

---

ESIS<sup>®</sup> LAUSD OCIP V  
Claim Reporting

## Workers' Compensation LAUSD OCIP Insurance Procedures

### Before an Injury Occurs:

- 1. Locate clinic/hospital. Post MPN Provider/DWC-7 poster with required information. [www.esis.com/awcmpn](http://www.esis.com/awcmpn)
- 2. Post all required Notices: Stop Fraud Poster and Notice to Employees - Injuries caused by work.



### After an Injury Occurs:

- 1. Complete the WC Wrap-up Report Form and report the claim by phone at 844-621-9183 Client VDN: 3165563
  - **The following information must be obtained prior to reporting the claim**  
**1) Project/School Name, 2) Project/School Address, 3) Employer Name,**  
**4) Prime Contractor's Contract Number with LAUSD.**  
**5) Include the name and phone number of OAR.**
- 2. Provide Claim Form (DWC-1) to employee within 24 hours of reported injury. 1) The claim form should be completed on the day the claim form is provided to the employee by both the employee and employer. 2) Give the employee a copy of the DWC-1 and top sheet - Notice of Potential Eligibility.
- 3. Direct all employees to a ESIS MPN Provider (see ESIS MPN LAUSD Overview); complete the Medical Identification Form and provide to the injured employee as authorization to seek medical attention.

### Serious Losses:

Serious accidents include, but are not limited to, death, head, spinal cord injuries and serious burns. Must provide:

- 1) contact number for employee,
- 2) OAR name and phone #,
- 3) Name and Phone # of hospital or medical facility where employee was sent,
- 4) Project/School Name,
- 5) Project/School Address,
- 6) Employer Name,
- 7) Prime Contractor's contract number with LAUSD.

# Direct Claim Reporting Information

**LAUSD OCIP V**

Call-in: 844-621-9183

VDN: 3165563

ESIS®

---

# New Claim Report

---

LOB: Worker's Comp

---

VDN: 3165563

---

Account Name:  
LAUSD OCIP V

---

**Client Specific Coding to be captured:**

**Notes:**

### LAUSD OCIP V

Phone: 844-621-9183

Entity Name			
Contract Number			
Location Code			
Date Reported to Employer			
Date of Loss/Injury			
Loss Address		Address 2:	
Loss City		Loss State	Loss Zip Code

Incident Reported By		Title	
Phone			

Loss Description	
------------------	--

Was the accident / injury witnessed?		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Witness Name:		Phone #:	
Witness Name:		Phone #:	

Claimant Information			
SSN		Job Title	
First Name		Middle Initial	
Last Name		Address 2	
City		State	Zip Code
Home Phone		Work Phone	
Gender		Date of Birth	
Marital Status		Date of Death	
# of Dependents		Status	<input type="checkbox"/> Active <input type="checkbox"/> Retired <input type="checkbox"/> Seasonal <input type="checkbox"/> Temporary <input type="checkbox"/> Terminated
PT/FT	<input type="checkbox"/> Part-Time <input type="checkbox"/> Full-Time	Date of Hire	
		Termination Date	
Wage Amount		Frequency	<input type="checkbox"/> Hourly <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Bi-Weekly <input type="checkbox"/> Bi-Monthly <input type="checkbox"/> Semi-Monthly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Annually <input type="checkbox"/> Unknown

## Worker's Compensation Claim

Supervisor Name		Supervisor Title	
Supervisor Phone		Ext	
Will miss work beyond date of injury?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown	Date Last Worked	
Returned to Work Date		Salary Continued	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
Received Full Wages?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown	Contact Name (for this report)	
Contact Phone Number		Ext	

Complete if Medical Treatment Provided			
Hospital/Clinic Name		Doctor Name	
Address		Address cont'd	
Hospital/Clinic Phone #		Doctor Phone #	
City		State	Zip Code
Transportation Type	<input type="checkbox"/> 3 <sup>rd</sup> Party <input type="checkbox"/> Air <input type="checkbox"/> Ambulance <input type="checkbox"/> Drove Self <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> None		

Supplemental Questions	
1. Initial Medical Treatment	<input type="checkbox"/> No Treatment <input type="checkbox"/> Minor: By Employer <input type="checkbox"/> Minor: Clinic/Hospital <input type="checkbox"/> Emergency Care <input type="checkbox"/> Hospitalized > 24 Hours <input type="checkbox"/> Major: Clinic/Hospital <input type="checkbox"/> Unknown
2. Employee Email Address:	
3. Employee Department:	
Notes/Additional Comments:	



**LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT OCIP V**  
**SITE TREATMENT AUTHORIZATION FORM**

Contractor Name: \_\_\_\_\_

Employee Name: \_\_\_\_\_

Project Contact Name & Phone #: \_\_\_\_\_

Date of Injury: \_\_\_\_\_ Time of Injury: \_\_\_\_\_

Type of Injury/Illness Sustained: \_\_\_\_\_

**THIS COMPLETED FORM MUST BE RETURNED TO THE PROJECT BY THE EMPLOYEE SO HE/SHE CAN RETURN TO WORK**

This certifies that the above-named individual is employed on a **Los Angeles Unified School District OCIP V** (Owner Controlled Insurance Program) Project. Workers Compensation coverage is provided by **Starr**. Please provide appropriate evaluation and treatment, and bill to the address below. **Post-accident drug screening is required for all covered workers seeking medical evaluation/treatment. Return To Work Program in-place; employers expected to provide light/restricted duty work.**

Site Approval (Print): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Site Approval Signature: \_\_\_\_\_

