says that you can perform light or modified duty work and your employer offers you such work, you may not be eligible for TTD benefits. TTD benefits should be continued until the doctor says you can return to work, or when your treatment is concluded because your condition has reached "maximum medical improvement," whichever occurs first.
- If you return to light or modified duty at less than full pay, you may be entitled to **temporary partial disability** benefits.

Permanent Disability Benefits:

If the injury or illness results in a permanent disability, you may be entitled to receive either permanent partial or permanent total disability benefits.

Survivor Benefits:

If a work-related injury causes an employee's death, the surviving dependents may receive weekly death benefits paid at 66 2/3% of the deceased employee's average weekly wage along with funeral expenses up to \$5,000 from the employer/insurer. For additional information relating to survivor's benefits, including college scholarship opportunities for surviving children, please visit www.labor.mo.gov/DWC.

Additional Benefits for Occupational Diseases Due to Toxic Exposure – Permanent Total Disability and/or Death:

For information relating to additional benefits available, please refer to the Division's website at www.labor.mo.gov/DWC/Injured_Workers/benefits_available.



**Make sure your data is turned on and scan the QR Code with your smartphone's camera to go to the Division of Workers Compensation's Website for more information. If you are not redirected, you may need to update your smartphone's operating system or download a QR Code reader app.

Workers' Compensation Law

Roles and Responsibilities for Employers and Employees

EMPLOYER INFORMATION

With some exceptions, all employers with five or more employees, and construction industry employers with one or more employees, are required to insure their workers' compensation liability, either by purchasing a policy or obtaining self-insurance authority. Workers' compensation insurance provides benefits to workers injured on the job. Employers also are required to post this notice in the workplace for employees to view. This poster is required by section 287.127, RSMo, and is available to employers and insurers free of charge by contacting the Division at 800-775-Comp.

Steps to Take When an Injury Occurs

1. Be sure first aid is administered and the employee is taken to a physician or hospital for further medical care, if necessary.
2. Report the injury to the insurance company or Third Party Administrator (TPA) within five days of the date of injury or within five days of the date on which the injury was reported to the employer by the employee, whichever is later. The insurer, TPA, or Division approved self-insurer is responsible for filing a First Report of Injury with the Division of Workers' Compensation **within 30 days** of knowledge of the injury.
3. Pay medical bills related to the work injury for treatment reasonably required to cure and relieve the employee of the effects of the injury. This includes all costs for authorized medical treatment, prescriptions, and medical devices. The employer has the right to choose the healthcare provider or treating physician. (The employee may select a different healthcare provider or treating physician, but if the employee does so, it may be at his/her own expense.)
4. For more liability and insurance information relating to the Workers' Compensation Program, visit www.labor.mo.gov/DWC or call 800-775-COMP.

Workers' Safety

Developing and implementing a comprehensive safety and health program can reduce occupational injuries and help lower workers' compensation costs. Insurance carriers in the state of Missouri must provide safety assistance at the request of the insured employer. The Missouri Department of Labor evaluates these services and provides additional assistance through its Missouri Workers' Safety Program.

Visit www.labor.mo.gov/MWSP or call 573-751-4231 for more information about these programs or for a registry of independent consultants who are certified in the state of Missouri to provide safety assistance.

Fraud / Noncompliance

Employee Fraud – knowingly making a claim for workers' compensation benefits to which an employee knows he/she is not entitled or knowingly presenting multiple claims for the same occurrence with intent to defraud is a class E felony, punishable by a fine of up to \$10,000, or double the value of the fraud, whichever is greater. A subsequent violation is a class D felony.

Employer Fraud – knowingly misrepresenting an employee's job classification or any other fact to obtain insurance at less than the proper rate is a class A misdemeanor. A subsequent violation is a class E felony. An employer who knowingly makes a false or fraudulent statement regarding an employee's entitlement to benefits to discourage the worker from making a legitimate claim or who knowingly makes a false or fraudulent material statement or material representation to deny benefits to a worker is guilty of a class A misdemeanor punishable by a fine of up to \$10,000. A subsequent violation is a class D felony.

Insurer Fraud – knowingly and intentionally refusing to comply with workers' compensation obligations to which an insurance company or self-insurer knows an employee is entitled is a class E felony, punishable by a fine of up to \$10,000 or double the value of the fraud, whichever is greater. A subsequent violation is a class D felony.

Employer Noncompliance – knowingly failing to insure workers' compensation liability under the law is a class A misdemeanor punishable by a fine of up to three times the annual premium the employer would have paid had it been insured or up to \$50,000, whichever is greater. A subsequent violation is a class E felony. An employer who willfully fails to post the notice of workers' compensation at the workplace is guilty of a class A misdemeanor punishable by a fine of \$50 to \$1,000 or by imprisonment or both fine and imprisonment.



DIVISION OF WORKERS' COMPENSATION

Missouri Division of Workers' Compensation
P.O. Box 58, Jefferson City, MO 65102
573-751-4231

Aseguradora, administrador externo, compañía de servicios o individuo designado si es autoasegurado

Nombre NATIONAL FIRE INSURANCE COMPANY OF HARTFORD

Dirección 151 N. FRANKLIN ST.
CHICAGO, IL 60606-1915

Teléfono 1-877-CNA-ASAP (262-2727)

Información del empleado

La División de Compensación al Trabajador de Missouri (DWC en inglés) administra programas para trabajadores que han sido lesionados en el trabajo o han sido expuestos a una enfermedad ocupacional que son como consecuencia del trabajo y durante el mismo. Los Jueces de la Ley Administrativa de la División tienen autoridad de aprobar acuerdos o conceder indemnizaciones después de una audiencia relacionada a los derechos de prestaciones por lesiones a un trabajador.

Pasos a seguir si se lesiona en el trabajo

1. Notifique a su empleador inmediatamente (se debe proporcionar aviso por escrito en un plazo de 30 días a partir de haber ocurrido la lesión o 30 días cuando se esté bastante consciente de la enfermedad ocupacional relacionada con el trabajo) poniéndose en contacto con

_____,
representante del empleador

_____,
número de teléfono

***No hacerlo puede poner en peligro su capacidad para recibir los beneficios**

2. **Busque atención médica (su empleador/aseguradora es responsable de proporcionar tratamiento médico y pagar las cuotas y cargos médicos a menos que elija usted buscar atención con otro médico bajo su propia cuenta sin aprobación previa de su empleador/aseguradora).**
3. Obtenga más información de los beneficios disponibles bajo el programa de compensación de trabajadores o de los pasos que puede tomar para recibir los beneficios que necesita.

Visite www.labor.mo.gov/DWC o llame al 800-775-2667.

Beneficios para trabajadores lesionados

Cuidados médicos:

El empleador o la aseguradora tienen la obligación de proporcionar tratamiento médico y cuidado para curar o aliviar los efectos de la lesión. Esto incluye todos los costos para tratamiento médico autorizado, recetas médicas y aparatos médicos. No hay deducibles y todos los costos los paga su empleador o la aseguradora de compensación al trabajador de su empleador. Si usted recibe una factura, **comuníquese con su empleador o con la aseguradora inmediatamente**. El empleador/la aseguradora tiene el derecho a elegir al proveedor del cuidados médicos o al médico que lo atienda. Puede elegir a otro proveedor de cuidados médicos o médica que lo atienda, pero de hacerlo, puede ser a su propia cuenta.

Pago por pérdida de ingresos:

- Si el médico dice que usted no puede regresar a trabajar debido a sus lesiones o para recuperarse de una cirugía, puede que tenga derecho a beneficios por **discapacidad total temporal** (TTD en inglés). Si el médico indica que usted puede realizar un trabajo ligero o modificado y su empleador le ofrece ese trabajo, es posible que no sea elegible para los beneficios de TTD. Los beneficios de TTD deben continuar hasta que el médico diga que usted puede regresar a trabajar o cuando su tratamiento concluya porque su condición ha alcanzado la "máxima mejoría médica", lo que ocurra primero.
- Si usted regresa a un trabajo ligero o modificado por menos del pago completo, puede tener derecho a beneficios por **discapacidad parcial temporal**.

Beneficios por discapacidad permanente:

Si la lesión o enfermedad resulta en una discapacidad permanente, usted puede tener el derecho a recibir beneficios permanentes por discapacidad parcial o discapacidad total.

Beneficios de sobreviviente:

Si en empleo muere en el trabajo, los dependientes sobrevivientes pueden recibir beneficios semanales por muerte pagados a 66 2/3% del salario semanal promedio del empleado fallecido junto con los gastos de funeral hasta \$5,000 por parte del empleador o de la aseguradora. Para recibir más información sobre los beneficios de sobreviviente, incluyendo oportunidades de becas universitarias para niños sobrevivientes, por favor visite www.labor.mo.gov/DWC.

Beneficios adicionales para las enfermedades ocupacionales causadas por exposición a sustancias tóxicas – discapacidad total permanente y/o muerte:

Para recibir más información relacionada con los beneficios adicionales disponibles, por favor consulte el sitio web de la División a www.labor.mo.gov/DWC/Injured_Workers/benefits_available.



**Asegure que sus servicio de datos está activado y escanee el código QR Code con la cámara de su teléfono inteligente para ir al sitio web de la División de Compensación para Trabajadores para obtener más información. Si no es reorientado, puede que necesite actualizar el sistema operativo de su teléfono inteligente o descargar una aplicación de Lector de Códigos QR.

Ley de Compensación al Trabajador

Funciones y responsabilidades para empleadores y trabajadores

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Con algunas excepciones, se requiere a todos los empleadores con cinco o más trabajadores, y empleadores de la industria de la construcción con un trabajador o más, para garantizar la compensación al trabajador, ya sea a través de la compra de una póliza de seguro o por adquirir autoridad de autoasegurarse. El seguro por compensación al trabajador proporciona beneficios a los trabajadores lesionados en el trabajo. A los empleadores también se les requiere publicar este aviso en el lugar de trabajo a la vista de todos los empleados. Se requiere poner este cartel de acuerdo a la sección 287.127, RSMo, y el mismo está disponible para todos los empleadores y aseguradoras sin cargo alguno al comunicarse con la División al 800-775-2667.

Pasos a tomar cuando ocurre una lesión

1. Asegúrese de que se administren los primeros auxilios y que se lleve al empleado al médico o al hospital para recibir atención médica adicional, si es necesario.
2. Reporte la lesión a la aseguradora o un Administrador tercero (TPA en inglés) dentro de los cinco días siguientes a la fecha de la lesión o dentro de los cinco días siguientes a la fecha en que fue reportada la lesión al empleador por el trabajador, lo que ocurra después. La Aseguradora, TPA, o autoaseguradora aprobado por la División es responsable para entregar un Informe primero de lesión con la División de Compensación al Trabajador **en un plazo de 30 días** a partir de haberse hecho a conocer la lesión.
3. Pague las cuentas relacionadas a la lesión en el trabajo para curar y aliviar al trabajador de los efectos de la lesión. Esto incluye todos los costos para tratamiento médico autorizado, recetas médicas y aparatos médicos. El empleador tiene derecho a elegir al proveedor de cuidado de la salud o al médico que lo atienda. (Usted como el trabajador puede elegir otro proveedor de cuidados médicos o médico de tratamiento, pero de hacerlo, puede ser por su propia cuenta).
4. Para obtener más información sobre la responsabilidad o el seguro relacionados con el Programa de compensación al trabajador, visite www.labor.mo.gov/DWC o llame al 800-775-2667.

Seguridad del trabajador

Desarrollar e implementar un programa integral de seguridad y salud puede reducir las lesiones ocupacionales y ayudan a reducir los costos de compensación al trabajador. Las compañías de seguro en el estado de Missouri deben proporcionar ayuda de seguridad a petición del empleador asegurado. El Departamento del Trabajo de Missouri evalúa estos servicios y proporciona ayuda adicional a través de su Programa de Seguridad del Trabajador de Missouri.

Visite www.labor.mo.gov/MWSP o llame al 573-751-4231 para obtener más información acerca de estos programas o para un registro de asesores independientes certificados en el estado de Missouri para proporcionar ayuda de seguridad.

Fraude/no cumplimiento

Fraude del trabajador – deliberadamente presentar un reclamo para beneficios de compensación al trabajador a los cuales un empleado sabe que él o ella no tiene derecho o deliberadamente presentar múltiples reclamos por el mismo evento con el intento de defraudar es un delito mayor clase E, castigado con una multa de hasta \$10,000, o el doble de la cantidad del fraude, lo que sea mayor. Una violación posterior es un delito mayor clase D.

Fraude del empleador – deliberadamente distorsionar una clasificación del trabajo del empleado para conseguir seguro por debajo de la tarifa apropiada es un delito menor clase A. Una violación posterior es un delito mayor clase E. Un empleador que deliberadamente hace una declaración falsa o fraudulenta relacionada con el derecho del trabajador a beneficios para disuadir que el trabajador haga un reclamo legítimo o quien deliberadamente hace una declaración de material fraudulento o representación fraudulenta a negar beneficios a un trabajador es culpable de un delito menor clase A, castigado con una multa de hasta \$10,000. Una violación posterior es un delito mayor clase D.

Fraude de la aseguradora – deliberadamente e intencionalmente rehusar cumplir con las obligaciones de compensación al trabajador a las cuales sabe la aseguradora o la autoaseguradora tiene derecho un empleado es un delito mayor clase E, castigado con una multa de hasta \$10,000 o el doble del valor del fraude, lo que sea mayor. Una violación posterior es un delito mayor clase D.

No cumplimiento del empleador – Faltar a propósito a asegurar la obligación legal de la compensación al trabajador es un delito menor clase A y también se castiga con una multa civil de hasta tres veces la prima anual que el empleador habría tenido que pagar de estar asegurado, o hasta \$50,000, lo que sea mayor. Una violación posterior es un delito mayor clase E. Un empleador que intencionalmente no publica el aviso de compensación al trabajador en el lugar del trabajo es culpable de un delito menor clase A, castigado con una multa de \$50 a \$10,000, o con prisión o con ambos multa y prisión.

La División de Compensación al Trabajador de Missouri es un empleador/programa con igualdad de oportunidades.

Hay recursos y servicios disponibles para personas discapacitadas previa solicitud. TDD/TTY: 800-735-2966 Relay Missouri: 711

WC-106-S (7-19) AI

N.C. WORKERS' COMPENSATION NOTICE TO INJURED WORKERS AND EMPLOYERS

All employees of this business, except specifically excluded executive officers, suffering work-related injuries may be entitled to Workers' Compensation benefits from the employer or its insurance carrier.

IF YOU HAVE A WORK-RELATED INJURY OR AN OCCUPATIONAL DISEASE

The Employee Should:

- Report the injury or occupational disease to the Employer immediately.
- Give written notice to the Employer within 30 days.
- File a claim with the Industrial Commission on a Form 18 immediately, but no later than 2 years from injury date or occupational disease. Give a copy to the Employer.
- If medical treatment and wage loss compensation are not promptly provided, call the insurance carrier/administrator or request a hearing before the Industrial Commission using a Form 33 Request for Hearing. Commission forms are available at website www.ic.nc.gov or by calling the Help Line.
- Your employer's workers' compensation insurance carrier is NATIONAL FIRE INSURANCE COMPANY OF HARTFORD.
- The insurance policy number is 6024204717.
- Your employer's workers' compensation insurance policy is valid from 07/01/2025 until 07/01/2026.

For assistance: Call the Industrial Commission HELP LINE—(800) 688-8349.

The Employer Should:

- Provide all necessary medical services to the Employee.
- Report the injury to the carrier/administrator and file a Form 19 Report of Injury within 5 days with the Industrial Commission, if the Employee misses more than 1 day from work or if cumulative medical costs exceed \$4,000.00.
- Give a copy of your completed Form 19 to the Employee along with a copy of a blank Form 18 Notice of Accident.
- Ensure that compensation is promptly paid as required under the Workers' Compensation Act.



**NORTH CAROLINA
INDUSTRIAL COMMISSION**

**NORTH CAROLINA INDUSTRIAL COMMISSION
1235 MAIL SERVICE CENTER
RALEIGH, NORTH CAROLINA 27699-1235**

Website: www.ic.nc.gov

TO EMPLOYER: THIS FORM MUST BE PROMINENTLY POSTED IF YOU HAVE WORKERS' COMPENSATION INSURANCE OR QUALIFY AS SELF-INSURED. (N.C. Gen. Stat. §97-93).

AVISO DE COMPENSACIÓN LABORAL A EMPLEADORES Y EMPLEADOS LESIONADOS

Todo empleado de este negocio que sufre lesiones relacionadas al trabajo puede tener derecho a beneficios de compensación laboral por parte del empleador o el portador de seguro del empleador, excepto oficiales ejecutivos expresamente excluidos.

SI USTED TIENE UNA LESIÓN RELACIONADA CON EL TRABAJO O UNA ENFERMEDAD OCUPACIONAL

El Empleado deberá:

- Reportar inmediatamente su lesión o enfermedad ocupacional a su empleador.
- Notificar por escrito al empleador dentro de treinta (30) días que ocurre la lesión o enfermedad ocupacional.
- Hacer inmediatamente un reclamo a la Comisión Industrial usando la Forma 18, no más tarde de (2) años de ocurrir o desarrollar su lesión o enfermedad ocupacional.
- Si el tratamiento médico o el pago de compensación no es prontamente suministrado, llame a la compañía de seguros/administrador o requiera una audiencia ante la Comisión Industrial usando la Forma 33 Petición que la Demanda sea Asignada a una Audiencia.
- Las formas de la Comisión están disponibles en la página web www.ic.nc.gov o llamando a la Línea de Ayuda.
- La compañía de seguros de compensación para trabajadores de su empleador es NATIONAL FIRE INSURANCE COMPANY OF HARTFORD.
- El número de la póliza de seguro es 6024204717.
- La póliza de seguro de compensación para trabajadores de su empleador es válida desde 07/01/2025 hasta 07/01/2026.

Para asistencia: Llame a la Comisión Industrial LÍNEA DE AYUDA—(800) 688-8349.

El Empleador deberá:

- Proveer todos los servicios médicos necesarios al empleado.
- Reportar la lesión a la compañía de seguros/administrador y a la Comisión Industrial usando la Forma 19 Reporte de Accidente dentro de cinco (5) días, si su empleado falta más de un (1) día de trabajo o si los gastos de tratamientos médicos exceden los \$4,000.00.
- Proveer a su empleado una copia de la Forma 19 y una copia en blanco de la Forma 18 Aviso de Accidente.
- Pagar puntualmente compensación al empleado de acuerdo con el Acta de Compensación Laboral.



**NORTH CAROLINA
INDUSTRIAL COMMISSION**

NORTH CAROLINA INDUSTRIAL COMMISSION
1235 MAIL SERVICE CENTER
RALEIGH, NORTH CAROLINA 27699-1235
Página Oficial en Español: www.ic.nc.gov

EMPLEADOR: ESTA FORMA DEBE ESTAR VISIBLEMENTE PUBLICADA SI USTED TIENE SEGURO DE COMPENSACIÓN LABORAL O SI USTED CALIFICA PARA ESTAR AUTOASEGURADO. (N.C. Gen. Stat. § 97-93).

NOTICE

The undersigned, an employer within the meaning of the Workers' Compensation Law of the State of Nebraska, hereby gives notice to employees that the employer has secured the payment of Compensation to its employees and their dependents in accordance with the provisions of said law, by insuring with

Insurance Company Name NATIONAL FIRE INSURANCE COMPANY OF HARTFORD
Address 151 N. FRANKLIN ST.,
City State Zip CHICAGO, IL 60606-1915
Policy Number 6024204717 Policy Term 07/01/2025 To 07/01/2026

TRUSTEES OF DARTMOUTH COLLEGE

Employer

Dated _____ By _____

NOTICE

The undersigned employer hereby gives notice that the payment of compensation to employees and their dependents has been secured in accordance with the provisions of the Employer's Liability Insurance Law, Title 34, Chapter 15, Article 5, Revised Statutes New Jersey, by insuring with the

NATIONAL FIRE INSURANCE COMPANY OF HARTFORD

(151 N. FRANKLIN ST., CHICAGO, IL 60606-1915) Insurance Company

1-877-CNA-ASAP (262-2727) for the period

Beginning 07/01/2025 Ending 07/01/2026
Employer TRUSTEES OF DARTMOUTH COLLEGE

In accordance with the above cited law, notice of compliance must be posted and maintained conspicuously in and about the employer's workplaces.

Form 16 NJ

AVISO

Form 17 NJ

El empleador abajo firmante, notifica que el pago de compensación a empleados y sus dependientes ha sido asegurado de acuerdo con las disposiciones de la ley de seguros de responsabilidad del empleador, Título 34, Capítulo 15, Artículo 5, Estatutos Revisados del estado New Jersey, asegurándolos con el

NATIONAL FIRE INSURANCE COMPANY OF HARTFORD

(151 N. FRANKLIN ST., CHICAGO, IL 60606-1915) **Compañía de Seguros**
1-877-CNA-ASAP (262-2727)

por el periodo

Comenzando 07/01/2025

Finalizando 07/01/2026

Empleador TRUSTEES OF DARTMOUTH COLLEGE

De acuerdo con la ley citada anteriormente, aviso de cumplimiento deben publicarse y mantenerse de manera visible en y alrededor los lugares de trabajo del empleador.

Form 17 NJ



WHAT TO DO IF YOU'RE INJURED AT WORK



Notice

In most cases you must tell your employer about the accident within 15 days, using the Notice of Accident Form.



Support Services

You have the right to information and assistance from an information specialist known as an Ombudsman at the Workers' Compensation Administration.



Claims Information

Contact your employer's Claims Representative.

QUÉ HACER SI SE LESIONA EN EL TRABAJO



Aviso

En la mayoría de los casos usted debe de avisarle a su empleador del accidente dentro de los primeros 15 días usando las formas de Aviso de Accidente.



Servicios de Apoyo

Usted tiene el derecho a información y ayuda contactándose con un especialista en información conocido como "Ombudsman" en la Administración para la Compensación a los Trabajadores.



Información acerca de Reclamaciones

Contáctese con el representante de reclamaciones de su compañía.

Your Rights

If you are injured in a work-related accident:

Your employer / insurer must pay all reasonable and necessary medical costs.

You may or may not have the right to choose your health care provider. If your employer / insurer has not given you written instructions about who chooses first, call an ombudsman. In an emergency, get emergency medical care first.

If you are off work for more than seven days, your employer / insurer must pay wage benefits to partially offset your lost wages.

If you suffer "permanent impairment," you may have the right to receive partial wage benefits for a longer period of time.

Employer's Insurer / Claims Representative: Aseguradora del Empleador / Representante de Reclamos:

Name: NATIONAL FIRE INSURANCE COMPANY OF HARTFORD

Phone #: 1-877-CNA-ASAP (262-2727)

Address: 151 N. FRANKLIN ST. CHICAGO, IL 60606-1915

*Employer must fill in insurer / claims representative information.
El empleador debe completar la información del asegurador / representante de reclamos.*

Sus Derechos

Si se lastima en el trabajo:

Su empleador / asegurador debe de pagar por los gastos médicos necesarios y razonables.

Es posible que usted tenga, o no tenga, el derecho de escoger el proveedor de servicios para la salud. Si su empleador / asegurador no le ha dado instrucciones por escrito de quien es él que selecciona primero, pregúntele o llame a un ombudsman. En una emergencia, obtenga asistencia médica de emergencia primero.

Si usted está fuera del trabajo por más de siete días, su empleador / asegurador debe de hacerle un pago compensatorio de prestaciones para compensar parcialmente la pérdida de su salario.

Si usted sufre "daño permanente," usted puede tener el derecho a recibir prestaciones parciales de salario por un periodo de tiempo más largo.

If You Need HELP Call: 1-866-967-5667

Ask for an Ombudsman

Si Usted Necesita Ayuda Llame Al:

1-866-967-5667

Pregunte por un Ombudsman



Visit our website at: <https://workerscomp.nm.gov>

For FREE copies of this poster and Notice of Accident Forms call: 1-866-967-5667

EMPLOYER: You are required by law to display this poster where your employees can read it. Post the Notice of Accident forms with it.

The poster without the Notice of Accident forms does not comply with law. You have other rights and duties under the law.



POST FORMS HERE

State of Nevada
DEPARTMENT OF BUSINESS & INDUSTRY
DIVISION OF INDUSTRIAL RELATIONS
Workers' Compensation Section

A T T E N T I O N

Caution: The information below is general in nature and is not intended to be legal advice. If you have any questions regarding your status as an employer or employee or your rights and qualification for specific benefits under an industrial injury or occupational disease claim, you should consult with an attorney experienced in industrial insurance.

Brief Description of Whether the Employer is Required to Obtain Industrial Insurance and Whether a Person is a Covered Employee

Every employer ... shall provide and secure compensation ... for any personal injuries by accident sustained by an employee arising out of and in the course of the employment. See NRS 616B.612(1).

An **employer** is defined as, "Every person, firm, voluntary association and private corporation, including any public service corporation, which has in service any person under a contract of hire." See NRS 616A.230(2). "A person is not an employer if: (a) The person enters into a contract with another person or business which is an independent enterprise; and (b) The person is not in the same trade, business, profession or occupation as the independent enterprise." See NRS 616B.603(1).