THIS SECTION MUST BE COMPLETED BY THE ATTENDING PHYSICIAN

Diagnosis: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

1. Is the Employee able to return to work?  
 Full Duty \_\_\_\_\_ Restricted Duty \_\_\_\_\_ Total Disability \_\_\_\_\_  
 If restricted duty was selected, briefly describe restrictions: \_\_\_\_\_
2. Will employee require any follow up treatment? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 If yes was selected, when is the next scheduled visit?  
 Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Time \_\_\_\_\_ Est. # of follow up visits \_\_\_\_\_
3. I am aware of the restrictions placed on me by the treating Physician:

Employees Name (Please print): \_\_\_\_\_

Employees' Signature: \_\_\_\_\_

Physicians' Name (Please print): \_\_\_\_\_

**Bills should be sent to:**  
**ESIS WC Claims**  
**RE: LAUSD OCIP V**  
**P.O. Box 6569**  
**Scranton, PA 18505-6569**

**Questions should be referred to:**  
**818-428-3681**  
**Maria Flores, Team Leader**

# ESIS Pharmacy Impact<sup>sm</sup> First Fill Program

## Medical Programs

ESIS<sup>®</sup>



ESIS Pharmacy Impact is a fully integrated pharmacy program that is designed to provide complete control of pharmacy services beginning with the first prescription throughout the life of the claim. There are no out-of-pocket expenses for injured workers in our First Fill program, and there is minimal financial risk to the payer.

### **How our First Fill Program Works**

---

When utilizing our First Fill program, an injured worker is given information to take to the pharmacy along with his or her prescriptions. This information can be in the form of a preprinted prescription card, employer information form, or simply a toll-free telephone number. At the pharmacy, the pharmacist uses the information to submit prescriptions for the injured worker. No calls are made to the employer for authorization, and the approved injured worker receives a prescription at no out-of-pocket expense. ESIS Pharmacy Impact bills the payer in accordance with our agreement.

### **Our Pharmacy Network**

---

Our pharmacy network includes more than 65,000 pharmacies, including many of the major drug stores, mass retailers, and grocery store chains.

### **First Fill Program Benefits**

- Our First Fill program is designed to allow injured workers to receive medications in a most expedient manner at no cost to them
- ESIS Pharmacy Impact/Optum assumes the financial cost until the claim is deemed compensable (not to exceed 14 days)
- The program is designed to offer flexible options for injured workers to receive their initial prescriptions
- ESIS Pharmacy Impact works hand-in-hand with claim managers to define optimal program options
- First Fill prescriptions are processed online against specific plan parameters
- Our First Fill program provides up to a 30-day supply of medications
- The program ensures cost savings captured from the first prescription



Note: Payment of benefits under this prescription plan is not an indication that the workers compensation claim will qualify for coverage under any applicable workers compensation policy or plan.

### **Learn More**

---

To see how ESIS Pharmacy Impact can work for you, contact the ESIS Customer Service Center at 888.944.ESIS (3747).



## Prescription Program for Work-Related Injuries

Injured Worker	
<b>No Cost</b>	<p><b>STEP 1</b> Complete the information requested in the bottom portion below.</p> <p><b>STEP 2</b> Present this form to your pharmacist along with the prescriptions for your work-related injury.</p>
<b>No Delay</b>	ESIS Pharmacy Impact, administered by Optum, is available at nearly 60,000 pharmacies nationwide. This includes all of the national chains; however, if you need assistance with locating a nearby pharmacy, please call the Optum Client Services team at 1-888-944-ESIS (3747).
<b>Feel Better Faster</b>	Please note that Optum is valid only for medications prescribed to treat your compensable work-related injury. You or your group health insurer are financially responsible for any other prescriptions. <b>Payment of benefits under this prescription plan is not an indication that your workers' compensation claim will qualify for coverage under any applicable workers' compensation policy or plan.</b> The workers' compensation carrier or plan will determine the compensability of the claim.

### Pharmacy Instructions

The injured worker's Project Owner, **LAUSD OCIP V** participates in the ESIS Pharmacy Impact program administered by Optum. If you have questions about this program, please contact the Optum Client Services team, 24 hours a day, 7 days a week at 1-888-944-ESIS (3747). Please submit all prescription claims electronically.

*Pharmacy: You will not be required to submit any paperwork for this claim and payment is guaranteed for all electronically accepted claims.*

	
<p><b>Pharmacy:</b> At the request of the work-related injury policyholder for this customer, please use the following information to process all work-related injury prescriptions online.</p>	
<p><b>Associate Name:</b> _____</p> <p><b>Date of Injury:</b> ____/____/____</p> <p><b>SSN:</b> ____-____-____</p> <p><b>Project Owner:</b> LAUSD OCIP V ESIS Pharmacy Impact</p>	<p><b>RX PROGRAM ADMINISTERED BY:</b> Tmesys</p> <p><b>GROUP NUMBER:</b> ESISFF</p> <p><b>BIN NUMBER:</b> 004261                      002538</p> <p><b>Member ID:</b> Use the date of injury (YYMMDD) plus SSN as Member ID. For example, if date of injury is January 2, 2023 and SSN is 123456789, the Member ID is 230102123456789.</p>

*(Above information to be completed by injured worker or Supervisor)*

\*Optum\* includes PMSI, LLC dba Optum Workers' Compensation Services of Florida and Progressive Medical, LLC dba Optum Workers' Compensation Services of Ohio.

## Programa de recetas para lesiones ocupacionales

Empleado lesionado	
<b>Sin costo</b>	<p><b>Paso 1</b> Complete la información que se solicita en la parte inferior.</p> <p><b>Paso 2</b> Presente este formulario a su farmacéutico junto con las recetas para su lesión ocupacional.</p>
<b>Sin demoras</b>	Optum, administra el programa ESIS Pharmacy Impact, el cual se ofrece en casi 60,000 farmacias en todo el país. Incluye a todas las cadenas nacionales, pero si necesita ayuda para encontrar una farmacia cerca de usted, por favor llame al equipo de Servicios al Cliente de Optum al <b>1-888-944-ESIS (3747)</b> .
<b>Siéntase mejor mas rápido</b>	Tome nota que Optum sólo es válido para los medicamentos recetados para el tratamiento de su lesión ocupacional compensable. Usted o su seguro médico de grupo tiene la responsabilidad financiera de cualquier otro medicamento con receta. <b>El pago de beneficios conforme a este plan de recetas no es una indicación de que su reclamo del seguro de compensación al trabajador calificará para recibir cobertura con cualquier póliza o plan del seguro de compensación al trabajador aplicable.</b> La aseguradora del seguro de compensación a los trabajadores determinará si la reclamación califica para compensación.

### Pharmacy Instructions

The injured worker's Project Owner, **LAUSD OCIP V**, participates in the ESIS Pharmacy Impact program administered by Optum. If you have questions about this program, please contact the Optum Client Services team, 24 hours a day, 7 days a week at 1-888-944-ESIS (3747). Please submit all prescription claims electronically.

*Pharmacy: You will not be required to submit any paperwork for this claim and payment is guaranteed for all electronically accepted claims.*

OPTUM®		tmesys®	
<b>Pharmacy:</b> At the request of the work-related injury policyholder for this customer, please use the following information to process all work-related injury prescriptions online.			
<b>Associate Name:</b> _____		<b>RX PROGRAM ADMINISTERED BY:</b> Tmesys	
<b>Date of Injury:</b> ____/____/____		<b>GROUP NUMBER:</b> ESISFF	
<b>SSN:</b> _____-____-_____		<b>BIN NUMBER:</b> 004261	002538
<b>Project Owner:</b> LAUSD OCIP V ESIS Pharmacy Impact		<b>Member ID:</b> Use the date of injury (YYMMDD) plus SSN as Member ID. For example, if date of injury is January 2, 2023 and SSN is 123456789, the Member ID is 230102123456789.	

*(Above information to be completed by injured worker or Supervisor)*

STATE OF CALIFORNIA - DEPARTMENT OF INDUSTRIAL RELATIONS  
Division of Workers' Compensation



Notice to Employees--Injuries Caused By Work

You may be entitled to workers' compensation benefits if you are injured or become ill because of your job. Workers' compensation covers most work-related physical or mental injuries and illnesses. An injury or illness can be caused by one event (such as hurting your back in a fall) or by repeated exposures (such as hurting your wrist from doing the same motion over and over).

**Benefits.** Workers' compensation benefits include:

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

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

**If You Get Hurt:**

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

MPN website: www.esis.com/awcmpn

MPN Effective Date: 05/01/2023 MPN Identification number: 2433

If you need help locating an MPN physician, call your MPN access assistant at: 844-622-3747

If you have questions about the MPN or want to file a complaint against the MPN, call the MPN Contact Person at: 833-709-6755

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

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

Claims Administrator ESIS, Inc. Phone \_\_\_\_\_

Workers' compensation insurer Starr Indemnity & Liability Company (Enter "self-insured" if appropriate)

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

**False claims and false denials.** Any person who makes or causes to be made any knowingly false or fraudulent material statement or material representation for the purpose of obtaining or denying workers' compensation benefits or payments is guilty of a felony and may be fined and imprisoned.

Your employer may not be liable for the payment of workers' compensation benefits for any injury that arises from your voluntary participation in any **off-duty, recreational, social, or athletic activity** that is not part of your work-related duties.



## Aviso a los Empleados—Lesiones Causadas por el Trabajo

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

**Beneficios.** Los beneficios de compensación de trabajadores incluyen:

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

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

**Si Usted se Lastima:**

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

Página web de la MPN: [www.esis.com/awcmpn](http://www.esis.com/awcmpn)

Fecha de vigencia de la MPN: \_\_\_\_\_ Número de identificación de la MPN: **2433**

Si usted necesita ayuda en localizar un médico de una MPN, llame a su asistente de acceso de la MPN al: **844-622-3747**

Si usted tiene preguntas sobre la MPN o quiere presentar una queja en contra de la MPN, llame a la Persona de Contacto de la MPN al: **833-709-6755**

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

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

Administrador de Reclamos **ESIS, Inc.**

Teléfono **800-654-5374**

Asegurador del Seguro de Compensación de trabajador **Starr Indemnity & Liability Company** (Anoté "autoasegurado" si es apropiado)

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

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

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



## Workers' Compensation Claim Form (DWC 1) & Notice of Potential Eligibility Formulario de Reclamo de Compensación de Trabajadores (DWC 1) y Notificación de Posible Elegibilidad

If you are injured or become ill, either physically or mentally, because of your job, including injuries resulting from a workplace crime, you may be entitled to workers' compensation benefits. Use the attached form to file a workers' compensation claim with your employer. **You should read all of the information below.** Keep this sheet and all other papers for your records. You may be eligible for some or all of the benefits listed depending on the nature of your claim. If you file a claim, the claims administrator, who is responsible for handling your claim, must notify you within 14 days whether your claim is accepted or whether additional investigation is needed.