An **employee** is broadly defined as, "... every person in the service of an employer under any appointment or contract of hire or apprenticeship, express or implied, oral or written, whether lawfully or unlawfully employed" (See NRS 616A.105), but excludes casual employees not in the same trade, business, profession or occupation; persons engaged as a theatrical or stage performer or in an exhibition; musicians not lasting more than 2 consecutive days; household servants, farming and ranching employees; voluntary ski patrol; sports officials paid a nominal fee; clergy, rabbi or lay readers; real estate brokers or sales persons; and commissioned sales persons (See NRS 616A.110).

An **independent contractor** is a person who is hired and paid solely to produce a result. It is defined as, "... any person who renders service for a specified recompense for a specified result, under the control of the person's principal as to the result of the person's work only and not as to the means by which such result is accomplished." See NRS 616A.255.

Brief Description of Your Rights and Benefits If You Are Injured on the Job or have an Occupational Disease

Notice of Injury or Occupational Disease (Incident Report Form C-1) If an injury or occupational disease (OD) arises out of and in the course of employment, you must provide written notice to your employer as soon as practicable, but no later than 7 days after the accident or OD. Your employer shall maintain a sufficient supply of the forms.

Employee's Claim for Compensation/Report of Initial Treatment (Form C-4): If medical treatment is sought, the Form C-4 is available at the place of initial treatment. A completed Form C-4 must be filed within 90 days after an accident or OD. The treating physician, chiropractic physician, physician assistant or advanced practice nurse must, within 3 working days after treatment, complete and mail to the employer, the employer's insurer and third-party administrator, the Claim for Compensation.

Medical Treatment: If you require medical treatment for your on-the-job injury or OD, you may be required to select a physician or chiropractic physician from a list provided by your workers' compensation insurer, if it has contracted with an Organization for Managed Care (MCO) or Preferred Provider Organization (PPO) or providers of health care. If your employer has not entered a contract with an MCO or PPO, you may select a physician or chiropractic physician from the Panel of Physicians and Chiropractic Physicians. Any **medical costs** related to your industrial injury or OD will be paid by your insurer.

Temporary Total Disability (TTD): If your doctor has certified that you are unable to work for a period of at least 5 consecutive days, or 5 cumulative days in a 20-day period, or places restrictions on you that your employer does not accommodate, you may be entitled to TTD compensation.

Temporary Partial Disability (TPD): If the wage you receive upon reemployment is less than the compensation for TTD to which you are entitled, the insurer may be required to pay you TPD compensation to make up the difference. TPD can only be paid for a maximum of 24 months.

Permanent Partial Disability (PPD): When your medical condition is stable and there is an indication of a PPD as a result of your injury or OD, within 30 days, your insurer must arrange for an evaluation by a rating physician or chiropractic physician to determine the degree of your PPD. The amount of your PPD award depends on the date of injury, the results of the PPD evaluation, your age and wage.

Permanent Total Disability (PTD): If you are medically certified by a treating physician or chiropractic physician as permanently and totally disabled and have been granted a PTD status by your insurer, you are entitled to receive monthly benefits not to exceed 66 2/3% of your average monthly wage. The amount of your PTD payments is subject to reduction if you previously received a lump-sum PPD award.

Vocational Rehabilitation Services: You may be eligible for vocational rehabilitation services if you are unable to return to the job due to a permanent physical impairment or permanent restrictions as a result of your injury or occupational disease.

Transportation and Per Diem Reimbursement: You may be eligible for travel expenses and per diem associated with medical treatment.

Reopening: You may be able to reopen your claim if your condition worsens after claim closure.

Appeal Process: If you disagree with a written determination issued by the insurer or the insurer does not respond to your request, you may appeal to the **Department of Administration, Hearings Officer** within 70 days of the determination letter. If you disagree with the Hearing Officer decision, you may appeal to the **Department of Administration, Appeals Officer** within 30 days from the date of the Hearing Officer decision letter. To file an appeal online, visit the website for the Nevada Department of Administration, Hearings Division at www.hearings.nv.gov/cfile and follow the steps for initiating a Request for Hearing (preferred). If you are an unrepresented litigant, you may mail a notice of appeal to: Department of Administration, Hearings Office, 2200 South Rancho Drive, Suite 210, Las Vegas, NV 89102 or the Department of Administration, Hearings Office, 1050 East William Street, Suite 400, Carson City, Nevada 89701. If you disagree with a decision of an Appeals Officer, you may file a **petition for judicial review with the District Court**. You must do so within 30 days of the Appeals Officer's decision. You may be represented by an attorney at your own expense, or you may contact the NAIW for possible representation.

Nevada Attorney for Injured Workers (NAIW): If you disagree with a Hearing Officer decision, you may request that NAIW represent you without charge at an Appeals Officer hearing. NAIW is an independent state agency and is not affiliated with any insurer. For information regarding denial of benefits, you may contact the NAIW at: 1000 E. William Street, Suite 208, Carson City, NV 89701, (775) 684-7555, or 2200 S. Rancho Drive, Suite 230, Las Vegas, NV 89102, (702) 486-2830.

To File a Complaint with the Division: If you wish to file a complaint with the Administrator of the Division of Industrial Relations (DIR), please contact Workers' Compensation Section, 1886 East College Pkwy. Ste. 100, Carson City, NV 89706, telephone (775) 684-7270, or 2300 W. Sahara Ave, Suite 300, Las Vegas, NV 89102, telephone (702) 486-9080.

For Assistance with Workers' Compensation Issues: You may contact the State of Nevada Office for Consumer Health Assistance, 7150 Pollock Drive, Las Vegas, NV 89119, Toll Free 1-888-333-1597, Website: [https://adsd.nv.gov/Programs/CHA/Office_for_Consumer_Health_Assistance_\(OCHA\)/](https://adsd.nv.gov/Programs/CHA/Office_for_Consumer_Health_Assistance_(OCHA)/), E-mail cha@govcha.nv.gov

The information in this publication is derived from Chapters 616A through 616D, inclusive, and 617 of the Nevada Revised Statutes and is provided for informational purposes only. If you have any questions, regarding your injury or workers' compensation claim, please call the following:

Insurer/Administrator: <u>NATIONAL FIRE INSURANCE COMPANY OF HARTFORD</u>	<u>/Gallagher Bassett</u>	Contact Person: <u>Resolution Manager</u>
Address: <u>P.O. Box 400970</u>	<u>Las Vegas</u>	Telephone Number: <u>(866) 889-4755</u>
	<u>City</u>	
	<u>NV</u>	
	<u>State</u>	
	<u>89140</u>	
	<u>Zip</u>	
MCO/Health Care Provider: _____		Contact Person: _____
Address: _____		Telephone Number: _____
	<u>City</u>	
	<u>State</u>	
	<u>Zip</u>	

D-1 (rev. 07/25)

STATE OF NEW YORK - WORKERS' COMPENSATION BOARD
ESTADO DE NUEVA YORK - JUNTA DE COMPENSACION OBRERA

NOTICE OF COMPLIANCE

TO EMPLOYEES

IMPORTANT INFORMATION FOR EMPLOYEES WHO ARE
INJURED OR SUFFER AN OCCUPATIONAL DISEASE WHILE
WORKING.

1. By posting this notice and information concerning your rights as an injured worker, your employer is in compliance with the Workers' Compensation Law.
2. If you do not notify your employer within 30 days of the date of your injury your claim may be disallowed, so do so immediately.
3. You are entitled to obtain any necessary medical treatment and should do so immediately.
4. You may choose any doctor, podiatrist, chiropractor or psychologist referred by a medical doctor that accepts NY State Workers' Compensation patients and is Board authorized. However, if your employer is involved in a certified preferred provider organization (PPO) you must first be treated by a provider chosen by your employer and your employer must give you a written statement of your rights concerning further medical care.
5. You should tell your doctor to file copies of medical reports concerning your claim with the Workers' Compensation Board and with your employer's insurance company, which is indicated at the bottom of this form.
6. You may be entitled to lost time benefits if your work-related injury keeps you from work for more than seven days, compels you to work at lower wages or results in permanent disability to any part of your body. You may be entitled to rehabilitation services if you need help returning to work.
7. You should not pay any medical providers directly. They should send their bills to your employer's insurance carrier. If there is a dispute, the provider must wait until the Board makes a decision before it attempts to collect payment from you. If you do not pursue your claim or the Board rules that your injury is not work-related, you may be responsible for the payment of the bills.
8. You are entitled to be represented by an attorney or licensed representative, but it is not required. If you do hire a representative do not pay him/her directly. Any fee will be set by the Board and will be deducted from your award.
9. If you have difficulty in obtaining a claim form or need help in filling it out, or if you have any other questions or problems about a job-related injury, contact any office of the Workers' Compensation Board.

NYS Workers' Compensation Board
Centralized Mailing
PO Box 5205
Binghamton, NY 13902-5205

Customer Service Line: 877-632-4996

AVISO DE CUMPLIMIENTO

A EMPLEADOS

INFORMACION IMPORTANTE PARA EMPLEADOS QUE
SEAN LESIONADOS O SUFRAN UNA ENFERMEDAD
OCUPACIONAL MIENTRAS TRABAJAN.

1. Su patrono está cumpliendo la Ley de Compensación Obrera cuando despliega este comunicado concerniente a sus derechos como trabajador lesionado.
2. Si usted no notifica a su patrono dentro del término de 30 días de haber sufrido su lesión su reclamación podría ser desestimada, por eso notifique inmediatamente.
3. Usted tiene derecho a recibir cualquier tratamiento médico necesario relacionado con su lesión y debe gestionarlo inmediatamente.
4. Para el tratamiento de cualquier lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, usted puede escoger cualquier médico, podiatra, quiropractico ó psicologo (si es referido por un médico autorizado) que esté autorizado y acepte pacientes de la Junta de Compensación Obrera. Sin embargo, si su patrono está autorizado a participar en una organización certificada de proveedores preferidos (PPO), usted deberá obtener tratamiento inicial para cualquier lesión o enfermedad relacionada con el trabajo de la correspondiente entidad. Patronos que participen en cualquiera de estos programas establecidos por ley estan obligados a proveer a sus empleados notificación escrita explicando sus derechos y obligaciones bajo el programa a que esté acogido.
5. Usted deberá requerir de su Médico que radique copias de los informes médicos de su caso en la Junta de Compensación Obrera y en la compañía de seguros de su patrono, que se indica al final de esta forma.
6. Usted tiene derecho a compensación si su lesión relacionada con el trabajo le impide trabajar por más de siete días, le obliga a trabajar a sueldo más bajo ó resulta en incapacidad permanente de cualquier parte de su cuerpo. Usted puede tener derecho a servicios de rehabilitación si necesita ayuda para regresar al trabajo.
7. No pague a ningún proveedor médico directamente por tratamiento de su lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. Ellos deben enviar sus facturas al asegurador de su patrono. Si el caso es cuestionado, el proveedor deberá esperar hasta que la Junta decida el caso, antes de iniciar gestión de cobro alguna contra usted. Si usted no tramita su caso ó la Junta falla que su lesión o enfermedad no está relacionada con el trabajo, usted podría ser responsable del pago de las facturas.
8. No es obligatorio el estar representado en ninguno de los procedimientos de la Junta, pero es un derecho que usted tiene, el estar representado por abogado ó por representante licenciado si usted así lo desea. Si es representado, no pague al abogado ó al representante licenciado. Cuando la Junta decida su caso, los honorarios serán determinados por la Junta y descontados de sus beneficios.
9. Si tiene dificultad en conseguir un formulario de reclamación o necesita ayuda para llenarlo ó tiene dudas sobre cualquier situación relacionada con una lesión o enfermedad comuníquese con la oficina mas cercana de la Junta.

CHAIR/PRESIDENTE
Workers' Compensation Board

Workers' Compensation benefits, when due, will be paid by (Los beneficios de Compensación Obrera, cuando debidos, serán pagados por):

NATIONAL FIRE INSURANCE COMPANY OF HARTFORD
151 N. FRANKLIN ST., CHICAGO, IL 60606-1915
1-877-CNA-ASAP (262-2727)

For Insurance Carriers ONLY: Policy No. 6024204717

Policy in Force from 07/01/2025 to 07/01/2026

Name of employer (Nombre del patrono)

TRUSTEES OF DARTMOUTH COLLEGE

**THIS NOTICE MUST BE POSTED
CONSPICUOUSLY IN AND ABOUT THE
EMPLOYER'S PLACE OR PLACES OF
BUSINESS.**

Failure by an employer to post this notice in and about the employer's place or places of business may result in a \$250 penalty for each violation.



IMPORTANT NOTICE

OREGON POSTING NOTICE

Oregon Revised Statute §656.056 requires that all Oregon employers who are required to provide Workers' Compensation Coverage to display the *Notice of Compliance* poster in a central gathering area.

The poster includes workers' compensation information to help workers and employers provide current insurance information to health care providers at the time of injury to speed up the claim process.

Employers will automatically receive a Notice of Compliance poster when they first get compensation coverage or change coverage providers.