To file a claim, complete the "Employee" section of the form, keep one copy and give the rest to your employer. Do this right away to avoid problems with your claim. In some cases, benefits will not start until you inform your employer about your injury by filing a claim form. Describe your injury completely. Include every part of your body affected by the injury. If you mail the form to your employer, use first-class or certified mail. If you buy a return receipt, you will be able to prove that the claim form was mailed and when it was delivered. Within one working day after you file the claim form, your employer must complete the "Employer" section, give you a dated copy, keep one copy, and send one to the claims administrator.

**Medical Care:** Your claims administrator will pay for all reasonable and necessary medical care for your work injury or illness. Medical benefits are subject to approval and may include treatment by a doctor, hospital services, physical therapy, lab tests, x-rays, medicines, equipment and travel costs. Your claims administrator will pay the costs of approved medical services directly so you should never see a bill. There are limits on chiropractic, physical therapy, and other occupational therapy visits.

**The Primary Treating Physician (PTP)** is the doctor with the overall responsibility for treatment of your injury or illness.

- If you previously designated your personal physician or a medical group, you may see your personal physician or the medical group after you are injured.
- If your employer is using a medical provider network (MPN) or Health Care Organization (HCO), in most cases, you will be treated in the MPN or HCO unless you pre-designated your personal physician or a medical group. An MPN is a group of health care providers who provide treatment to workers injured on the job. You should receive information from your employer if you are covered by an HCO or a MPN. Contact your employer for more information.
- If your employer is not using an MPN or HCO, in most cases, the claims administrator can choose the doctor who first treats you unless you pre-designated your personal physician or a medical group.
- If your employer has not put up a poster describing your rights to workers' compensation, you may be able to be treated by your personal physician right after you are injured.

Within one working day after you file a claim form, your employer or the claims administrator must authorize up to \$10,000 in treatment for your injury, consistent with the applicable treating guidelines until the claim is accepted or rejected. If the employer or claims administrator does not authorize treatment right away, talk to your supervisor, someone else in management, or the claims administrator. Ask for treatment to be authorized right now, while waiting for a decision on your claim. If the employer or claims administrator will not authorize treatment, use your own health insurance to get medical care. Your health insurer will seek reimbursement from the claims administrator. If you do not have health insurance, there are doctors, clinics or hospitals that will treat you without immediate payment. They will seek reimbursement from the claims administrator.

### Switching to a Different Doctor as Your PTP:

- If you are being treated in a Medical Provider Network (MPN), you may switch to other doctors within the MPN after the first visit.
- If you are being treated in a Health Care Organization (HCO), you may switch at least one time to another doctor within the HCO. You may switch to a doctor outside the HCO 90 or 180 days after your injury is reported to your employer (depending on whether you are covered by employer-provided health insurance).
- If you are not being treated in an MPN or HCO and did not pre-designate, you may switch to a new doctor one time during the first 30 days after your injury is reported to your employer. Contact the claims administrator to switch doctors. After 30 days, you may switch to a doctor of your choice if

Si Ud. se lesiona o se enferma, ya sea físicamente o mentalmente, debido a su trabajo, incluyendo lesiones que resulten de un crimen en el lugar de trabajo, es posible que Ud. tenga derecho a beneficios de compensación de trabajadores. Utilice el formulario adjunto para presentar un reclamo de compensación de trabajadores con su empleador. **Ud. debe leer toda la información a continuación.** Guarde esta hoja y todos los demás documentos para sus archivos. Es posible que usted reúna los requisitos para todos los beneficios, o parte de éstos, que se enumeran dependiendo de la índole de su reclamo. Si usted presenta un reclamo, el administrador de reclamos, quien es responsable por el manejo de su reclamo, debe notificarle dentro de 14 días si se acepta su reclamo o si se necesita investigación adicional.

Para presentar un reclamo, llene la sección del formulario designada para el "Empleado," guarde una copia, y déle el resto a su empleador. Haga esto de inmediato para evitar problemas con su reclamo. En algunos casos, los beneficios no se iniciarán hasta que usted le informe a su empleador acerca de su lesión mediante la presentación de un formulario de reclamo. Describa su lesión por completo. Incluya cada parte de su cuerpo afectada por la lesión. Si usted le envía por correo el formulario a su empleador, utilice primera clase o correo certificado. Si usted compra un acuse de recibo, usted podrá demostrar que el formulario de reclamo fue enviado por correo y cuando fue entregado. Dentro de un día laboral después de presentar el formulario de reclamo, su empleador debe completar la sección designada para el "Empleador," le dará a Ud. una copia fechada, guardará una copia, y enviará una al administrador de reclamos.

**Atención Médica:** Su administrador de reclamos pagará por toda la atención médica razonable y necesaria para su lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. Los beneficios médicos están sujetos a la aprobación y pueden incluir tratamiento por parte de un médico, los servicios de hospital, la terapia física, los análisis de laboratorio, las medicinas, equipos y gastos de viaje. Su administrador de reclamos pagará directamente los costos de los servicios médicos aprobados de manera que usted nunca verá una factura. Hay límites en terapia quiropráctica, física y otras visitas de terapia ocupacional.

**El Médico Primario que le Atiende (Primary Treating Physician- PTP)** es el médico con la responsabilidad total para tratar su lesión o enfermedad.