Once you have the posting notice, it remains valid and without need to update the posting as long as the policy remains active. You are allowed to make and post copies of valid posters. If the policyholder, employer name, or the insurer changes, you will automatically receive a new poster. A change in the policy number, which is a common practice at annual renewal, does not require a new posting notice as long as the other elements remain the same.

If you do not have a Notice of Compliance poster, you can obtain a poster by contacting the Oregon Workers' Compensation Division at 503-947-7814.

Additional supplies of the poster, as needed, can be ordered from the Oregon Workers' Compensation Division at:

<https://wcd.oregon.gov/employer/Pages/noc-poster.aspx>

**REMEMBER: IT IS IMPORTANT TO TELL YOUR
EMPLOYER ABOUT YOUR INJURY**

The name, address and telephone number of your employer's workers' compensation insurance company, third-party administrator (TPA), or person handling workers' compensation claims for your company, are shown below.

Employer Name: TRUSTEES OF DARTMOUTH COLLEGE

Date Posted: 07/01/2025

IF INSURED:

(Complete all applicable spaces)

**IF SOMEONE OTHER THAN INSURER IS
HANDLING CLAIMS:**

(Complete all applicable spaces)

Name of Insurance Company:
NATIONAL FIRE INSURANCE COMPANY OF HARTFORD

Name of TPA (Claims administrator):

Address: 151 N. FRANKLIN ST.
CHICAGO, IL 60606-1915

Address: _____

Telephone Number: 1-877-CNA-ASAP (262-2727)

Telephone Number: _____

Insurer Code: _____

IF SELF-INSURED:

(Complete all applicable spaces)

**IF SOMEONE OTHER THAN SELF-INSURER IS
HANDLING CLAIMS:**

(Complete all applicable spaces)

Name of person handling claims at
the self-insured:

Name of TPA (Claims administrator):

Address: _____

Address: _____

Telephone Number: _____

Telephone Number: _____

Insurer Code: _____

Any individual filing misleading or incomplete information knowingly and with the intent to defraud is in violation of Section 1102 of the Pennsylvania Workers' Compensation Act, 77 P.S. §1039.2, and may also be subject to criminal and civil penalties under 18 Pa. C.S.A. §4117 (relating to insurance fraud).

Employer Information
Services
717.772.3702

Claims Information Services
toll-free inside PA: 800.482.2383
local & outside PA: 717.772.4447

Hearing Impaired
PA Relay 7-1-1

Email
ra-li-bwc-helpline@pa.gov



Auxiliary aids and services are available upon request to individuals with disabilities.
Equal Opportunity Employer/Program

El nombre, la dirección y el número de teléfono de la compañía de seguros de compensación para trabajadores de su empleador, el administrador externo (TPA) o la persona que maneja las reclamaciones de compensación para trabajadores de su empresa se muestran a continuación.

Nombre del empleador: TRUSTEES OF DARTMOUTH COLLEGE

Fecha de publicación: 07/01/2025

SI ESTA ASEGURADO/A:

(Complete todos espacios que apliquen)

**SI ALGUIEN QUE NO SEA LA ASEGURADORA ESTÁ
MANEJANDO LOS RECLAMOS:**

(Complete todos los espacios que apliquen)

Nombre de la compañía de seguro:

NATIONAL FIRE INSURANCE COMPANY OF HARTFORD

Nombre del TPA (Administrador de reclamos):

Dirección: 151 N. FRANKLIN ST.

Dirección: _____

CHICAGO, IL 60606-1915

Número de teléfono: 1-877-CNA-ASAP (262-2727)

Número de teléfono: _____

Código del asegurador: _____

SI ESTA AUTO-ASEGURADO

(Complete todos los espacios que apliquen)

**SI ALGUIEN QUE NO SEA EL AUTO-ASEGURADOR ESTA
MANEJANDO LOS RECLAMOS:**

(Complete todos los espacios que apliquen)

Nombre de la persona que está manejando los reclamos
en el autoseguro:

Nombre del TPA (Administrador de reclamos):

Dirección: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Número de teléfono: _____

Código del asegurador: _____

Cualquier individuo que presente información errónea o incompleta a sabiendas y con la intención de defraudar, infringe la Sección 1102 de la Ley de Compensación para Trabajadores de Pensilvania, 77 P.S. §1039.2, y también puede estar sujeto a sanciones penales y civiles según 18 Pa. C.S.A. §4117 (relacionado con el fraude de seguros).

**Servicios de
información para
empleadores**
717.772.3702

Servicios de información de reclamaciones
Número gratuito dentro PA: 800.482.2383
Local & fuera de PA: 717.772.4447

**Personas con
discapacidad auditive**
PA Relay 7-1-1

Correo electrónico
ra-li-bwc-helpline@pa.gov



Auxiliary aids and services are available upon request to individuals with disabilities.
Equal Opportunity Employer/Program

NOTICE: MEDICAL TREATMENT FOR YOUR WORK INJURY OR OCCUPATIONAL ILLNESS

Your employer has selected a list of 6 or more physicians and other health care providers who are available to treat your work-related injuries and illnesses during the first 90 days of treatment. This list is posted at _____ for you to view. Also, you may get a copy of this list from _____.

If you are injured at work or suffer an occupational illness, you have certain legal RIGHTS and DUTIES under Section 306(f.1)(1)(i) of the Workers' Compensation Act regarding your medical treatment. These rights and duties are summarized below.

MEDICAL TREATMENT: DURING THE FIRST 90 DAYS

- ☛ You have the RIGHT to receive reasonable and necessary medical treatment for your work injury or occupational illness. Your employer must pay for the treatment, as long as the treatment is by one of the listed providers.
- ☛ You have the RIGHT to choose which of the listed providers will treat you for your work injury or illness.
- ☛ You have the RIGHT to switch among any of the listed providers when you receive treatment; and if a listed provider refers you to a provider not on your employer's list, you have the RIGHT to receive treatment from the referral provider.
- ☛ You have the RIGHT to receive emergency medical treatment from any provider. However, non-emergency treatment must be given by a listed provider.
- ☛ If a listed provider prescribes surgery for you, you have the RIGHT to receive a second opinion from any provider of your choice. If that opinion is different from the opinion of the listed provider, you have the RIGHT to choose which course of treatment to follow. If you choose the treatment prescribed in the second opinion, you must receive the treatment from a listed provider for a period of 90 days after the date of your visit to the provider of the second opinion.
- ☛ You have the DUTY to visit one or more of the listed providers for the first 90 days of treatment for your work injury or illness if you expect your employer to pay for the medical treatment you receive.
- ☛ If you seek treatment for your work injury or illness from a provider who is not on the list, your employer may not have to pay for this medical treatment during this 90-day period. Therefore, you should talk to your employer before seeking treatment from a provider who is not on the list.

IMPORTANT: The requirements your employer must meet to have a valid list of at least 6 providers are shown on the reverse side of this form. If the list does not meet these requirements, it is not a valid list, and you have the right to seek medical treatment for your work injury or occupational illness from any health care provider of your choice.

MEDICAL TREATMENT: AFTER THE FIRST 90 DAYS

- ☛ You have the RIGHT to receive treatment from any physician or other health care provider of your choice, whether or not they are listed by your employer. Your employer must pay for this treatment, as long as it is reasonable and necessary for your work injury or occupational illness and has been properly documented by the physician or other health care provider.
- ☛ You have the DUTY to notify your employer if you receive treatment from a physician or other health care provider who is not listed by your employer. You must notify your employer within five days of the first visit to any provider who is not on your employer's list. The employer may not be required to pay for treatment received until you have given this notice.

Your signature on this form indicates that you have been informed of and you understand these rights and duties. **If you have questions, be sure you have your rights and duties explained to you before signing this form.**

I HAVE BEEN INFORMED OF MY MEDICAL TREATMENT RIGHTS AND DUTIES WITH REGARD TO WORK-RELATED INJURIES AND OCCUPATIONAL ILLNESSES. THIS NOTICE WAS PRESENTED TO ME AT (check one):

☐ TIME OF HIRE

☐ WHEN I WAS INJURED

☐ OTHER

EMPLOYEE: _____

DATE: _____

EMPLOYER REPRESENTATIVE: _____

DATE: _____

(OVER)

REQUIREMENTS FOR EMPLOYER'S LIST OF HEALTH CARE PROVIDERS

1. There must be at least 6 health care providers on the list, but there may be more than 6 listed.
2. At least 3 of the health care providers on the list must be physicians.
3. No more than 4 of the health care providers on the list may be coordinated care organizations (CCOs).
4. The names, addresses, phone numbers and areas of medical specialties of all health care providers must be included on the list.
5. The health care providers on the list must be geographically accessible and must have specialties that are appropriate based on the anticipated work-related medical problems of the employees.
6. Your employer must specify on the list if any of the health care providers on the list are employed, owned or controlled by your employer or its workers' compensation insurance company.

NOTE: Your employer's list of health care providers must meet all of the above requirements. If the list does not meet all of these requirements, you do not have to choose a provider from the list. Instead, you have the right to seek medical treatment with any health care provider of your choice.

BUREAU OF WORKERS' COMPENSATION
HELPLINE INFORMATION CENTER
1-800-482-2383 (long-distance calls inside PA)
(717) 772-4447 (local and calls outside PA)

This employer is subject to the provisions of the

WORKERS' COMPENSATION ACT

of the State of Rhode Island

Workers' Compensation Insurance Company: National Fire Insurance Company of Hartford

Adjusting Company: _____

Telephone: _____ **Policy Effective Date:** 07/01/2025

In accordance with Rhode Island General Law §28-32-1, the employer must report to the Director of Labor and Training every personal injury sustained by an employee if the injury incapacitates the employee from earning full wages for at least three (3) days or requires medical treatment, regardless of the period of incapacity. If the injury proves fatal, the report must be filed within forty-eight (48) hours. If not fatal, the report shall be made within ten (10) days of the injury.

An injured employee shall have the freedom to choose medical treatment initially. The employee's first visit to any facility under contract or agreement with the employer or insurer to provide priority care shall not be considered the employee's initial choice.

For more information about Workers' Compensation procedures and benefits, call the Education Unit at (401) 462-8100 and press option #1 or TDD (401) 462-8006. If you suspect fraud, contact the Fraud Prevention Unit at (401) 462-8100 and press option #7.

In accordance with Rhode Island General Law §28-29-13, this notice must be posted and maintained in conspicuous places where workers are employed. Fines may be imposed for noncompliance.

DWC-8 (6/2020)

Esta empresa esta sujeta a las estipulaciones delis

ACTA DE COMPENSACION DE TRABAJADORES

del Estado de Rhode Island

Seguro de Compensación de Trabajo: National Fire Insurance Company of Hartford

Compañía Ajustadora: _____

Teléfono: _____ **Fecha Efectiva de Póliza:** 07/01/2025

De acuerdo con las Leyes Generales de Rhode Island §28-32-1, las empresas tienen que reportarle al Director de Trabajo y Entrenamiento cada lesión personal reportada por un empleado si la lesión incapacita al empleado de ganar un sueldo completo por un mínimo de tres (3) días, o requiere tratamiento médico, sin importar el período de incapacidad. Si la lesión es fatal, el incidente debe ser reportado dentro de cuarenta y ocho (48) horas. Si no es fatal, el incidente será reportado dentro de diez (10) días de la lesión.

Un empleado lesionado tiene la libertad de escoger al primer proveedor médico. La primera visita del empleado a cualquier centro de atención médico contratado por la empresa o la aseguradora, con la intención de facilitar atención inmediata, no será considerado el primer proveedor médico.

Para más información referente a la compensación para trabajadores a causa de accidentes de trabajo, procedimientos y beneficios, llame a la Unidad Educacional al (401) 462-8100 y apriete la opción #1 o TDD (401) 462-8006. Si usted sospecha de fraude, póngase en contacto con la Unidad de Prevención de Fraude al (401) 462-8100 y apriete la opción #7.

De acuerdo con las Leyes Generales de Rhode Island §28-29-13, este aviso debe ser colocado y mantenido en lugares visibles para los trabajadores. Las empresas que no cumplan con este requerimiento pueden ser sujetas a multas.

DWC-8 S (6/2020)



South Carolina Workers' Compensation

Workers' Compensation Compliance Poster

We are operating under and subject to the South Carolina Workers' Compensation Act

In case of accidental injury or death to an employee, the injured employee, or someone acting in his or her behalf, must give immediate notice to the employer or general authorized agent. Failure to give such immediate notice may be the cause of serious delay in the payment of compensation to the injured employee or his or her dependents and may result in failure to receive any compensation benefits under the law.

Workers' Compensation:

1. Pays 100% of your medical bills and some other expenses.
2. Compensates you for 66 2/3% of your salary, limited to the maximum wage set by law, if you are unable to work for more than seven (7) calendar days.

If you are injured on the job, you should:

1. Notify your employer at once. You cannot receive benefits unless your employer knows you are injured.
2. Tell the doctor your employer sends you to that you are covered by workers' compensation.
3. Notify the Workers' Compensation Provider listed on this poster or the South Carolina Workers' Compensation Commission at 803.737.5700 if you experience undue delays or problems with your claim.

South Carolina
Workers' Compensation Commission
P.O. Box 1715, 1333 Main Street, Suite 500
Columbia, S.C. 29202-1715
803-737-5700
www.wccsc.gov

Workers' Compensation Provider Name

NATIONAL FIRE INSURANCE
COMPANY OF HARTFORD

Mailing Address

151 N. FRANKLIN ST.
CHICAGO, IL 60606-1915

Claims Telephone Number

1-877-CNA-ASAP (262-2727)

TENNESSEE WORKERS' COMPENSATION INSURANCE POSTING NOTICE

How to Report Work-Related Injuries

What should be done if injured at work?

Employee

1. Immediately **report the injury** to the employer representative named below.
2. **Select a treating physician** from a panel provided by your employer.
3. If you have questions or problems, contact the employer representative or the Bureau of Workers' Compensation.

Employer

1. Complete your company's internal "Workplace Injury form" and **notify your workers' compensation insurance company** immediately, even if you have concerns about the validity of the claim.
2. **Offer a panel of physicians** to the employee via Form C-42 available on the Bureau's website. *In cases of emergency, call an ambulance and provide this form as soon as the injured employee has stabilized.*

*Printed **name and title** of the employer representative to be notified in the event of a work-related injury*

*Printed name of an **alternative employer representative** to be notified in the event of a work-related injury*

***Telephone number** of employer representative to notify in event of a work-related injury*

***Address** of employer representative to notify in event of a work-related injury*

The Tennessee Bureau of
Workers' Compensation is
available to help both
employees and employers.



220 French Landing Dr. 1-B
Nashville, TN 37243-2667
800-332-2667
615-532-4812 TTD: 800-332-2257
tn.gov/workerscomp

Workers' Compensation law requires this notice to be posted in a conspicuous place at the work site at all times.

PUBLICACIÓN DE AVISO

Cómo informar de lesiones laborales

¿Qué se debe hacer en caso de lesión laboral?

Empleado

1. **Informe** inmediatamente de **la lesión** al representante del empleador indicado aquí abajo.
2. **Seleccione un médico tratante** del panel provisto por su empleador.
3. Si tiene alguna pregunta o problema, comuníquese con el representante de empleadores de la Oficina de Compensación a Trabajadores.

Empleador

1. Complete el formulario interno de su empresa de "Lesión laboral" y **notifique a su aseguradora de compensación a trabajadores** inmediatamente, incluso aunque tenga dudas acerca de la validez de la reclamación.
2. **Ofrezca un panel de médicos** al empleado a través del Formulario C-42, disponible en el sitio web de la Agencia. *En casos de emergencia, llame a una ambulancia y proporcione este formulario en cuanto el empleado lesionado se haya estabilizado.*

Nombre en letra de molde y título del representante del empleador a ser notificado en caso de una lesión laboral

Nombre en letra de molde del representante del empleador alterno a ser notificado en caso de una lesión laboral

Número de teléfono del representante del empleador a ser notificado en caso de una lesión laboral

Dirección del representante del empleador a ser notificado en caso de una lesión laboral

La Oficina de Compensación a Trabajadores de Tennessee está disponible para ayudar a empleados y empleadores.



220 French Landing Dr. 1-B
Nashville, TN 37243-2667
800-332-2667
615-532-4812 TTD: 800-332-2257
tn.gov/workerscomp

La ley de Compensación a Trabajadores exige que se publique este aviso en un lugar visible en el centro de trabajo en todo momento.

NOTICE TO EMPLOYEES CONCERNING WORKERS' COMPENSATION IN TEXAS

COVERAGE: [Name of employer] TRUSTEES OF DARTMOUTH COLLEGE

has workers' compensation insurance coverage from [name of commercial insurance company] NATIONAL FIRE INSURANCE COMPANY OF HARTFORD in the event of

work-related injury or occupational disease. This coverage is effective from [effective date of workers' compensation insurance policy] 07/01/2025. Any injuries or occupational diseases which occur on or after that date will be handled by [name of commercial insurance company] NATIONAL FIRE INSURANCE COMPANY OF HARTFORD.

An employee or a person acting on the employee's behalf, must notify the employer of an injury or occupational disease not later than the 30th day after the date on which the injury occurs or the date the employee knew or should have known of an occupational disease, unless the Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation (Division) determines that good cause existed for failure to provide timely notice. Your employer is required to provide you with coverage information, in writing, when you are hired or whenever the employer becomes, or ceases to be, covered by workers' compensation insurance.

EMPLOYEE ASSISTANCE: The Division provides free information about how to file a workers' compensation claim. Division staff will answer any questions you may have about workers' compensation and process any requests for dispute resolution of a claim. You can obtain this assistance by contacting your local Division field office or by calling 1-800-252-7031. The Office of Injured Employee Counsel (OIEC) also provides free assistance to injured employees and will explain your rights and responsibilities under the Workers' Compensation Act. You can obtain OIEC's assistance by contacting an OIEC customer service representative in your local Division field office or by calling 1-866-EZE-OIEC (1-866-393-6432).

SAFETY VIOLATIONS HOTLINE: The Division has a 24 hour toll-free telephone number for reporting unsafe conditions in the workplace that may violate occupational health and safety laws. Employers are prohibited by law from suspending, terminating, or discriminating against any employee because he or she in good faith reports an alleged occupational health or safety violation. Contact the Division at 1-800-452-9595.

COVERED EMPLOYER

Texas Workers' Compensation Rule 110.101(e)(1) requires employers who are covered by workers' compensation through a commercial insurance company to advise their employees that they do have workers' compensation insurance coverage and to advise their employees of the Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation's toll-free number to obtain additional information about their workers' compensation rights.

Notices in English, Spanish and any other language common to the employer's employee population must be posted and:

1. Prominently displayed in the employer's personnel office, if any;
2. Located about the workplace in such a way that each employee is likely to see the notice on a regular basis;
3. Printed with a title in at least 26 point bold type, subject in at least 18 point bold type, and text in at least 16 point normal type; and
4. Contain the exact words as prescribed in Rule 110.101(e)(1).

The notice on the reverse side meets the above requirements. Failure to post or to provide notice as required in the rule is a violation of the Act and Division rules. The violator may be subject to administrative penalties.

Do Not Post This Side

AVISO A LOS EMPLEADOS SOBRE LA COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES EN TEXAS

COBERTURA: [Name of the employer]

TRUSTEES OF DARTMOUTH COLLEGE tiene cobertura de seguros de compensación para trabajadores con [name of the commercial insurance company] NATIONAL FIRE INSURANCE COMPANY OF HARTFORD para protegerle en caso de una lesión o enfermedad ocupacional con el trabajo. Esta cobertura está vigente desde [effective date of workers' compensation insurance policy] 07/01/2025. Cualquier lesión o enfermedad ocupacional que ocurra en o después de esta fecha será manejada por [name of commercial insurance policy]

NATIONAL FIRE INSURANCE COMPANY OF HARTFORD. Un empleado o una persona actúe en nombre del empleado, debe notificar al empleador sobre una lesión o una enfermedad ocupacional a no más tardar de treinta (30) días, a partir de la fecha en que ocurrió la lesión o en la fecha en la que el empleado se enteró o debería de haberse enterado de la enfermedad ocupacional, al menos que el Departamento de Seguros de Texas, División de compensación para Trabajadores (Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation – TDI-DWC, por su nombre y siglas en inglés) (División) determine que existió una buena causa para que no se haya notificado al empleador dentro del tiempo señalado. Su empleador tiene la obligación de proporcionarle a usted información por escrito sobre la cobertura cuando usted es contratado o cuando su empleador adquiere o deja de tener una cobertura de seguro de compensación para trabajadores.

ASISTENCIA AL EMPLEADO: La División proporciona información gratuita sobre cómo presentar una reclamación de compensación para trabajadores. El personal de la División contestará cualquier pregunta que usted pueda tener sobre la compensación para trabajadores y procesará cualquier solicitud de resolución de disputas relacionada con una

reclamación. Usted puede obtener este tipo de asistencia comunicándose con su oficina local de la División o llamando al teléfono 1-800-252-7031. La Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado (Office of Injured Employee Counsel – OIEC, por su nombre y siglas en inglés) también ofrece asistencia gratuita a los empleados lesionados y ellos le explicarán cuáles son sus derechos y responsabilidades bajo la Ley de Compensación para Trabajadores. Usted puede obtener la asistencia de OIEC comunicándose con un representante de servicio al cliente de OIEC en su oficina local de la División o llamando al 1-866-EZE-OIEC (1-866-393-6432).

LÍNEA DIRECTA PARA REPORTAR VIOLACIONES DE SEGURIDAD: La División cuenta con una línea gratuita telefónica que está en servicio las 24 horas del día para reportar condiciones inseguras en el área de trabajo que podrían violar las leyes ocupacionales de salud y seguridad. La ley prohíbe que los empleadores suspendan, despidan o discriminen en contra de cualquier empleado porque él o ella de buena fe reporta una alegada violación ocupacional de salud o seguridad. Comuníquese con la División al teléfono 1-800-452-9595.

EMPLEADOR CON COBERTURA

El Reglamento 110.101 (e)(1) de Compensación para Trabajadores de Texas requiere que los empleadores que cuentan con una cobertura de compensación para trabajadores mediante una compañía de seguros comercial notifiquen a sus empleados que ellos cuentan con una cobertura de seguro de compensación para trabajadores e informen a sus empleados sobre el número de la línea telefónica gratuita del Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores para obtener información adicional sobre sus derechos de compensación para trabajadores.

Avisos en inglés, español y cualquier otro idioma común para la población de los trabajadores del empleador deben ser puestos a la vista y:

1. Mostrarse en un lugar prominente de la oficina de personal del empleador, si es que la hay;
2. Ubicar este aviso en el área de trabajo de tal manera que los empleados lo vean regularmente;
3. El título debe ser impreso en tamaño 26, en letra negrita de punto, el tema debe ser impreso en tamaño 18, en letra negrita de punto, y el texto, por lo menos en tamaño 16 en letra negrita de punto normal; y
4. Contener las palabras exactas según lo señalado en el Reglamento 110.101 (e)(1).

El aviso que se muestra al reverso de esta página cumple con los requisitos que se han señalado en la parte de arriba. El negarse a mostrar o proporcionar esta información, según lo requerido en el reglamento es una falta a la ley y a los reglamentos de la División. El infractor podría estar sujeto a sanciones administrativas.

NO MOSTRAR ESTE LADO

REQUIRED WORKERS' COMPENSATION COVERAGE

The law requires that each person working on this site or providing services related to this construction project must be covered by workers' compensation insurance. This includes persons providing, hauling, or delivering equipment or materials, or providing labor or transportation or other services related to the project, regardless of the identity of their employer or status as an employee.

Call the Division of Workers' Compensation at 1-800-252-7031 or access the division's website at www.tdi.texas.gov/wc/indexwc.html to receive information on the legal requirement for coverage, to verify whether your employer has provided the required coverage, or to report an employer's failure to provide coverage.

TO THE EMPLOYER/CONTRACTOR:

Pursuant to Workers' Compensation Rule 110.110 (d)(7), a contractor engaged in a building or construction project for a government entity is required to post a notice on each project site informing all persons providing services on the project that they are required to be covered by workers' compensation insurance. The notice required by this does not satisfy other posting requirements imposed by the Texas Workers' Compensation Act or other Workers' Compensation Rules. This notice must:

- (1) be posted in English, Spanish and any other language common to the employer's employee population;
- (2) be displayed on each project site;
- (3) state how a person may verify current coverage and report failure to provide coverage;
- (4) be printed with a title in at least 30-point bold type and text in at least 19-point normal type; and
- (5) contain the exact words as prescribed in Rule 110.110 (d)(7).

The notice on the reverse side meets the above requirements. Failure to post the notice as required by this rule is a violation of the Act and Workers' Compensation Rules. The violator may be subject to administrative penalties.

COBERTURA REQUERIDA DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES

La ley requiere que cada persona que trabaja en este lugar o que proporciona servicios relacionados con este proyecto de construcción debe estar cubierta por un seguro de compensación para trabajadores. Esto incluye a personas que proporcionan, transportan, o entregan equipo o materiales, o que proporcionan mano de obra, transporte u otros servicios relacionados con este proyecto, sin importar la identidad del empleador o el estado como empleado.

Llame a la División de Compensación para Trabajadores (Division of Workers' Compensation, por su nombre en inglés) al 1-800-252-7031 o visite el sitio Web de la División en www.tdi.texas.gov/wc/indexwc.html para recibir información referente al requisito legal de cobertura, así como para verificar si su empleador ha proporcionado la cobertura requerida, o para reportar a un empleador que no proporciona cobertura.