- Si usted designó previamente a su médico personal o a un grupo médico, usted podrá ver a su médico personal o grupo médico después de lesionarse.
- Si su empleador está utilizando una red de proveedores médicos (*Medical Provider Network- MPN*) o una Organización de Cuidado Médico (*Health Care Organization- HCO*), en la mayoría de los casos, usted será tratado en la *MPN* o *HCO* a menos que usted hizo una designación previa de su médico personal o grupo médico. Una *MPN* es un grupo de proveedores de asistencia médica quien da tratamiento a los trabajadores lesionados en el trabajo. Usted debe recibir información de su empleador si su tratamiento es cubierto por una *HCO* o una *MPN*. Hable con su empleador para más información.
- Si su empleador no está utilizando una *MPN* o *HCO*, en la mayoría de los casos, el administrador de reclamos puede elegir el médico que lo atiende primero a menos de que usted hizo una designación previa de su médico personal o grupo médico.
- Si su empleador no ha colocado un cartel describiendo sus derechos para la compensación de trabajadores, Ud. puede ser tratado por su médico personal inmediatamente después de lesionarse.

Dentro de un día laboral después de que Ud. Presente un formulario de reclamo, su empleador o el administrador de reclamos debe autorizar hasta \$10000 en tratamiento para su lesión, de acuerdo con las pautas de tratamiento aplicables, hasta que el reclamo sea aceptado o rechazado. Si el empleador o administrador de reclamos no autoriza el tratamiento de inmediato, hable con su supervisor, alguien más en la gerencia, o con el administrador de reclamos. Pida que el tratamiento sea autorizado ya mismo, mientras espera una decisión sobre su reclamo. Si el empleador o administrador de reclamos no autoriza el tratamiento, utilice su propio seguro médico para recibir atención médica. Su compañía de seguro médico buscará reembolso del administrador de reclamos. Si usted no tiene seguro médico, hay médicos, clínicas u hospitales que lo tratarán sin pago inmediato. Ellos buscarán reembolso del administrador de reclamos.

### Cambiando a otro Médico Primario o PTP:

- Si usted está recibiendo tratamiento en una Red de Proveedores Médicos

your employer or the claims administrator has not created or selected an MPN.

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

**Problems with Medical Care and Medical Reports:** At some point during your claim, you might disagree with your PTP about what treatment is necessary. If this happens, you can switch to other doctors as described above. If you cannot reach agreement with another doctor, the steps to take depend on whether you are receiving care in an MPN, HCO, or neither. For more information, see "Learn More About Workers' Compensation," below.

If the claims administrator denies treatment recommended by your PTP, you may request independent medical review (IMR) using the request form included with the claims administrator's written decision to deny treatment. The IMR process is similar to the group health IMR process, and takes approximately 40 (or fewer) days to arrive at a determination so that appropriate treatment can be given. Your attorney or your physician may assist you in the IMR process. IMR is not available to resolve disputes over matters other than the medical necessity of a particular treatment requested by your physician.

If you disagree with your PTP on matters other than treatment, such as the cause of your injury or how severe the injury is, you can switch to other doctors as described above. If you cannot reach agreement with another doctor, notify the claims administrator in writing as soon as possible. In some cases, you risk losing the right to challenge your PTP's opinion unless you do this promptly. If you do not have an attorney, the claims administrator must send you instructions on how to be seen by a doctor called a qualified medical evaluator (QME) to help resolve the dispute. If you have an attorney, the claims administrator may try to reach agreement with your attorney on a doctor called an agreed medical evaluator (AME). If the claims administrator disagrees with your PTP on matters other than treatment, the claims administrator can require you to be seen by a QME or AME.

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

**Stay at Work or Return to Work:** Being injured does not mean you must stop working. If you can continue working, you should. If not, it is important to go back to work with your current employer as soon as you are medically able. Studies show that the longer you are off work, the harder it is to get back to your original job and wages. While you are recovering, your PTP, your employer (supervisors or others in management), the claims administrator, and your attorney (if you have one) will work with you to decide how you will stay at work or return to work and what work you will do. Actively communicate with your PTP, your employer, and the claims administrator about the work you did before you were injured, your medical condition and the kinds of work you can do now, and the kinds of work that your employer could make available to you.

**Payment for Permanent Disability:** If a doctor says you have not recovered completely from your injury and you will always be limited in the work you can do, you may receive additional payments. The amount will depend on the type of injury, extent of impairment, your age, occupation, date of injury, and your wages before you were injured.

**Supplemental Job Displacement Benefit (SJDB):** If you were injured on or after 1/1/04, and your injury results in a permanent disability and your employer does not offer regular, modified, or alternative work, you may qualify for a nontransferable voucher payable for retraining and/or skill enhancement. If you qualify, the claims administrator will pay the costs up to the maximum set by state law.

**Death Benefits:** If the injury or illness causes death, payments may be made to a

(Medical Provider Network- MPN), usted puede cambiar a otros médicos dentro de la MPN después de la primera visita.

- Si usted está recibiendo tratamiento en un Organización de Cuidado Médico (Healthcare Organization- HCO), es posible cambiar al menos una vez a otro médico dentro de la HCO. Usted puede cambiar a un médico fuera de la HCO 90 o 180 días después de que su lesión es reportada a su empleador (dependiendo de si usted está cubierto por un seguro médico proporcionado por su empleador).
- Si usted no está recibiendo tratamiento en una MPN o HCO y no hizo una designación previa, usted puede cambiar a un nuevo médico una vez durante los primeros 30 días después de que su lesión es reportada a su empleador. Póngase en contacto con el administrador de reclamos para cambiar de médico. Después de 30 días, puede cambiar a un médico de su elección si su empleador o el administrador de reclamos no ha creado o seleccionado una MPN.

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

**Problemas con la Atención Médica y los Informes Médicos:** En algún momento durante su reclamo, podría estar en desacuerdo con su PTP sobre qué tratamiento es necesario. Si esto sucede, usted puede cambiar a otros médicos como se describe anteriormente. Si no puede llegar a un acuerdo con otro médico, los pasos a seguir dependen de si usted está recibiendo atención en una MPN, HCO o ninguna de las dos. Para más información, consulte la sección "Aprenda Más Sobre la Compensación de Trabajadores," a continuación.

Si el administrador de reclamos niega el tratamiento recomendado por su PTP, puede solicitar una revisión médica independiente (*Independent Medical Review-IMR*), utilizando el formulario de solicitud que se incluye con la decisión por escrito del administrador de reclamos negando el tratamiento. El proceso de la *IMR* es parecido al proceso de la *IMR* de un seguro médico colectivo, y tarda aproximadamente 40 (o menos) días para llegar a una determinación de manera que se pueda dar un tratamiento apropiado. Su abogado o su médico le pueden ayudar en el proceso de la *IMR*. La *IMR* no está disponible para resolver disputas sobre cuestiones aparte de la necesidad médica de un tratamiento particular solicitado por su médico.

Si no está de acuerdo con su PTP en cuestiones aparte del tratamiento, como la causa de su lesión o la gravedad de la lesión, usted puede cambiar a otros médicos como se describe anteriormente. Si no puede llegar a un acuerdo con otro médico, notifique al administrador de reclamos por escrito tan pronto como sea posible. En algunos casos, usted arriesga perder el derecho a objetar a la opinión de su PTP a menos que hace esto de inmediato. Si usted no tiene un abogado, el administrador de reclamos debe enviarle instrucciones para ser evaluado por un médico llamado un evaluador médico calificado (*Qualified Medical Evaluator- QME*) para ayudar a resolver la disputa. Si usted tiene un abogado, el administrador de reclamos puede tratar de llegar a un acuerdo con su abogado sobre un médico llamado un evaluador médico acordado (*Agreed Medical Evaluator- AME*). Si el administrador de reclamos no está de acuerdo con su PTP sobre asuntos aparte del tratamiento, el administrador de reclamos puede exigirle que sea atendido por un *QME* o *AME*.

**Pago por Incapacidad Temporal (Sueldos Perdidos):** Si Ud. no puede trabajar, mientras se está recuperando de una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, Ud. puede recibir pagos por incapacidad temporal por un periodo limitado. Estos pagos pueden cambiar o parar cuando su médico diga que Ud. está en condiciones de regresar a trabajar. Estos beneficios son libres de impuestos. Los pagos por incapacidad temporal son dos tercios de su pago semanal promedio, con cantidades mínimas y máximas establecidas por las leyes estatales. Los pagos no se hacen durante los primeros tres días en que Ud. no trabaje, a menos que Ud. sea hospitalizado una noche o no puede trabajar durante más de 14 días.

**Permanezca en el Trabajo o Regreso al Trabajo:** Estar lesionado no significa que usted debe dejar de trabajar. Si usted puede seguir trabajando, usted debe hacerlo. Si no es así, es importante regresar a trabajar con su empleador actual tan



spouse and other relatives or household members who were financially dependent on the deceased worker.

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

**Resolving Problems or Disputes:** You have the right to disagree with decisions affecting your claim. If you have a disagreement, contact your employer or claims administrator first to see if you can resolve it. If you are not receiving benefits, you may be able to get State Disability Insurance (SDI) or unemployment insurance (UI) benefits. Call the state Employment Development Department at (800) 480-3287 or (866) 333-4606, or go to their website at [www.edd.ca.gov](http://www.edd.ca.gov).

**You Can Contact an Information & Assistance (I&A) Officer:** State I&A officers answer questions, help injured workers, provide forms, and help resolve problems. Some I&A officers hold workshops for injured workers. To obtain important information about the workers' compensation claims process and your rights and obligations, go to [www.dwc.ca.gov](http://www.dwc.ca.gov) or contact an I&A officer of the state Division of Workers' Compensation. You can also hear recorded information and a list of local I&A offices by calling (800) 736-7401.

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

**Learn More About Workers' Compensation:** For more information about the workers' compensation claims process, go to [www.dwc.ca.gov](http://www.dwc.ca.gov). At the website, you can access a useful booklet, "Workers' Compensation in California: A Guidebook for Injured Workers." You can also contact an Information & Assistance Officer (above), or hear recorded information by calling 1-800-736-7401.

pronto como usted pueda medicamente hacerlo. Los estudios demuestran que entre más tiempo esté fuera del trabajo, más difícil es regresar a su trabajo original y a sus salarios. Mientras se está recuperando, su *PTP*, su empleador (supervisores u otras personas en la gerencia), el administrador de reclamos, y su abogado (si tiene uno) trabajarán con usted para decidir cómo va a permanecer en el trabajo o regresar al trabajo y qué trabajo hará. Comuníquese de manera activa con su *PTP*, su empleador y el administrador de reclamos sobre el trabajo que hizo antes de lesionarse, su condición médica y los tipos de trabajo que usted puede hacer ahora y los tipos de trabajo que su empleador podría poner a su disposición.

**Pago por Incapacidad Permanente:** Si un médico dice que no se ha recuperado completamente de su lesión y siempre será limitado en el trabajo que puede hacer, es posible que Ud. reciba pagos adicionales. La cantidad dependerá de la clase de lesión, grado de deterioro, su edad, ocupación, fecha de la lesión y sus salarios antes de lesionarse.