AL EMPLEADOR/CONTRATISTA:

Según lo dispuesto en el Reglamento de Compensación para Trabajadores 110.110 (d)(7), es requerido que un contratista que esté involucrado en el proyecto de construcción de un edificio de entidad gubernamental muestre este aviso en cada lugar donde se lleva a cabo el proyecto para informarles a todas las personas que proporcionan servicios en el proyecto, que es requerido que se les proporcione un seguro de compensación para trabajadores. El aviso presentado aquí no satisface los requisitos para poner a la vista otros avisos que han sido impuestos por la Ley de Compensación para Trabajadores de Texas u otros Reglamentos de Compensación para Trabajadores. Este aviso debe:

- (1) ser puesto a la vista en inglés, español y cualquier otro idioma común para la población de los empleados del empleador
- (2) ser mostrado en cada sitio del proyecto
- (3) indicar cómo una persona puede verificar la cobertura actual y cómo se puede reportar en caso de que no se proporcione una cobertura
- (4) ser impreso con un título en letras de por lo menos un tamaño de 30 puntos en letra negrita, y el texto en por lo menos un tamaño de 19 puntos tipo normal; y
- (5) contener las palabras exactas tal como se ha señalado en el Reglamento 110.110 (d)(7).

El aviso que se muestra al reverso de esta página cumple con los requisitos señalados en la parte de arriba. El negarse a mostrar o proporcionar esta información, según lo requerido por este reglamento es una violación a la Ley de Compensación para Trabajadores de Texas y a los Reglamentos. El infractor puede estar sujeto a recibir multas administrativas.

DIVISION OF WORKERS' COMPENSATION
NOTICE REGARDING CERTAIN WORK-RELATED COMMUNICABLE
DISEASES AND ELIGIBILITY FOR WORKERS'
COMPENSATION BENEFITS

TO: LAW ENFORCEMENT OFFICERS, FIRE FIGHTERS, EMERGENCY MEDICAL SERVICE EMPLOYEES, PARAMEDICS, AND CORRECTIONAL OFFICERS

In order to qualify for workers' compensation benefits, an employee who claims a possible work-related exposure to a reportable disease, including HIV infection, must be tested for the disease not later than the 10th day after the exposure and must provide their employer with documentation of the test and a sworn affidavit of the date and circumstances of the exposure. The test result must indicate the absence of the disease. The employee is not required to pay for the test.

Reportable diseases are those communicable diseases and health conditions required to be reported to the Texas Department of State Health Services. Exposure criteria and testing protocol must conform to Texas Department of State Health Services requirements.

TO: ALL STATE EMPLOYEES

In order to qualify for workers' compensation benefits, a state employee who claims a possible work-related exposure to human immunodeficiency virus (HIV) infection, must be tested for HIV within 10 days after the exposure and must provide their employer with documentation of the test and a written statement of the date and circumstances of the exposure. The test result must indicate the absence of HIV infection. The employee is not required to pay for the test.

For additional information: Talk to your employer or call the Division of Workers' Compensation at 1-800-252-7031. Also, contact the Texas Department of State Health Services (DSHS) to ensure full compliance with the Health and Safety Code and DSHS rules.

EMPLOYERS OF EMERGENCY MEDICAL SERVICE EMPLOYEES, PARAMEDICS, FIRE FIGHTERS, LAW ENFORCEMENT OFFICERS OR CORRECTIONAL OFFICERS:

Pursuant to Workers' Compensation Rule 110.108, employers of emergency medical service employees, paramedics, fire fighters, law enforcement officers or correctional officers must post a notice informing employees about requirements contained in the Health and Safety Code which could affect qualifying for workers' compensation benefits following a work-related exposure to a reportable communicable disease. This notice must:

- 1) be posted in the employer's personnel office, if any;
- 2) be posted in the workplace where employees are likely to read the notice on a regular basis.
- 3) be printed with a title in at least 15 point bold type and the text in at least 14 point normal type
- 4) contain the text as set out in rule 110.108(d)
- 5) be posted in English and Spanish, or in English and any other language common to the employee's affected employee population.

The notice on the reverse side meets the above requirements. Failure to post the notice as required by this rule is a violation of the Texas Workers' Compensation Act and Division rules and may subject the violator to administrative penalties.

The cost of testing for exposure to a reportable communicable disease shall be paid by the employer's workers' compensation insurance carrier.

STATE AGENCIES:

Pursuant to Workers' Compensation Rule 110.108 each state agency must post a notice informing employees about requirements which may affect qualifying for workers' compensation benefits following a work related exposure to human immunodeficiency virus (HIV). The notice must:

- 1) be posted in the agency's personnel office;
- 2) be posted in the workplace where employees are likely to read the notice on a regular basis.
- 3) be printed with a title in at least 15 point bold type and the text in at least 14 point normal type
- 4) contain the text as set out in rule 110.108(d)
- 5) be posted in English and Spanish, or in English and any other language common to the employee's affected employee population.

The notice on the reverse side meets the above requirements. Failure to post the notice as required by this rule is a violation of the Texas Workers' Compensation Act and Division rules and may subject the violator to administrative penalties.

The cost of testing for exposure to a reportable communicable disease shall be paid by the employer's workers' compensation insurance carrier.

DO NOT POST THIS SIDE

**DIVISIÓN DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES
AVISO SOBRE CIERTAS ENFERMEDADES CONTAGIOSAS
RELACIONADAS CON EL TRABAJO Y LA ELEGIBILIDAD PARA OBTENER
BENEFICIOS DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES**

PARA: POLICÍAS, BOMBEROS, EMPLEADOS DE SERVICIOS MÉDICOS DE EMERGENCIA, PARAMÉDICOS, Y OFICIALES DEL DEPARTAMENTO DE CORRECCIONALES

Para poder calificar para recibir beneficios de compensación para trabajadores, el empleado que reclama que posiblemente fue expuesto a una enfermedad relacionada con el trabajo que debe ser reportada, incluyendo la infección del virus del VIH, debe hacerse un análisis de la enfermedad a no más tardar del 10º día después de haber sido expuesto y debe proporcionar al empleador documentación sobre el análisis y una declaración jurada por escrito (sworn affidavit, por su nombre en inglés) con la fecha y las circunstancias de la causa por la cual fue expuesto. Los resultados del análisis deben indicar la ausencia de la enfermedad. No es requerido que el empleado pague por el análisis.

Las enfermedades que deben ser reportadas son todas las enfermedades contagiosas y condiciones de salud que se requiere sean reportadas al Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (Texas Department of State Health Services, por su nombre en inglés). Los criterios de exposición y el protocolo del análisis deben cumplir con los requisitos del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas.

PARA: TODOS LOS EMPLEADOS ESTATALES

Para poder calificar para recibir beneficios de compensación para trabajadores, el empleado estatal que reclama que posiblemente fue expuesto a la infección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), la cual está relacionada con el trabajo, deberá hacerse un análisis de VIH dentro del transcurso de 10 días, después de haber sido expuesto y debe proporcionar al empleador documentación sobre el análisis y una declaración jurada por escrito (sworn affidavit, por su nombre en inglés) con la fecha y las circunstancias de la causa por la cual fue expuesto. Los resultados del análisis deben indicar la ausencia de la infección del VIH. No es requerido que el empleado pague por el análisis.

Para obtener más información: Hable con su empleador o llame a la División de Compensación para Trabajadores (Division of Workers' Compensation, por su nombre en inglés) al 1-800-252-7031. También, comuníquese con el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas para asegurarse que ha cumplido con los reglamentos del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas.

EMPLEADORES DE LOS EMPLEADOS DE SERVICIOS MÉDICOS DE EMERGENCIA, PARAMÉDICOS, BOMBEROS, POLICÍAS U OFICIALES DEL DEPARTAMENTO DE CORRECCIONALES:

Según lo dispuesto en el Reglamento 110.108, los empleadores de los empleados de servicios médicos de emergencia, paramédicos, bomberos, policías, u oficiales del departamento de correccionales deben poner a la vista avisos para informar a los empleados sobre los requisitos que contiene el Código de Seguridad y Salud (Health and Safety Code, por su nombre en inglés) el cual podría afectar el proceso de calificación para recibir los beneficios de compensación para trabajadores después de haber sido expuesto a una enfermedad contagiosa que debe ser reportada. Este aviso debe:

- 1) ser puesto a la vista en la oficina de personal del empleador, si es que la hay
- 2) ser puesto a la vista en el área de trabajo de tal manera que los empleados puedan leer el aviso regularmente
- 3) ser impreso con un título en letras de por lo menos un tamaño de 15 puntos en letra negrita, y el texto en por lo menos tamaño 14 puntos tipo normal
- 4) contener el texto que ha sido establecido en el Reglamento 110.108(d)
- 5) ser puesto a la vista en inglés y español, o en inglés y cualquier otro idioma común para la población de los empleados del empleador.

El aviso que se muestra al reverso de esta página cumple con los requisitos señalados en la parte de arriba. El negarse a mostrar o proporcionar esta información, según lo requerido por este reglamento es una violación a la Ley de Compensación para Trabajadores de Texas y a los reglamentos de la División y el infractor puede estar sujeto a recibir multas administrativas.

El costo del análisis de una enfermedad contagiosa que debe ser reportada deberá ser pagado por la aseguradora de compensación para trabajadores del empleador.

AGENCIAS ESTATALES:

Según lo dispuesto en el Reglamento de Compensación para Trabajadores 110.108 cada agencia estatal debe poner a la vista avisos donde se les informa a los empleados sobre los requisitos, los cuales pueden afectar el proceso de calificación para recibir los beneficios de compensación para trabajadores después de haber sido expuesto al virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Este aviso debe:

- 1) ser puesto a la vista en la oficina de personal de la agencia
- 2) ser puesto a la vista en el área de trabajo de tal manera que los empleados puedan leer el aviso regularmente
- 3) ser impreso con un título en letras de por lo menos un tamaño de 15 puntos en letra negrita, y el texto en por lo menos tamaño 14 puntos tipo normal
- 4) contener el texto que ha sido establecido en el Reglamento 110.108(d)
- 5) ser puesto a la vista en inglés y español, o en inglés y cualquier otro idioma común para la población de los empleados del empleador.

El aviso que se muestra al reverso de esta página cumple con los requisitos señalados en la parte de arriba. El negarse a mostrar o proporcionar esta información, según lo requerido por este reglamento es una violación a la Ley de Compensación para Trabajadores de Texas y a los reglamentos de la División y el infractor puede estar sujeto a recibir multas administrativas.

El costo del análisis de una enfermedad contagiosa que debe ser reportada deberá ser pagado por la aseguradora de compensación para trabajadores del empleador.

NO MOSTRAR ESTE LADO

NOTICE TO EMPLOYEES CONCERNING ASSISTANCE AVAILABLE IN THE WORKERS' COMPENSATION SYSTEM FROM THE OFFICE OF INJURED EMPLOYEE COUNSEL

Have you been injured on the job? As an injured employee in Texas, you have the right to free assistance from the **Office of Injured Employee Counsel (OIEC)**. OIEC is the state agency that assists unrepresented injured employees with their claim in the workers' compensation system.

You can contact OIEC by calling its toll-free telephone number: **1-866-393-6432**.

More information about OIEC and its Ombudsman Program is available at the agency's website (www.oiec.texas.gov).

OMBUDSMAN PROGRAM

What Is An Ombudsman? An Ombudsman is an employee of OIEC who can assist you if you have a dispute with your employer's insurance carrier. An Ombudsman's assistance is free of charge. Each Ombudsman has completed a comprehensive training program designed specifically to assist you with your dispute.

An Ombudsman can help you identify and develop the disputed issues in your case and attempt to resolve them. If the issues cannot be resolved, the Ombudsman can help you request a dispute resolution proceeding at the Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation.

Once a proceeding is scheduled an Ombudsman can:

- Help you prepare for the proceeding (Benefit Review Conference and/or Contested Case Hearing);
 - Attend the proceeding with you and communicate on your behalf; and
- Assist you with an appeal or a response to an insurance carrier's appeal, if necessary.



Figure 28 TAC §276.5(c) – September 2022

Aviso Para Los Empleados Sobre La Asistencia Disponible En El Sistema De Compensación Para Trabajadores Por Parte De La Oficina De Asesoría Pública Para El Empleado Lesionado

¿Se ha lesionado en el trabajo? Como empleado lesionado en Texas, usted tiene derecho a recibir asistencia gratuita por parte de la **Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado** (Office of Injured Employee Counsel –OIEC, por su nombre y siglas en inglés). OIEC es la agencia estatal que asiste a los empleados lesionados que no cuentan con representación legal con su reclamación en el sistema de compensación para trabajadores.

Usted puede comunicarse con OIEC llamando a su número de teléfono gratuito: **1-866-393-6432**.

Más información sobre OIEC y sobre el Programa de Ombudsman se encuentra disponible en el sitio web de la agencia (www.oiec.texas.gov).