**Beneficio Suplementario por Desplazamiento de Trabajo (Supplemental Job Displacement Benefit- SJDDB):** Si Ud. se lesionó en o después del 1/1/04, y su lesión resulta en una incapacidad permanente y su empleador no ofrece un trabajo regular, modificado, o alternativo, usted podría cumplir los requisitos para recibir un vale no-transferible pagadero a una escuela para recibir un nuevo curso de reentrenamiento y/o mejorar su habilidad. Si Ud. cumple los requisitos, el administrador de reclamos pagará los gastos hasta un máximo establecido por las leyes estatales.

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

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

**Resolviendo problemas o disputas:** Ud. tiene derecho a no estar de acuerdo con las decisiones que afecten su reclamo. Si Ud. tiene un desacuerdo, primero comuníquese con su empleador o administrador de reclamos para ver si usted puede resolverlo. Si usted no está recibiendo beneficios, es posible que Ud. pueda obtener beneficios del Seguro Estatal de Incapacidad (*State Disability Insurance- SDI*) o beneficios del desempleo (*Unemployment Insurance- UI*). Llame al Departamento del Desarrollo del Empleo estatal al (800) 480-3287 o (866) 333-4606, o visite su página Web en [www.edd.ca.gov](http://www.edd.ca.gov).

**Puede Contactar a un Oficial de Información y Asistencia (Information & Assistance- I&A):** Los Oficiales de Información y Asistencia (*I&A*) estatal contestan preguntas, ayudan a los trabajadores lesionados, proporcionan formularios y ayudan a resolver problemas. Algunos oficiales de *I&A* tienen talleres para trabajadores lesionados. Para obtener información importante sobre el proceso de la compensación de trabajadores y sus derechos y obligaciones, vaya a [www.dwc.ca.gov](http://www.dwc.ca.gov) o comuníquese con un oficial de información y asistencia de la División Estatal de Compensación de Trabajadores. También puede escuchar información grabada y una lista de las oficinas de *I&A* locales llamando al (800) 736-7401.

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

**Aprenda Más Sobre la Compensación de Trabajadores:** Para obtener más información sobre el proceso de reclamos del programa de compensación de trabajadores, vaya a [www.dwc.ca.gov](http://www.dwc.ca.gov). En la página Web, podrá acceder a un folleto útil, "Compensación del Trabajador de California: Una Guía para Trabajadores Lesionados." También puede contactar a un oficial de Información y Asistencia (arriba), o escuchar información grabada llamando al 1-800-736-7401.

PRINT

CLEAR

State of California  
Department of Industrial Relations  
DIVISION OF WORKERS' COMPENSATION



Estado de California  
Departamento de Relaciones Industriales  
DIVISION DE COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR

**WORKERS' COMPENSATION CLAIM FORM (DWC 1)**

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

**Employee:** Complete the "Employee" section and give the form to your employer. Keep a copy and mark it "Employee's Temporary Receipt" until you receive the signed and dated copy from your employer. You may call the Division of Workers' Compensation and hear recorded information at (800) 736-7401. An explanation of workers' compensation benefits is included in the Notice of Potential Eligibility, which is the cover sheet of this form. Detach and save this notice for future reference.

You should also have received a pamphlet from your employer describing workers' compensation benefits and the procedures to obtain them. You may receive written notices from your employer or its claims administrator about your claim. If your claims administrator offers to send you notices electronically, and you agree to receive these notices only by email, please provide your email address below and check the appropriate box. If you later decide you want to receive the notices by mail, you must inform your employer in writing.

Any person who makes or causes to be made any knowingly false or fraudulent material statement or material representation for the purpose of obtaining or denying workers' compensation benefits or payments is guilty of a felony.

**Empleado:** Complete la sección "Empleado" y entregue la forma a su empleador. *Quédese con la copia designada "Recibo Temporal del Empleado" hasta que Ud. reciba la copia firmada y fechada de su empleador. Ud. puede llamar a la División de Compensación al Trabajador al (800) 736-7401 para oír información grabada. Una explicación de los beneficios de compensación de trabajadores está incluido en la Notificación de Posible Elegibilidad, que es la hoja de portada de esta forma. Separe y guarde esta notificación como referencia para el futuro.*

*Ud. también debería haber recibido de su empleador un folleto describiendo los beneficios de compensación al trabajador lesionado y los procedimientos para obtenerlos. Es posible que reciba notificaciones escritas de su empleador o de su administrador de reclamos sobre su reclamo. Si su administrador de reclamos ofrece enviarle notificaciones electrónicamente, y usted acepta recibir estas notificaciones solo por correo electrónico, por favor proporcione su dirección de correo electrónico abajo y marque la caja apropiada. Si usted decide después que quiere recibir las notificaciones por correo, usted debe de informar a su empleador por escrito.*