Programa de Ombudsman

¿Qué es un Ombudsman? Un Ombudsman es un empleado de OIEC que le puede asistir si usted tiene una disputa con la aseguradora de su empleador. La asistencia por parte del Ombudsman es gratuita.

Cada Ombudsman ha completado un extenso programa de capacitación, el cual ha sido diseñado específicamente para asistirle a usted con su disputa.

Un Ombudsman puede ayudarle a identificar y desarrollar los asuntos en disputa en su caso e intentar resolverlos. Si los asuntos no pueden ser resueltos, el Ombudsman puede ayudarle a solicitar un procedimiento de resolución de disputas ante el Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores (Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation, por su nombre en inglés).

Una vez que el procedimiento ha sido programado, el Ombudsman puede:

- Ayudarle a prepararse para el procedimiento (Conferencia para Revisión de Beneficios [Benefit Review Conference, por su nombre en inglés] y/o Audiencia para Disputar Beneficios [Contested Case Hearing, por su nombre en inglés])
 - Asistir al procedimiento con usted y hablar en su nombre; y
- Ayudarlo a usted con una apelación o con una respuesta a la apelación de una aseguradora, si es necesario.



Título 28 del Código Administrativo de
Texas §276.5(c) – Septiembre de 2022



OFFICE OF INJURED EMPLOYEE COUNSEL

NORMAN DARWIN, PUBLIC COUNSEL

Notice of Injured Employee Rights and Responsibilities in the Texas Workers' Compensation System

As an injured employee in Texas, you have the right to free assistance from the Office of Injured Employee Counsel (OIEC). This assistance is offered at local offices across the State. These local offices also provide other workers' compensation system services from the Texas Department of Insurance (TDI). TDI is the State agency that administers and regulates the workers' compensation system through the Division of Workers' Compensation (DWC).

Many services provided by OIEC and DWC can be completed over the telephone. You can contact OIEC by calling the toll-free telephone number 1-866-EZE-OIEC (1-866-393-6432). Additional information, including office locations, is available on the Internet at: www.oiec.texas.gov. You can contact DWC by calling the toll-free telephone number 1-800-252-7031. Information about DWC is available on the Internet at: www.tdi.texas.gov.

Your Rights in the Texas Workers' Compensation System:

1. You have the right to hire an attorney to help you with your workers' compensation claim.

For assistance locating an attorney, contact the State Bar of Texas' lawyer referral service at 1-877-983-9227 or <http://www.texasbar.com/>. Attorney referral information can also be found on OIEC's website at www.oiec.texas.gov.

2. You have the right to receive assistance from OIEC if you do not have an attorney.

OIEC Customer Service Representatives and Ombudsmen are available to answer your questions and provide assistance with your workers' compensation claim by calling OIEC or visiting an OIEC office. **You must sign a written authorization before an OIEC employee can access information on your claim.** Call or visit an OIEC office to fill out the written authorization. Customer Service Representatives and Ombudsmen are trained in the field of workers' compensation and can help you with scheduling a dispute resolution proceeding about your workers' compensation claim. An Ombudsman can also assist you at a benefit review conference (BRC), contested case hearing (CCH), and an appeal. However, Ombudsmen cannot make decisions for you or give legal advice.

3. You may have the right to receive medical and income benefits regardless of who was at fault for your injury, with certain exceptions. Your beneficiaries may be entitled to death and burial benefits.

Information about the exceptions can be found at www.tdi.texas.gov or by visiting with OIEC staff.

4. You may have the right to receive medical care to treat your workplace injury or illness for as long as it is medically necessary and related to the workplace injury.

You may have the right to reimbursement of your incurred expenses after traveling to attend a medical appointment or required medical examination if the trip meets qualifying conditions.

5. You may have the right to receive income benefits for your work-related injury.

There are several types of income benefits and eligibility requirements. Information on the types of income benefits that may be available and the eligibility requirements can be found at www.tdi.texas.gov or by visiting with OIEC staff.

6. You may have the right to dispute resolution regarding income and medical benefits.

You may request Medical Dispute Resolution if you disagree with the insurance carrier regarding medical benefits. You may request Indemnity (Income) Dispute Resolution if you disagree with the insurance carrier regarding income benefits. The law provides that your dispute proceedings will be held within 75 miles from your residence.

7. You have the right to choose a treating doctor.



OFFICE OF INJURED EMPLOYEE COUNSEL

NORMAN DARWIN, PUBLIC COUNSEL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La información sobre las excepciones puede encontrarse en www.tdi.texas.gov o consultando al personal de OIEC.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. **Usted tiene la responsabilidad de saber si pertenece a una Red de Servicios Médicos de Compensación para Trabajadores (red) (Workers' Compensation Health Care Network -network).**
Si no sabe si pertenece a una red de servicios médicos, pregúntele al empleador para el cual usted trabajaba al momento en que ocurrió su lesión. Si pertenece a una red, es su responsabilidad seguir los reglamentos de dicha red. Si usted encuentra algo que no entiende, pregunte a su empleador o llame a OIEC. Si desea presentar una queja sobre una red, llame a la Línea de Ayuda al Consumidor de TDI (TDI's Consumer Help Line, por su nombre en inglés) al 1-800-252-3439 o presente su queja en línea en www.tdi.texas.gov/consumer/complfrm.html#wc.
3. **Si usted trabajó para una subdivisión política (p. ej. la ciudad, el condado o el distrito escolar) al momento en que sucedió su lesión, es su responsabilidad averiguar cómo recibir tratamiento médico.**
Su empleador debe poder proporcionar la información que usted necesita para determinar cuáles son los proveedores de servicios médicos que pueden atender su lesión relacionada con el trabajo.
4. **Usted tiene la responsabilidad de informar a su médico cómo es que usted se lesionó y determinar si la lesión está relacionada con el trabajo.**
5. **Usted tiene la responsabilidad de completar y enviar a DWC el Formulario DWC-041, Reclamo del Empleado para Compensación por una Lesión Relacionada con el Trabajo o Enfermedad Ocupacional.**
Usted cuenta con un año para enviar el formulario después de haberse lesionado o después de haberse enterado que su enfermedad podría estar relacionada con su trabajo. Complete y envíe el Formulario DWC-041 aun si ya está recibiendo beneficios. Usted puede perder su derecho a recibir beneficios si no envía a tiempo el formulario completo a DWC. Para obtener una copia del Formulario DWC-041 comuníquese con DWC o con OIEC.
6. **Usted tiene la responsabilidad de proporcionar su dirección actual, número de teléfono e información sobre su empleador a DWC y a la aseguradora. Usted puede comunicarse con DWC al 1-800-252-7031.**
7. **Usted tiene la responsabilidad de informarle a DWC y a la aseguradora cada vez que haya un cambio en el estado de su empleo o su salario.**
(Algunos ejemplos de cambios incluyen: si deja de trabajar a causa de su lesión; si usted regresa a trabajar; o si recibe una oferta de trabajo).
8. **Los beneficiarios que son elegibles o las personas que buscan obtener beneficios por causa de muerte o beneficios de gastos para el entierro, tienen la responsabilidad de completar y enviar a DWC el Formulario DWC-042, Reclamación del Beneficiario para Obtener Beneficios por Causa de Muerte dentro de un año, a partir de la fecha en que el empleado falleció.**
9. **Usted tiene prohibido hacer reclamaciones o demandas injustificadas o fraudulentas.**

If you are in a Workers' Compensation Health Care Network (network), you must choose your doctor from the network's treating doctor list. You may change your treating doctor once without network approval. If you are not in a network, you may initially choose any doctor who is willing to treat your workers' compensation injury; however, changing your treating doctor must be pre-approved by the DWC if you are not in a network. If you are employed by a political subdivision (e.g. city, county, school district,) you must follow its rules for choosing a treating doctor. It is important to follow all the rules in the workers' compensation system. **If you do not follow these rules, you may be held responsible for payment of medical bills.** OIEC staff can help you to understand these rules.

8. You have the right for your workers' compensation claim information to be kept confidential.

In most cases, the contents of your claim file cannot be obtained by others. Some parties have a right to know what is in your claim file, such as your employer or your employer's insurance carrier. Also, an employer that is considering hiring you may get limited information about your claim from DWC.

Your Responsibilities in the Texas Workers' Compensation System

1. You have the responsibility to tell your employer if you have been injured at work while performing the duties of your job. You must tell your employer within 30 days of the date you were injured or first knew your injury or illness might be work-related.

2. You have the responsibility to know if you are in a Workers' Compensation Health Care Network (network).

If you do not know whether you are in a network, ask the employer you worked for at the time of your injury. If you are in a network, you have the responsibility to follow the network rules. If there is something you do not understand, ask your employer or call OIEC. If you would like to file a complaint about a network, call TDI's Customer Help Line at 1-800-252-3439 or file a complaint online at <http://www.tdi.texas.gov/consumer/complfrm.html#wc>.

3. If you worked for a political subdivision (e.g., city, county, school district) at the time of your injury, you have the responsibility to find out how to receive medical treatment.

Your employer should be able to provide you with the information you will need in order to determine which health care providers can treat you for your workplace injury.

4. You have the responsibility to tell your doctor how you were injured and whether the injury is work-related.

5. You have the responsibility to send a completed Employee's Claim for Compensation for a Work-Related Injury or Occupational Claim Form (DWC041) to DWC.

You have one year to send the form after you were injured or first knew that your illness might be work-related. Send the completed DWC041 form even if you already are receiving benefits. You may lose your right to benefits if you do not timely send the completed claim form to DWC. For a copy of the DWC041 form you may contact DWC or OIEC.

6. You have the responsibility to provide your current address, telephone number, and employer information to DWC and the insurance carrier. DWC can be contacted at 1-800-252-7031.

7. You have the responsibility to tell DWC and the insurance carrier anytime there is a change in your employment status or wages. (Examples of changes include: you stop working because of your injury; you start working; or you are offered a job).

8. Eligible beneficiaries or persons seeking death and burial benefits have the responsibility to send a completed Beneficiary Claim for Death Benefits (DWC-042) to DWC within one year following the employee's date of death.

9. You are prohibited from making frivolous or fraudulent claims or demands.

WORKERS' COMPENSATION NOTICE

Employer: TRUSTEES OF DARTMOUTH COLLEGE

has complied with the provisions of the Workers' Compensation Act (§34A-2-101, Utah Code Annotated), the Utah Occupational Disease Act (§34A-3-101, Utah Code Annotated), and the rules of the Labor Commission by insuring the liability to pay the compensation and other benefits provided by said Acts through:

Insurance Company: NATIONAL FIRE INSURANCE COMPANY OF HARTFORD

Policy Number: 6024204717

Address for the above insurance company: 151 N. FRANKLIN ST., CHICAGO, IL 60606-1915

Telephone number: 1-877-CNA-ASAP (262-2727)

☐ Check here if the employer has been authorized by the Division of Industrial Accidents to self-insure and directly pay workers' compensation benefits.

WORKERS' COMPENSATION

Workers' Compensation is insurance which pays medical expenses and helps offset lost wages for employees with work-related injuries or illnesses. If you have an on-the-job injury or occupational disease, it may pay for: hospital and medical bills, time lost from work, permanent loss of body function, prosthetic devices, and burial and dependent benefits in case of death.

HOW TO REPORT AN ACCIDENT

1. Report the injury, no matter how slight, immediately to your supervisor. You may lose your rights if your injury is not reported within 180 days of the injury or work-related illness.
2. Ask your employer where you should go for treatment. If your employer has a first-aid room or company designated doctor, go there promptly for treatment. If not, go to a doctor of your choice.
3. Tell the doctor **HOW, WHEN and WHERE** the accident happened. The doctor will fill out a physician's initial report form. A copy of the report is given to you and copies of the report are sent to the insurance company and the Labor Commission within seven (7) days of your doctor visit.
4. Your employer shall fill out the employer's first report of injury form. A copy of this report is sent to the insurance company within seven (7) days of the accident. The insurance company will report the injury to the Labor Commission.

HOW TO START COMPENSATION

1. Ask your employer which insurance company pays workers' compensation benefits for the company.
2. Ask your employer to report the accident to the insurance company and give you the claim number.
3. Call the insurance company and ask them to start your workers' compensation benefits. The insurance company will require the employer's report, the physician's report, and may ask you to fill out a request for compensation. Cooperate with the adjuster's investigation of the injury.
4. Ask your doctor to send medical reports to the insurance company, including the work status statement.

REHABILITATION

If you cannot return to work, you may be eligible for a rehabilitation program. Contact the insurance company listed above or the Utah State Office of Rehabilitation.

FRAUD STATEMENT: "Any person who knowingly presents false or fraudulent underwriting information, files or causes to be filed a false or fraudulent claim for disability compensation or medical benefits, or submits a false or fraudulent report or billing for health care fees or other professional services is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison."



160 East 300 South 3rd Floor P.O. Box 146610 Salt Lake City, Utah 84114-6610

Office: (801)-530-6800 Fax: (801)-530-6804 Toll Free: (800)-530-5090 www.laborcommission.utah.gov

If you want copy of an *Employee's Guide to Workers' Compensation* booklet or have questions, contact the Labor Commission or go to the webpage at www.laborcommission.utah.gov.

Note: This notice must be posted and kept continuously in public and conspicuous places in the office, shop or place of business of the employer as per §34A-2-204 and §34A-2-104.5, Utah Code Annotated.

AVISO DE COMPENSACIÓN PARA LOS TRABAJADORES

La Empresa: TRUSTEES OF DARTMOUTH COLLEGE

Ha cumplido con las disposiciones de la Ley de Compensación para los Trabajadores (§34A-2-101, Código de Utah Anotado), la Ley de Enfermedades Ocupacionales de Utah (§34A-3-101, Código de Utah Anotado), y las reglas de la Comisión Laboral por asegurando la obligación de pagar compensación y otros beneficios previstos por las Leyes y teniendo cobertura con:

Compañía de Seguros: NATIONAL FIRE INSURANCE COMPANY OF HARTFORD

Numero de Póliza: 6024204717

Dirección de la compañía de seguros: 151 N. FRANKLIN ST., CHICAGO, IL 60606-1915

Numero de teléfono: 1-877-CNA-ASAP (262-2727)

☐ Marque aquí si la División de Accidentes Industriales ha autorizado el empleador a tener el auto-seguro y pagar los beneficios de compensación directamente al trabajador.

COMPENSACIÓN PARA LOS TRABAJADORES

Compensación para los trabajadores es un seguro que paga los gastos médicos y ayuda a compensar los salarios perdidos de los empleados con lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo. Si usted tiene una lesión en el trabajo o una enfermedad ocupacional, puede pagar: facturas hospitalarias y médicas, pérdida de tiempo del trabajo, pérdida permanente de la función corporal, dispositivos protésicos y servicios funerarios y beneficios para dependientes en caso de muerte.

COMO REPORTAR UNACCIDENTE

1. Informe inmediatamente a su supervisor de la lesión. Usted puede perder sus derechos si no reporte su lesión o enfermedad relacionada con el trabajo dentro de 180 días.
2. Pregunte a su empleador dónde debe ir para recibir tratamiento. Si su empleador tiene un clínico designado, vaya allí de inmediato para recibir tratamiento. Si no tiene un clínico designado, vaya a un médico de su elección.
3. Informe al doctor **CÓMO, CUÁNDO y DÓNDE** ocurrió el accidente. El médico llenará el formulario de informe inicial del médico. Usted debe recibir una copia del informe y copias se envían a la compañía de seguros y a la Comisión Laboral dentro de siete (7) días de su visita al médico.
4. Su empleador llenará el formulario de informe inicial del empleador. Usted debe recibir una copia del informe y una copia se envía a la compañía de seguros dentro de siete (7) días. La compañía de seguros es responsable a reportar a la Comisión Laboral.

COMO EMPEZAR COMPENSACIÓN

1. Pregunte a su empleador qué compañía de seguros pagará los beneficios de compensación para los trabajadores.
2. Pídale a su empleador que reporte el accidente a la compañía de seguros y que le dé el número de reclamo.
3. Llame a la compañía de seguros y pídale que inicien sus beneficios de compensación para trabajadores. La compañía de seguros requerirá el informe del empleador, el informe del médico, y puede pedirle a usted que llene una solicitud de compensación. Cooperar con la investigación del ajustador sobre la lesión.
4. Pídale a su médico que envíe informes médicos a la compañía de seguros, incluyendo la declaración de estado de trabajo.

REHABILITACIÓN

Si no puede regresar al trabajo, puede ser elegible para un programa de rehabilitación. Póngase en contacto con la compañía de seguros mencionada anteriormente o con la Oficina de Rehabilitación del Estado de Utah.

DECLARACIÓN DE FRAUDE: “Cualquier persona que a sabiendas presente información falsa o fraudulenta de suscripción de seguros, archivos o causas para presentar una reclamo falso o fraudulento por compensación de incapacidad o beneficios médicos, o presente un informe o facturación falsa o fraudulenta por gastos médicos u otros servicios profesionales es culpable de un crimen y pueden ser sujetos a multas y confinamiento en una prisión estatal.”



160 East 300 South 3rd Floor P.O. Box 146610 Salt Lake City, Utah 84114-6610

Teléfono: (801)-530-6800 Fax: (801)-530-6304 Línea gratuita: (800)-530-5090 www.laborcommission.utah.gov

Si desea una copia del folleto de *la Guía Sobre el Seguro de Compensación Para los Trabajadores* o tiene preguntas, comuníquese con la Comisión Laboral o visite la página web en www.laborcommission.utah.gov.

Nota: Este aviso debe ser publicado y mantenido continuamente en lugares públicos y visibles en la oficina, tienda o lugar de negocios del empleador según §34A-2-204 y §34A-2-104.5, Código de Utah Anotado.

Rev 10/2019

WORKERS' COMPENSATION NOTICE

The employees of this business are covered by the Virginia Workers' Compensation Act. In case of injury by accident or notice of an occupational disease:

THE EMPLOYEE SHOULD:

1. Immediately give notice to the employer, in writing, of the injury or occupational disease and the date of accident or notice of the occupational disease.
2. Promptly give to the employer and to the Virginia Workers' Compensation Commission notice of any claim for compensation for the period of disability beyond the seventh day after the accident. In case of fatal injuries, notice must be given by one or more dependents of the deceased or by a person in their behalf.
3. In case of failure to reach an agreement with the employer in regard to compensation under the act, file application with the Commission for a hearing within two years of the date of accidental injury or first communication of the diagnosis of an occupational disease.
4. If medical treatment is anticipated for more than two years from the date of the accident and no award has been entered, the employee should file a claim with the Commission within two years from the date of the accident.

NOTE: The employer's report of accident is not the filing of a claim for the employee.

THE EMPLOYER SHOULD:

1. At the time of the accident, give the employee the names of at least three physicians from which the employee may select the treating physician.
2. Report the injury to the Commission through your carrier or directly to the Commission.
3. Accurately determine the employee's average weekly wage, including overtime, meals, uniforms, etc.

Questions may be answered by contacting the Commission. A booklet explaining the Workers' Compensation Act is available without cost from:

THE VIRGINIA WORKERS' COMPENSATION COMMISSION
333 E. Franklin St
Richmond, Virginia 23219

1-877-664-2566
www.workcomp.virginia.gov

Every employer within the operation of the Virginia Workers' Compensation Act **MUST POST THIS NOTICE IN A CONSPICUOUS PLACE** in his place of business.

NOTICIA SOBRE COMPENSACIÓN LABORAL

Los empleados de ésta empresa estan cubiertos por la Ley de Compensacion Para Los Trabajadores de Virginia (Virginia Workers' Compensation Act). En caso de lesion por accidente o aviso de una enfermedad ocupacional:

EL EMPLEADO DEBE:

1. Dar aviso inmediato, por escrito, al empleador sobre lesiones o enfermedad ocupacional y dar la fecha del accidente o del aviso de la enfermedad ocupacional.
2. Dar aviso inmediato al empleador y a "Virginia Workers' Compensation Commission" de cualquier reclamo por compensación por periodos de incapacidad de más de siete dias despues del accidente. En caso de lesiones fatales, el aviso debe ser dado por uno o mas de los dependientes o herederos del difunto o las personas que los representan.
3. Presentar una solicitud a la Comisión para una audiencia dentro de dos años de la fecha de la lesión por accidente or de la primera comunicación del diagnóstico de enfermedad ocupacional, si no llega a un acuerdo con el empleador en relacion al pago de compensación bajo la Ley.
4. Presentar una solicitud a la Comisión dentro de los dos años de la fecha del accidente, si el tratamiento médico es anticipado por mas de dos años de la fecha del accidente y el empleado no ha recibido una orden de la Comisión.

NOTA: El reporte de accidente del empleador no es la presentacion del reclamo del empleado. El pago voluntario sueldos o compensacion durante la incapacidad o de los gastos medicos, no afecta el transcurso de la limitación del tiempo para presentar reclamos. La Comisión debe de dar una orden cubriendo acuerdos voluntarios y si no, una reclamación debe de ser presentada por el empleado dentro de los dos anos del accidente; un año en caso de fallecimiento.

EL EMPLEADOR DEBE:

1. Al momento del accidente, dar al empleado los nombres de por lo menos tres médicos, de los cuales el empleado puede escoger un médico para su tratamiento.
2. Reportar las lesiones a la Comision a traves de su representate o directamente a la Comisión.
3. Determinar exactamente el salario semanal del empleado, incluyendo sobretiempo, comidas, uniformes, etc.

Preguntas pueden ser contestadas llamando a la Comision. Un folleto explicando la Ley de Compensación Para Los Trabajadores esta disponible sin costo de:

THE VIRGINIA WORKERS' COMPENSATION COMMISSION
333 E. Franklin St., Richmond, Virginia 23219
1-877-664-2566
vwc.state.va.us

Cada empleador dentro de la operacion de la Ley de Compensacion Para Trabajadores en Virginia, DEBE DE EXPONER ESTE AVISO EN UN LUGAR VISIBLE, en la empresa o lugar de negocios.

Employer's Liability and Workers' Compensation NOTICE TO EMPLOYEES

This employer, TRUSTEES OF DARTMOUTH COLLEGE, has complied with the provisions of Title 21 of the Vermont Statutes, Annotated §687, by obtaining Workers' Compensation Insurance coverage through:

NATIONAL FIRE INSURANCE COMPANY OF HARTFORD
(Insurance Carrier)

Workers' Compensation benefits for lost time, medical expenses, disability or death because of a work-related injury are available through the above-named company.

- An injured employee **MUST** immediately notify his/her employer of an injury.
- The employer **MUST** file an Employee Claim and Employer's First Report of Injury (Form 1) with the Vermont Department of Labor within 72 hours of the notice of an injury that requires medical attention or results in time lost from work. The employer must also provide a copy of the Form 1 to the injured worker and to the insurance carrier.
- If the employer fails to file a First Report, an employee may file a Notice of Injury and Claim for Compensation (Form 5) with the Vermont Department of Labor within six months of the date of injury.
- Information about injured worker rights and benefits is available on the Department's **Workers' Compensation** website at labor.vermont.gov/workers-compensation or by calling (802) 828-2286 or TDD 800-650-4152.

WC-10 (12/05)

Equal Opportunity is the Law

The State of Vermont is an Equal Opportunity/Affirmative Action Employer. Applications from women, individuals with disabilities, and people from diverse cultural backgrounds are encouraged. Auxiliary aids and services are available upon request to individuals with disabilities.

WISCONSIN WORKER'S COMPENSATION NOTICE TO INJURED WORKERS AND EMPLOYERS

The State of Wisconsin requires this employer to have worker's compensation insurance coverage.

Both employees and employers have rights and responsibilities under the worker's compensation law.

In Case of Work Injuries

Employee

1. Immediately report any work injury or suspected occupational disease to your supervisor, Human Resources department, or other designated employer representative.
2. Get medical treatment as soon as possible. You have the right to choose your own doctor for work injuries.
3. Give your employer a copy of your doctor's note detailing your work restrictions or taking you off work.

Employer

1. Complete and submit a first report of injury (form WKC-12) to notify your worker's compensation insurance company of any work injury or suspected occupational disease. Fatal claims must be reported within 24 hours.
2. Submit any bills for the injured worker's medical care to your adjuster. Make sure to include the claim number.
3. Let your adjuster know if you will be able to accommodate any restrictions related to the work injury.

This employer's worker's compensation insurance carrier or claim administrator is:

NATIONAL FIRE INSURANCE COMPANY OF HARTFORD

Name of Insurance Carrier or Claim Administrator

151 N. FRANKLIN ST.,

Mailing Address

CHICAGO, IL 60606-1915

City, State, Zip Code

1-877-CNA-ASAP (262-2727)

Telephone Number

If you have questions about work injuries, please contact:



PO Box 7901
Madison, WI 53707-7901
DWDDWC@dwd.wi.gov
(608) 266-1340



The Department of Workforce Development is an equal opportunity employer and service provider. If you have a disability and need to access this information in an alternate format or need it translated to another language, please contact us.

NOTICE

The undersigned, an employer within the meaning of the Workers' Compensation Law of the State of West Virginia, hereby gives notice to employees that the employer has secured the payment of Compensation to its employees and their dependents in accordance with the provisions of said law, by insuring with:

Insurer: NATIONAL FIRE INSURANCE COMPANY OF HARTFORD

Business Address: 151 N. FRANKLIN ST. CHICAGO, IL 60606-1915

Phone: 1-877-CNA-ASAP (262-2727)

For questions about a claim, contact:

Employer representative: _____

Business Address: _____

Phone: _____

TRUSTEES OF DARTMOUTH COLLEGE

Employer