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

**Employee—complete this section and see note above**

**Empleado—complete esta sección y note la notación arriba.**

1. Name. *Nombre.* \_\_\_\_\_ Today's Date. *Fecha de Hoy.* \_\_\_\_\_
2. Home Address. *Dirección Residencial.* \_\_\_\_\_
3. City. *Ciudad.* \_\_\_\_\_ State. *Estado.* \_\_\_\_\_ Zip. *Código Postal.* \_\_\_\_\_
4. Date of Injury. *Fecha de la lesión (accidente).* \_\_\_\_\_ Time of Injury. *Hora en que ocurrió.* \_\_\_\_\_ a.m. \_\_\_\_\_ p.m.
5. Address and description of where injury happened. *Dirección/lugar dónde ocurrió el accidente.* \_\_\_\_\_
6. Describe injury and part of body affected. *Describe la lesión y parte del cuerpo afectada.* \_\_\_\_\_
7. Social Security Number. *Número de Seguro Social del Empleado.* \_\_\_\_\_
8.  Check if you agree to receive notices about your claim by email only.  *Marque si usted acepta recibir notificaciones sobre su reclamo solo por correo electrónico.* Employee's e-mail. \_\_\_\_\_ *Correo electrónico del empleado.* \_\_\_\_\_  
You will receive benefit notices by regular mail if you do not choose, or your claims administrator does not offer, an electronic service option. *Usted recibirá notificaciones de beneficios por correo ordinario si usted no escoge, o su administrador de reclamos no le ofrece una opción de servicio electrónico.*
9. Signature of employee. *Firma del empleado.* \_\_\_\_\_

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

10. Name of employer. *Nombre del empleador.* \_\_\_\_\_
11. Address. *Dirección.* \_\_\_\_\_
12. Date employer first knew of injury. *Fecha en que el empleador supo por primera vez de la lesión o accidente.* \_\_\_\_\_
13. Date claim form was provided to employee. *Fecha en que se le entregó al empleado la petición.* \_\_\_\_\_
14. Date employer received claim form. *Fecha en que el empleado devolvió la petición al empleador.* \_\_\_\_\_
15. Name and address of insurance carrier or adjusting agency. *Nombre y dirección de la compañía de seguros o agencia administradora de seguros.* \_\_\_\_\_
16. Insurance Policy Number. *El número de la póliza de Seguro.* \_\_\_\_\_
17. Signature of employer representative. *Firma del representante del empleador.* \_\_\_\_\_
18. Title. *Título.* \_\_\_\_\_ 19. Telephone. *Teléfono.* \_\_\_\_\_

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

SIGNING THIS FORM IS NOT AN ADMISSION OF LIABILITY

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

EL FIRMAR ESTA FORMA NO SIGNIFICA ADMISION DE RESPONSABILIDAD

Employer copy/Copia del Empleador  Employee copy/Copia del Empleado  Claims Administrator/Administrador de Reclamos  Temporary Receipt/Recibo del Empleado

## General Liability LAUSD OCIP Insurance Procedures

### Before an Injury Occurs:

- 1 . Locate clinic/hospital. Post MPN Provider poster with required information. [www.esis.com/awcmpn](http://www.esis.com/awcmpn)
- 2. Post all required Notices: Stop Fraud Poster and Notice to Employees – Injuries caused by work.



### After an Injury Occurs:

- 1. Complete the Report of General Liability Accident Form and report the claim by phone at 844-621-9183.
  - **The following information must be obtained prior to reporting the claim**  
**1) Project/School Name, 2) Project/School Address, 3) Employer Name,**  
**4) Prime Contractor's Contract Number with LAUSD.**

### Serious Losses:

Serious accidents include, but are not limited to, death, head, spinal cord injuries and serious burns. Must provide:

- 1) contact number for employee,
- 2) OAR name and phone #,
- 3) Name and Phone # of hospital or medical facility where employee was sent,
- 4) Project/School Name,
- 5) Project/School Address,
- 6) Employer Name,
- 7) Prime Contractor's contract number with LAUSD.

ESIS®

---

# New Claim Report

---

LOB: General Liability

---

VDN: 3165563

---

Account Name:  
LAUSD OCIP V

---

**LAUSD OCIP V**

Phone: 844-621-9183

Entity Name					
Contract Number					
Location Code					
Date Reported to Employer					
Date of Loss/Injury					
Loss Address		Address 2:			
Loss City		Loss State		Loss Zip Code	
Incident Reported By				Title	
Phone					
Loss Description					
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was the accident / injury witnessed?				Yes	No
Witness Name:				Phone #:	
Witness Name:				Phone #:	
Were any authorities called? (Police, Ambulance, Fire, etc)					
Authority Name:				Phone #:	
a. Reference Number					
b. Officer Name					

Involved Party #1					
Employer Name				Work Phone	
Name				Gender	
Home Address				Address 2:	
City		State		Zip Code	
Cell #				Home #	
Email				Date of Birth	
Job Title				Date of Death	
Involved Party #2					
Employer Name				Work Phone	
Name				Gender	
Home Address				Address 2:	
City		State		Zip Code	
Cell #				Home #	

## General Liability Claim

Email		Date of Birth	
Job Title		Date of Death	

Supplemental Questions	
1. Initial Medical Treatment	<input type="checkbox"/> No Treatment <input type="checkbox"/> Minor: By Employer <input type="checkbox"/> Minor: Clinic/Hospital <input type="checkbox"/> Emergency Care <input type="checkbox"/> Hospitalized > 24 Hours <input type="checkbox"/> Major: Clinic/Hospital <input type="checkbox"/> Unknown
2. Did the incident result in a fatality?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
3. Do you have any questions or concerns about the validity of this claim?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

4. Emergency Care			
a. Transportation Type	<input type="checkbox"/> 3 <sup>rd</sup> Party <input type="checkbox"/> Air <input type="checkbox"/> Ambulance <input type="checkbox"/> Drove Self <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> None		
b. Did the employee obtain treatment from a hospital or clinic?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
c. If so, Hospital/Clinic name?	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Phone #:</td> <td></td> </tr> </table>	Phone #:	
Phone #:			

Additional Comments/Notes: