

DI Office Locations

Chico 645 Salem Street
(write to: PO Box 8190, Chico, CA 95927-8190)

Chino Hills.. 15315 Fairfield Ranch Road, Ste. 100
(write to: PO Box 60006, City of Industry, CA 91716-0006)

Fresno 2550 Mariposa Mall, Rm. 1080A
(write to: PO Box 32, Fresno, CA 93707-0032)

Long Beach ... 4300 Long Beach Blvd., Ste. 600
(write to: PO Box 469, Long Beach, CA 90801-0469)

Los Angeles 888 S. Figueroa Street, Ste. 200
(write to: PO Box 513096, Los Angeles, CA 90051-1096)

Oakland 7677 Oakport Street
(write to: PO Box 1857, Oakland, CA 94606-1857)

San Bernardino..... 371 West 3rd Street
(write to: PO Box 781, San Bernardino, CA 92402-0781)

San Diego.. 9246 Lightwave Avenue, Bldg. A, Ste. 300
(write to: PO Box 120831, San Diego, CA 92112-0831)

San Francisco 745 Franklin Street, Rm. 300
(write to: PO Box 193534, San Francisco, CA 94119-3534)

San Jose..... 297 West Hedding Street
(write to: PO Box 637, San Jose, CA 95106-0637)

Santa Ana . 605 West Santa Ana Blvd., Bldg. 28, Rm. 735
(write to: PO Box 1466, Santa Ana, CA 92702-1466)

Santa Barbara 128 East Ortega Street
(write to: PO Box 1529, Santa Barbara, CA 93102-1529)

Santa Rosa..... 606 Healdsburg Avenue
(write to: PO Box 700, Santa Rosa, CA 95402-0700)

Stockton 528 North Madison Street
(write to: PO Box 201006, Stockton, CA 95201-9006)

California State Government Employees
(write to: PO Box 2168, Stockton, CA 95201-2168)

Van Nuys..... 15400 Sherman Way, Rm. 500
(write to: PO Box 10402, Van Nuys, CA 91410-0402)



STATE OF CALIFORNIA

LABOR AND WORKFORCE DEVELOPMENT AGENCY

EMPLOYMENT DEVELOPMENT DEPARTMENT

*This pamphlet is for general information only,
and does not have the force and effect of the law,
rule or regulation.*

The EDD is an equal opportunity employer/program. Auxiliary aids and services are available upon request to individuals with disabilities. Requests for services, aids, and/or alternate formats need to be made by calling DI at 1-800-480-3287 (voice), or TTY 1-800-563-2441, or PFL at 1-877-238-4373 or TTY 1-800-445-1312.



DISABILITY INSURANCE PROVISIONS



Disability is an illness or injury, either physical or mental, which prevents customary work. Disability includes elective surgery, pregnancy, childbirth, or related medical conditions.

Disability Insurance (DI) is a component of the State Disability Insurance (SDI) program, designed to partially replace wages lost due to a non-work-related disability (see "Other Programs," for job-related disabilities.)

SDI contributions are paid by California workers covered by the SDI program. Contribution rates may vary from year to year. For current rates, visit the DI website at www.edd.ca.gov/disability, or contact the Employment Development Department (EDD) Disability Insurance Customer Service at 1-800-480-3287 or EDD Employment Tax Customer Service at 1-888-745-3886.

DI Plans

- **State Plan.** DI's state plan is covered in this brochure.
- **Voluntary Plan (VP).** A private plan, approved by the Director of EDD, which may be substituted for the State Plan. Voluntary plans may be established if the employer and majority of employees agree to do so. VP information and filing a claim may be done through your employer. If you are covered by a VP, the provisions of the brochure may not apply to you. Obtain information about your coverage and file a VP claim through your employer.
- **Elective Coverage (EC).** Employers and self-employed persons, including general partners, may elect coverage. The method of computing benefits for EC participants is not the same as for mandatory rate payers. The cost of participating, which is set annually, can be obtained from your local EDD Employment Tax Customer Service Office.

EC claims are filed in the same manner as State Plan claims; however, there are some differences in eligibility requirements from those listed in this pamphlet.
- For additional information or to apply for coverage, contact EDD DI Customer Service at 1-800-480-3287, EDD Employment Tax Customer Service at 1-888-745-3886, or visit our website at www.edd.ca.gov/disability.

How to Claim State Plan Benefits

1. Use **SDI Online** to securely file for benefits or to request a paper claim form.
 - By Internet: www.edd.ca.gov/disability.
 - By phone: **1-800-480-3287**.
 - By TTY (teletypewriter for deaf, hearing-impaired, and speech-impaired persons only) at: **1-800-563-2441** for DI or **1-800-445-1312 for PFL**.
 - By mail: EDD, Disability Insurance, PO Box 13140, Sacramento, CA 95813-3140.
 - In person by visiting any of the DI offices listed under "DI Office Locations."
 - California State government employees covered by SDI should call **1-866-352-7675**.
2. When filing SDI Online, complete all required fields. A receipt number will be generated when your claim is submitted. If using a paper claim form, complete and sign the "Claim Statement of Employee." Print clearly, and verify your answers are complete and correct as errors delay payments.
3. Have your physician/practitioner complete the "Physician/Practitioner Certification" online or use the paper claim form. If filing online, your physician/practitioner will need your receipt number to complete the "Physician/Practitioner Certification."

Usually a claim cannot begin more than seven days before you were examined by or under the care of a physician/practitioner. Certification may be made by a licensed medical or osteopathic physician and surgeon, nurse practitioner, chiropractor, dentist, podiatrist, optometrist, designated psychologist, or an authorized medical officer of a United States Government facility. Certification may also be made by a licensed nurse-midwife or licensed midwife for disabilities related to normal pregnancy or childbirth.
4. File online or submit your paper claim form within 49 days from the first day you were disabled. If your claim is late, you may lose benefits unless your explanation of the delay is accepted as reasonable.

How Benefits Are Paid

- The SDI program serves you electronically or by mail. You do not need to appear in person to apply or receive benefits.
- Benefits are paid via the EDD Debit CardSM. The EDD Debit CardSM works like other debit cards with access to funds 24 hours a day, 7 days a week and can be used everywhere Visa debit cards are accepted. When your claim is received, you may be contacted through SDI Online, by phone, or by mail for additional information. Most properly completed claims are processed within 14 days.
- The first seven days of your DI claim are a non-payable waiting period.

Benefits are paid as quickly as possible after all information to determine eligibility is received. If you meet all eligibility requirements, benefits will be authorized. If you are eligible for further benefits, you will be sent additional benefits electronically or sent a “continued claim” certification form for you to complete for the next benefit period. Usually these benefit periods will be in two week intervals. However, DI pays benefits based on daily eligibility within a seven-day calendar week. Partial weeks are paid at a daily rate. This rate is one-seventh of your weekly benefit amount. Please allow 10 days from the date you mail a certification for receipt of payment.

How Your Benefit Rate is Determined

Benefit amounts are based on wages paid during a specific 12-month **base period**, determined by the date your claim begins. Consider when to start your claim since this may affect your weekly benefit rate, your maximum benefit amount, and the period of your benefit eligibility.

Only **base period** wages subject to the SDI contributions can be used in computing your benefits. To qualify, you must have earned at least \$300 during your base period. The month your claim begins determines which four consecutive quarters are used.

If your claim begins in:

- **January, February, or March, your base period is the 12 months ending last September 30.** (Example: A claim beginning

February 14, 2014, uses a base period of October 1, 2012, through September 30, 2013.)

- **April, May, or June, your base period is the 12 months ending last December 31.** (Example: A claim beginning June 20, 2014, uses a base period of January 1, 2013, through December 31, 2013.)
- **July, August, or September, your base period is the 12 months ending last March 31.** (Example: A claim beginning September 27, 2014, uses a base period of April 1, 2013, through March 31, 2014.)
- **October, November, or December, your base period is the 12 months ending last June 30.** (Example: A claim beginning November 2, 2014, uses a base period of July 1, 2013, through June 30, 2014.)

Exceptions: If your claim is determined to be invalid, but you were unemployed and seeking work for 60 days or more in any quarter of your base period, you may be able to substitute wages paid in prior quarters.

You may be entitled to substitute wages paid in prior quarters to either validate your claim or increase your benefit amount, if during your base period you:

- were in the military service.
- received Workers’ Compensation benefits.
- did not work because of a labor dispute.

If your situation fits any of the above, include a note with your claim form.

Wage Continuation. If your employer continues to pay you wages while you are disabled, your DI benefits may be affected. DI benefits plus wages cannot exceed your regular weekly wage. DI benefits are not affected by vacation pay you may receive.

Maximum Benefits. The maximum benefit amount is 52 times the weekly rate, but not more than your total base period wages. Exception: For employers and self-employed individuals who elect SDI coverage, the maximum benefit amount is 39 times the weekly rate.

Additionally, benefits are payable only for a limited period to a resident in an alcoholic

recovery home or drug-free residential facility that is both licensed and certified by the state in which the facility is located. However, disabilities related to or caused by acute or chronic alcoholism or drug abuse, being medically treated, do not have this limitation.

Pregnancy. As with any medical condition, your disability period begins the first day you are unable to do your regular or customary work. DI benefits are based on the period of time your physician/practitioner certifies you are unable to do your regular or customary work. Do not send in your claim for pregnancy-related DI benefits until the date your physician/practitioner certifies you are disabled.

NOTE: For information on Paid Family Leave (PFL) bonding benefits, see the “Other Programs” section of this brochure.

You May Not be Eligible for Benefits

- If you are receiving Unemployment Insurance or PFL benefits.
- If you are not working or looking for work at the time you become disabled.
- If you are in custody due to conviction of a crime.
- If your full wages are paid.
- If you are receiving Workers’ Compensation at a weekly rate equal to or greater than the DI rate. If Workers’ Compensation benefits are paid at a lower rate than your DI rate, you may be paid the difference.
- For the amount of time a claim is late (without good cause).
- If you make a false statement or fail to report a material fact. (A 30 percent penalty may be assessed if benefits are overpaid because you willfully withheld a material fact or made a false statement.)
- If you fail to attend an independent medical examination when requested. (Fees for such examinations are paid by the EDD.)

The California Unemployment Insurance Code provides for penalties consisting of fines, imprisonment, and loss of benefit rights for fraud against the SDI program.

Your Rights. You are entitled to:

- Know the reason and basis for any decision that affects your benefits.
- Appeal any decision about your eligibility for benefits. (Appeals must be sent to the DI office in writing.)
- Request an appeal hearing before an Administrative Law Judge (ALJ). You may further appeal the ALJ’s decision to the California Unemployment Insurance Appeals Board and the courts.
- Privacy – all claim information will be kept confidential except for the purposes allowed by law.

Your Obligations. Your responsibilities:

- Complete your claim and other forms correctly, completely, and truthfully.
- Submit your claim and other forms according to time limits on forms. If your claim is submitted late and you believe you have a good reason for being late, you should include a written explanation of the reason(s) with the form.
- Contact DI if you do not understand a question or how to answer it.
- Include your name and Social Security number on letters to DI.

Contact DI

- By **e-mail** at <https://ask.edd.ca.gov>
- By phone at: 1-800-480-3287 (English) or 1-866-658-8846 (Spanish).
- By **U.S. mail** addressed to PO Box 13140, Sacramento, CA 95813-3140. If you do not have a current claim, you may write to any DI Office.
- By **TTY** (teletypewriter for deaf, hearing-impaired, and speech-impaired persons only) at 1-800-563-2441.
- **In person** by visiting any of the DI offices listed under “DI Office Locations.”

Other Programs

If you are injured on the job or become ill as a result of your occupation, notify your employer.

If you are able and available to work but unemployed, contact the Unemployment Insurance program of the EDD through the website at www.edd.ca.gov/unemployment, or by phone at 1-800-300-5616 (TTY 1-800-815-9387).

If you need help in finding work, job training, retraining, or other services in order to return to work, visit your local America’s Job Center of CaliforniaSM formerly known as One-Stop Career Centers listed through the website at www.servicelocator.org, or in the white pages of your phone directory.

If your disability is permanent or is expected to continue for a year or more, contact the U.S. Social Security Administration through the website at www.ssa.gov, or by phone at 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

If you take time off work to care for a family member or if you take time off from work to bond with a new child, including newly adopted, newly placed foster children, or those of your registered domestic partner, contact the EDD’s PFL through the website at www.edd.ca.gov/disability, or by phone at 1-877-238-4373 (TTY 1-800-445-1312).

For questions relating to DI, contact the EDD through the website at www.edd.ca.gov/disability, or by phone at 1-800-480-3287 (TTY 1-800-563-2441).

Note: A PFL bonding claim form will be sent automatically with the final benefit payment to new mothers receiving DI benefits.

If you are a victim of a crime, contact the California Victim Compensation program at 1-800-777-9229 (TTY 1-800-735-2929). You may also contact your county Victim/Witness Assistance Center.

Questions about spousal or parental support obligations should be directed to the District Attorney’s Office for the county that issued the court order.

Questions about child support obligations should be directed to the Department of Child Support Services at 1-866-901-3212 (TTY 1-866-399-4096).

(Fold)

(Fold)

(Fold)

(Fold)

Oficinas Tramitadoras de Solicitudes del Seguro de Desempleo

- Alameda..... 1600 Harbor Bay Pkwy., Suite 120
(escriba a: PO Box 1857, Oakland, CA 94604-1857)
- Chico645 Salem Street
(escriba a: PO Box 8190, Chico, CA 95927-8190)
- Chino Hills.....15315 Fairfield Ranch Road, Suite 100
(escriba a: PO Box 60006, City of Industry, CA 91716-0006)
- Fresno2550 Mariposa Mall, Room 1080A
(escriba a: PO Box 32, Fresno, CA 93707-0032)
- Long Beach4300 Long Beach Blvd., Suite 600
(escriba a: PO Box 469, Long Beach, CA 90801-0469)
- Los Angeles 888 S. Figueroa Street, Suite 200
(escriba a: PO Box 513096, Los Angeles, CA 90051-1096)
- Van Nuys..... 15400 Sherman Way, Room 500
(escriba a: PO Box 10402, Van Nuys, CA 91410-0402)
- San Bernardino..... 371 West 3rd Street
(escriba a: PO Box 781, San Bernardino, CA 92402-0781)
- San Diego.....9246 Lightwave Avenue, Bldg. A, Ste. 300
(escriba a: PO Box 120831, San Diego, CA 92112-0831)
- San Francisco 745 Franklin Street, Room 300
(escriba a: PO Box 193534, San Francisco, CA 94119-3534)
- San Jose.....297 West Hedding Street
(escriba a: PO Box 637, San Jose, CA 95106-0637)
- Santa Ana 605 West Santa Ana Blvd., Bldg. 28, Rm. 735
(escriba a: PO Box 1466, Santa Ana, CA 92702-1466)
- Santa Barbara 128 East Ortega Street
(escriba a: PO Box 1529, Santa Barbara, CA 93102-1529)
- Santa Rosa..... 606 Healdsburg Avenue
(escriba a: PO Box 700, Santa Rosa, CA 95402-0700)
- Stockton528 North Madison Street
(escriba a: PO Box 201006, Stockton, CA 95201-9006)



STATE OF CALIFORNIA

LABOR AND WORKFORCE DEVELOPMENT AGENCY

EMPLOYMENT DEVELOPMENT DEPARTMENT

Este folleto es sólo para información general, y no tiene ni fuerza ni efecto de ley, regla u ordenamiento.

El Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD) es un empleador/programa de oportunidades equitativas. Servicios auxiliares y de asistencia para las personas discapacitadas, están disponibles cuando se solicitan. Peticiones para servicios, asistencia y/o formato alterno necesitan hacerse llamando DI al 1-800-480-3287 (voz), o TTY al 1-800-563-2441, o PFL al 1-877-238-4373 o TTY 1-800-445-1312.



PROVISIONES DEL SEGURO DE INCAPACIDAD



Una incapacidad es una enfermedad o lesión, ya sea física o mental, que evita desempeñar el trabajo acostumbrado. La incapacidad incluye la cirugía electiva, el embarazo, el parto, o las condiciones médicas relacionadas.

El Seguro de Incapacidad (DI) es un componente del Programa del Seguro Estatal de Incapacidad (SDI, por sus siglas en inglés), diseñado para reemplazar parcialmente los salarios que se perdieron debido a una incapacidad no relacionada al trabajo, (consulte la sección "Otros Programas," para casos de incapacidades relacionadas al trabajo.)

Las contribuciones del SDI las pagan los trabajadores de California que se encuentran cubiertos por el programa del SDI. Las tasas de contribuciones pueden variar de un año al siguiente. Para las tasas actuales, visite el sitio de Internet del Seguro de Incapacidad en www.edd.ca.gov/disability, o llame a la Oficina de Servicio al Cliente del Seguro de Incapacidad del Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD, por sus siglas en inglés), al 1-800-480-3287 ó a la Oficina de Atención al Cliente de la Sección de Impuestos sobre el Empleo del EDD, al 1-888-745-3886.

Planes del Seguro de Incapacidad

- Plan Estatal.** El plan estatal del Seguro de Incapacidad se explica en este folleto.
- Plan Voluntario.** Es un plan privado, aprobado por el Director del EDD, que puede ser sustituido por el Plan Estatal. Los planes voluntarios pueden establecerse si la mayoría de los empleados y el empleador acuerdan hacerlo. Puede obtener información de los Planes Voluntarios al igual presentar una solicitud de beneficios mediante su empleador. Si usted está cubierto por un Plan Voluntario, las provisiones del folleto tal vez no apliquen a usted. Obtenga información sobre su cobertura, y presente una solicitud de beneficios del plan voluntario mediante su empleador.
- Cobertura Electiva.** Los empleadores y las personas que trabajan por cuenta propia, incluyendo los socios generales, pueden elegir cobertura. El método para calcular los beneficios para los participantes de la cobertura electiva, no es el mismo que para los que pagan una tasa obligatoria. El costo de participación, fijado anualmente, puede obtenerse comunicándose a la Oficina local de Atención al Cliente, Sección de Impuestos sobre el Empleo del EDD.

Las solicitudes de beneficios de Cobertura Electiva se presentan del mismo modo que las del Plan Estatal; pero existen algunas diferencias entre los requisitos de elegibilidad para beneficios con ese plan y los que se indican en este folleto.

- Para obtener más información o solicitar cobertura, llame a la Oficina de Atención al Cliente del Seguro de Incapacidad del EDD al 1-800-480-3287, ó a la Oficina de Atención al Cliente, Sección de Impuestos sobre el Empleo del EDD al 1-888-745-3886, o visite nuestro sitio

de Internet en www.edd.ca.gov/disability.

Cómo Solicitar Beneficios del Plan Estatal

- Use **SDI por Internet** para solicitar beneficios de forma segura o para pedir una solicitud de beneficios en papel.

- Por Internet: www.edd.ca.gov/disability
- Por teléfono: **1-866-658-8846**
- Por TTY (servicio de relevo televisivo por escritura a máquina, solamente para personas sordas, con incapacidades auditivas e incapacidades verbales) al: **1-800-563-2441** para DI ó **1-800-445-1312** para PFL.
- Por correo a: EDD, Disability Insurance, P.O. Box 13140, Sacramento, CA 95813-3140
- En persona, visitando cualquiera de las oficinas del Seguro de Incapacidad indicadas bajo el encabezado "Ubicaciones de Oficinas Tramitadoras del Seguro de Incapacidad."
- Los empleados del gobierno Estatal de California cubiertos por SDI deben llamar al **1-866-352-7675**.

- Cuando solicite beneficios de SDI por Internet, complete todos los campos requeridos. Un número del recibo se generará cuando se presente su solicitud de beneficios.

Si usted usa el formulario de solicitud de beneficios en papel, complete y firme la parte de la Solicitud de Beneficios llamada en inglés "Claimant Statement of Employee." Escriba claramente en letra de molde y verifique que sus respuestas sean completas y correctas, ya que los errores pueden demorar los pagos.

- Pida que su doctor complete la parte llamada en inglés "Physician/Practitioner's Certificate" por Internet o use el formulario de solicitud de beneficios en papel. Si solicita para beneficios por Internet, su médico/profesional (médico) necesitará su número del recibo para completar el "Physician/Practitioner's Certificate."

Por lo general una solicitud de beneficios no puede entrar en vigencia más de siete días antes de que usted haya sido examinado, o haya estado bajo el cuidado del médico/profesional (médico) que certifica su incapacidad. La certificación puede ser hecha por un médico o un médico osteópata y cirujano con licencia, enfermero(a) practicante, un médico quiropráctico, un dentista, un podiatra, un optometrista, un psicólogo aprobado, o por un oficial médico autorizado de una instalación del Gobierno de los Estados Unidos. La certificación también puede ser hecha por una enfermera partera con licencia o una partera con licencia para incapacidades relacionadas al embarazo normal o de partos.

- Presente su solicitud de beneficios por Internet o presente el formulario de beneficios en papel en un plazo de 49 días, a partir del primer día en que estuvo incapacitado(a). Si usted presenta tarde su solicitud, puede perder sus beneficios, a no ser que la explicación acerca de su demora sea aceptada como razonable.

(Fold)

Cómo Se Pagan los Beneficios

- El programa del SDI está diseñado para servirle electrónicamente o por correo. Usted no necesita presentarse en persona para solicitar o recibir beneficios.
- Los beneficios se pagan por medio de EDD Debit CardSM. EDD Debit CardSM funciona como las otras tarjetas de débito con acceso a los fondos las 24 horas del día, los siete días a la semana y puede usarse dondequiera que se acepten tarjetas de débito Visa. Cuando se reciba su solicitud de beneficios, es posible que se le comunique por medio de SDI por Internet, por correo, o por teléfono, para pedirle información adicional si es necesaria. La mayoría de las solicitudes de beneficios se tramitan en un plazo de 14 días.
- Los primeros siete días de su solicitud de beneficios de incapacidad se consideran un período de espera no pagable.

Los beneficios se pagan lo más pronto posible después de que se recibe toda la información para determinar la elegibilidad. Si usted cumple con todos los requisitos de elegibilidad, los beneficios se autorizarán. Si usted es elegible para recibir beneficios adicionales, se le enviarán electrónicamente los beneficios adicionales o se le enviará un formulario de certificación de “solicitud de beneficios continuos” para que usted lo complete para el siguiente período de beneficios. Generalmente, estos períodos de beneficios serán en un intervalo de dos semanas. Sin embargo, el programa del Seguro de Incapacidad paga beneficios en base a la elegibilidad diaria de recibir beneficios, en una semana de calendario de siete días. Las semanas parciales se pagan a una tarifa diaria. Esta tarifa es una séptima parte de su cantidad de beneficios semanales. Por favor, permita diez días, a partir de la fecha en que envíe la certificación de solicitud de beneficios, para recibir el pago.

Cómo Se Determina la Cantidad de sus Beneficios

Las cantidades de beneficios se basan en los salarios pagados durante un **período reglamentario** específico de 12 meses, el cual se determina según la fecha de vigencia de su solicitud de beneficios. Considere cuándo comenzar su solicitud de beneficios, ya que esto puede afectar la cantidad de sus beneficios semanales, la cantidad de beneficios máxima pagable a usted, y el período de elegibilidad de beneficios.

Solamente los salarios en el **período reglamentario** sujetos a la condición del seguro de incapacidad pueden usarse para el cálculo de sus beneficios. Para calificar para recibir beneficios, tiene que haber ganado por lo menos \$300 durante su período reglamentario. El mes que entre en vigencia su solicitud de beneficios determinará cuáles de los siguientes cuatro trimestres consecutivos se usan.

Si su solicitud de beneficios empieza en:

- Enero, febrero o marzo, su período reglamentario es de 12 meses, terminando el 30 de septiembre pasado.** (Por ejemplo: Una solicitud de beneficios que entra en vigencia el 14 de febrero de 2012, usa un período reglamentario que va del 1ro de octubre de 2010 al 30 de septiembre de 2011.)
- Abril, mayo o junio, su período reglamentario es de 12 meses, terminando el 31 de diciembre pasado.** (Por ejemplo: Una solicitud de beneficios que entra en vigencia el 20 de junio de 2012, usa un período reglamentario que va del 1ro de enero de 2010, al 31 de diciembre de 2011.)
- Julio, agosto o septiembre, su período reglamentario es de 12 meses, terminando el 31 de marzo pasado.** (Por ejemplo: Una solicitud de beneficios que entra en vigencia el 27 de septiembre de 2012, usa un período reglamentario que va del 1ro de abril de 2011 al 31 de marzo de 2012.)
- Octubre, noviembre o diciembre, su período reglamentario es de 12 meses, terminando el 30 de junio pasado.** (Por ejemplo: Una solicitud de beneficios que entra en vigencia el 2 de noviembre de 2012, usa un período reglamentario que va del 1ro de julio de 2011, al 30 de junio de 2012.)

Excepciones: Si se determina que su solicitud de beneficios es inválida, pero usted estaba desempleado/a y buscando empleo por 60 días o más en cualquier trimestre de su período reglamentario, es posible que usted pueda sustituir salarios pagados en trimestres anteriores.

Es posible que usted tenga derecho a sustituir salarios pagados en trimestres anteriores, ya sea para hacer válida su solicitud de beneficios, o para aumentar su cantidad de beneficios, si durante su período reglamentario usted:

- estaba en el servicio militar.
- recibió beneficios de Compensación para Trabajadores.
- no trabajó debido a una disputa laboral.

Si su solicitud de beneficios se relaciona a cualquiera de las circunstancias anteriores, incluya la información en una nota junto con su formulario de solicitud de beneficios.

Continuación de Salarios. Si su empleador continúa pagándole salarios mientras usted está incapacitado(a), ésto puede afectar sus beneficios del Seguro de Incapacidad. El total de beneficios del Seguro de Incapacidad, más los salarios, no puede exceder el monto de su salario semanal normal. Los beneficios del Seguro de Incapacidad no son afectados por el pago de vacaciones que usted pueda recibir.

Cantidad de Beneficios Máxima. La cantidad de beneficios máxima es 52 veces la cantidad semanal,

(Fold)

pero no más de la cantidad total de sus salarios del período reglamentario. Excepción: Para los empleadores y personas que trabajan por cuenta propia que eligen cobertura del SDI, la cantidad de beneficios máxima es 39 veces la cantidad semanal.

Asimismo, los beneficios son pagables solamente por un período limitado a los residentes de un hogar de recuperación del alcoholismo o de una instalación de residencia de rehabilitación para drogadictos, que tenga una licencia del estado y al igual tenga un certificado del estado donde se encuentra la instalación. Sin embargo, las incapacidades relacionadas a, o causadas por, el alcoholismo o el abuso de drogas, que sean de carácter agudo o crónico, y estén bajo tratamiento médico, no tienen esta limitación

Embarazo. Como con cualquier condición médica, su período de incapacidad entra en vigencia el primer día que usted no pueda realizar su trabajo normal o acostumbrado. Los beneficios del Seguro de Incapacidad se determinarán en base al período de tiempo, certificado por su médico/profesional (médico), durante el cual usted no pueda realizar su trabajo normal o acostumbrado. No envíe su solicitud de beneficios de incapacidad por embarazo, hasta la fecha en que su médico/profesional (médico) la certifique como incapacitada.

NOTA: Para información acerca de beneficios para establecer lazos afectivos del programa del Permiso Familiar Pagado (PFL, por sus siglas en inglés), consulte la sección “Otros Programas” en este folleto.

Es Posible Que No Sea Elegible para Recibir Beneficios

- Si está recibiendo beneficios del Seguro de Desempleo o del Permiso Familiar Pagado.
- Si no está trabajando o buscando trabajo en el momento de encontrarse incapacitado/a.
- Si se encuentra detenido/a por haber sido convicto/a de un crimen.
- Si se le ha pagado la totalidad de sus salarios.
- Si está recibiendo beneficios de Compensación para Trabajadores por una cantidad semanal igual o mayor que la cantidad de beneficios del Seguro de Incapacidad. Si los beneficios de Compensación para Trabajadores se pagan por una cantidad menor a la cantidad del Seguro de Incapacidad, es posible que se le pague la diferencia.
- Por el espacio de tiempo de demora de la solicitud de beneficios (sin causa justificada).
- Si hace una declaración falsa, o si no reporta un hecho relevante. (Es posible que se le imponga una sanción del 30 por ciento si hay un sobrepago de beneficios, porque usted intencionalmente ocultó un hecho relevante, o hizo una declaración falsa.)

(Fold)

- Si no asiste a un examen médico independiente, según se le haya solicitado. (El EDD paga el costo de tales exámenes.)

El Código del Seguro del Desempleo de California estipula sanciones que consisten de multas, encarcelamiento, y la pérdida del derecho a beneficios por fraude contra el sistema del Seguro de Incapacidad.

Sus Derechos. Usted tiene derecho a:

- Saber la razón y la base de cualquier decisión que afecte sus beneficios.
- Apelar cualquier decisión sobre su elegibilidad para recibir beneficios. (Las apelaciones tienen que enviarse por escrito a la oficina del Seguro de Incapacidad.)
- Solicitar una audiencia apelación ante un Juez de Justicia Administrativa. Usted puede, apelar la decisión del Juez de Justicia Administrativa con la Junta de Apelaciones del Seguro de Desempleo de California (CUIAB, por sus siglas en inglés) y ante los tribunales.
- Privacidad – toda la información acerca de su solicitud de beneficios se mantendrá confidencial, excepto para los propósitos permitidos por la ley.

Sus Obligaciones. Sus responsabilidades:

- Completar, de forma correcta, completa y veraz, su solicitud de beneficios y demás formularios.
- Presentar su solicitud de beneficios por Internet y demás formularios de acuerdo a los plazos límites en los formularios. Si usted se demora en enviar un formulario, y cree que tiene un buen motivo que justifique la tardanza, debe incluir una explicación escrita de la razón (o razones) junto con el formulario.
- Comunicarse con el Seguro de Desempleo si no entiende una pregunta o no está seguro cómo contestarla.
- Incluir su nombre y su número de Seguro Social en todas las cartas dirigidas al Seguro de Incapacidad.

Comuníquese con el Seguro de Incapacidad

- Por **e-mail** a http://www.edd.ca.gov/About_EDD/Contact_EDD.htm
- Por teléfono al: 1-800-480-3287 (inglés) o 1-866-658-8846 (español)
- Por **correo postal de Estados Unidos**, dirigido a P.O. Box 989777, West Sacramento, CA 95798-9777. Si usted no tiene una solicitud de beneficios actual, puede escribir a cualquier Oficina Tramitadora de solicitudes del Seguro de Incapacidad.
- Por **TTY** (servicio de relevo televisual por escritura a máquina, solamente para personas sordas, con incapacidades auditivas e incapacidades verbales) al 1-800-563-2441
- En persona**, presentándose a cualquiera de las oficinas bajo el encabezado “Ubicaciones de Oficinas Tramitadoras del Seguro de Incapacidad.”

(Fold)

Otros Programas

Si usted se lesiona en el trabajo o se enferma como resultado de su oficio, notifíquesele a su empleador.

Si usted está en condiciones físicas/mentales y disponible para trabajar, pero se encuentra desempleado/a, comuníquese con la Oficina del Seguro de Desempleo del EDD por Internet en www.edd.ca.gov/unemployment, o llame al 1-800-326-8937 (TTY 1-800-815-9387).

Si usted necesita ayuda para encontrar trabajo, entrenamiento para un trabajo, nuevo entrenamiento, u otros servicios para volver al trabajo, visite su Centro de Servicios de Empleo (One-Stop) local indicados en Internet en www.servicelocator.org o en las páginas blancas de su guía telefónica.

Si su incapacidad es permanente o se espera que continúe por un año o más, comuníquese a la Administración del Seguro Social de los Estados Unidos por Internet en www.ssa.gov, o por teléfono al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Si un miembro de su familia tiene que ausentarse del trabajo para cuidarlo a usted o si usted tiene que ausentarse del trabajo para establecer lazos afectivos con un(a) hijo(a) nuevo(a), incluyendo hijos(a) nuevos adoptados o hijos de crianza recién colocados o hijos de parejas domésticas registradas. Comuníquese con el Programa del Permiso Familiar Pagado del EDD por Internet en www.edd.ca.gov/disability, o por teléfono al 1-877-379-3819.

Para preguntas relacionadas con el Programa del Seguro de Incapacidad, comuníquese con el EDD por Internet en <https://askedd.edd.ca.gov>, o por teléfono al 1-877-238-4373 (TTY 1-800-445-1312).

Nota: Un formulario de solicitud de beneficios del Permiso Familiar Pagado para establecer lazos afectivos será enviado automáticamente a las nuevas madres, con el pago final de beneficios del Seguro de Incapacidad.

Si usted es víctima de un crimen, llame al Programa de Compensación para Víctimas de California, al 1-800-777-9229. Los usuarios del servicio TTY pueden comunicarse con el Programa por medio del servicio de TTY en inglés al 1-800-735-2929 o de servicio de TTY en español al 1-800-855-3000. Usted también puede comunicarse al Centro de Ayuda para Víctimas/ Testigos de su condado.

Preguntas sobre las obligaciones de manutención de los padres o el esposo/a deben dirigirse a la Oficina del Fiscal del Distrito que emitió la orden del tribunal.

Preguntas relacionadas con la obligación de la manutención de hijos deben de hacerse al Departamento llamado en inglés “Department of Child Support Services” al 1-866-249-0773.



Fast facts about Paid Family Leave

- Provides benefits but does not provide job protection or return rights.
- Provides eligible workers partial wage replacement when taking time off work to care for a parent, child, spouse, registered domestic partner or to bond with a new child.
- Covers employees who are covered by SDI (or a voluntary plan in lieu of SDI).
- Offers up to 6 weeks of benefits in a 12-month period.
- Provides benefits of approximately 55 percent of lost wages.
- Paid Family Leave benefits are considered taxable income.

In California, it's the law.

Paid Family Leave Benefits

The time to care. 1-877-238-4373

To apply online or for more
information, visit:

www.edd.ca.gov/disability

1-877-238-4373 (English)

1-877-379-3819 (Español)

1-866-692-5595 (Cantonese)

1-866-692-5596 (Vietnamese)

1-866-627-1567 (Armenian)

1-866-627-1568 (Punjabi)

1-866-627-1569 (Tagalog)

1-800-445-1312 (TTY)

EDD is an equal opportunity employer/program. Auxiliary aids and services are available upon request to individuals with disabilities. Requests for services, aids, and/or alternate formats need to be made by calling 1-877-238-4373 (voice), or TTY 1-800-445-1312.

This pamphlet is for general information only and does not have the force and effect of law, rule or regulation.

State of California



A financial safety net for California workers when the need is there.

Paid Family Leave Program.

Paid Family Leave benefits for California workers

There may be times in the life of a working person when they need to care for a loved one. Whether it's a working parent bonding with a newborn, or an employee caring for a seriously ill parent, child, spouse, or registered domestic partner, California's Paid Family Leave program was created for these times (**Note:** Registered domestic partners must meet requirements and register with the California Secretary of State to be eligible for benefits).



A program benefiting you and your family

California leads the nation as the first state to make it easier for employees to balance the demands of the workplace and family care needs at home. Paid Family Leave (PFL) benefits are based on the claimant's (care provider's) past quarterly earnings. For more information regarding maximum benefit amounts paid, view the link to the *Disability Insurance (DI) & Paid Family Leave (PFL) Weekly Benefit Amounts in Dollar Increments* form, DE 2589 at www.edd.ca.gov/disability.

Paid Family Leave for California employees

Paid Family Leave benefits do not provide job protection or return rights. Job protection **may** be provided if your employer is subject to the federal Family Medical Leave Act and the California Family Rights Act. Notify your employer of the reason for taking leave in a manner consistent with your company's leave policy.

To qualify for Paid Family Leave benefits, you must meet the following requirements:

- Be covered by State Disability Insurance (SDI) (or a voluntary plan in lieu of SDI) and have earned at least \$300 in your base period from which deductions were withheld.
- Supply medical information supporting your claim that the care recipient has a serious health condition and requires your care.
- Submit your claim no earlier than 9 days, but no later than 49 days after the first day your family care leave began.
- Provide documentation to support a claim for bonding with a new biological, adopted, or foster child.
- Use up to two weeks of any earned but unused vacation leave or paid time off (PTO) if required by your employer prior to the initial receipt of benefits.
- Serve a 7-day unpaid waiting period before benefits begin for each different care recipient within the 12-month period.

You may not be eligible for benefits if:

- You are receiving Disability Insurance, Unemployment Insurance, or Workers' Compensation benefits.
- You are not working or looking for work at the time you begin your family care leave.
- You are not suffering a loss of wages.
- The need for care is not supported by the certificate of a treating physician or practitioner.
- You are in custody due to conviction of a crime.

You are entitled to:

- Know the reason and basis for decision affecting your benefits.
- Appeal decisions about your eligibility for benefits (Appeals must be sent to Paid Family Leave in writing.)



- A hearing of your appeal before an Administrative Law Judge (ALJ). Decisions may be further appealed to the California Unemployment Insurance Appeals Board and the courts.
- Privacy — Information about your claim will be kept confidential except for the purposes allowed by law.

Apply for benefits

Apply for Paid Family Leave benefits online at www.edd.ca.gov/disability. Employers and physicians/practitioners can submit claim information through SDI Online. You may also file a paper form. To request a claim form visit www.edd.ca.gov/disability.

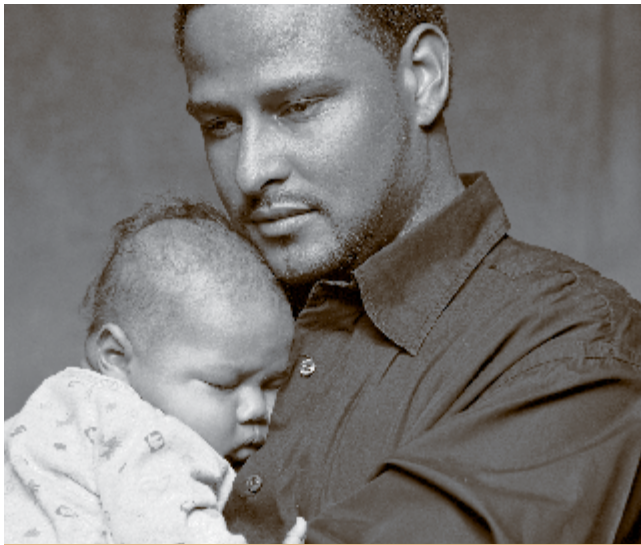
If you are currently receiving SDI pregnancy-related benefits, it is not necessary to request a PFL claim form. PFL claim filing information will be sent through your SDI Online account or via mail when your pregnancy-related disability claim ends.

Contact Paid Family Leave

For questions about Paid Family Leave benefits, please visit www.edd.ca.gov/Disability/Paid_Family_Leave.htm.

1-877-238-4373 (English) **1-877-379-3819 (Español)**
1-866-692-5595 (Cantonese) **1-866-692-5596 (Vietnamese)**
1-866-627-1567 (Armenian) **1-866-627-1568 (Punjabi)**
1-866-627-1569 (Tagalog) **1-800-445-1312 (TTY)**

For more information, visit: www.edd.ca.gov/disability
Claim forms should be mailed to Paid Family Leave at:
P.O. Box 997017, Sacramento, CA 95799-7017



Datos rápidos acerca del Programa del Permiso Familiar Pagado

- Proporciona beneficios, pero no proporciona protección de empleo ni los derechos de retorno al mismo.
- Proporciona a los trabajadores elegibles el reemplazo parcial de salarios cuando dejan de trabajar para proporcionar cuidado a un padre/madre, hijo/a, esposo/a, y pareja doméstica registrada, o para establecer lazos afectivos con hijos nuevos.
- Cubre a todos los empleados que tienen cobertura bajo el Seguro Estatal de Incapacidad (SDI) (o un plan voluntario en lugar del SDI).
- Ofrece hasta 6 semanas de beneficios en un período de 12 meses.
- Proporciona beneficios de aproximadamente el 55 por ciento de los salarios perdidos.
- Los beneficios del programa de Permiso Familiar Pagado se consideran ingresos sujetos a impuestos.

En California, es la ley.
Beneficios del

Permiso Familiar Pagado

El tiempo para prestar atención.
1-877-379-3819

Para solicitar por Internet o para obtener más información, visite:

www.edd.ca.gov/disability

1-877-238-4373 (inglés)
1-877-379-3819 (español)
1-800-445-1312 (TTY)

El Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD) ofrece igualdad de oportunidad en empleos/programas. Servicios auxiliares y de asistencia para las personas discapacitadas, están disponibles cuando se solicitan. Peticiones para servicios, asistencia y/o formato alterno, necesitan hacerse llamando al 1-877-238-4373 (voz) o TTY al 1-800-445-1312.

Este folleto solamente sirve para proporcionar información general y no tiene la fuerza ni el efecto de ley, norma o reglamento.

Estado de California



Una red de seguridad financiera para los trabajadores de California para cuando sea necesario.

Programa del Permiso Familiar Pagado.



Beneficios del Permiso Familiar Pagado para los Trabajadores de California

A veces hay momentos en la vida de toda persona trabajadora en los que se necesita cuidar a un ser querido. Si bien se trate de padres de familia que trabajan y necesitan más tiempo para establecer lazos afectivos con su recién nacido, y cuidar de éste o se trate de un empleado que necesite cuidar a uno de sus padres, a sus hijos, a su esposo/a o pareja doméstica registrada que esté gravemente enfermo/a, en California, el programa del Permiso Familiar Pagado se creó para éstos momentos (**Nota:** Las parejas domésticas registradas deberán de cumplir con ciertos requisitos y estar registradas con el Secretario de Estado de California para ser elegibles para beneficios.)



Un programa que beneficia a usted y a su familia

California es el líder a nivel nacional como el primer estado que facilita a los empleados balancear las exigencias del lugar de trabajo y las necesidades en el hogar de cuidado de familia. Los beneficios del Permiso Familiar Pagado se basan en los ingresos del solicitante (el que proporciona cuidado) en trimestres anteriores. Para más información sobre las cantidades de beneficios máximas pagadas, diríjase al enlace del formulario DE 2589 de las *Cantidades de Beneficios Semanales para el Seguro de Incapacidad (DI) y el Permiso Familiar Pagado (PFL)* en Incremento de Dinero en www.edd.ca.gov/disability.

Permiso Familiar Pagado para los empleados en California

Los beneficios del Permiso Familiar Pagado no proporcionan protección de empleo ni los derechos de retorno al mismo. La protección de empleo **podrá** ser proporcionada, **si** su empleador está sujeto a la Ley Federal para Permiso Médico Familiar y la Ley de California para los Derechos de la Familia. Notifíquelo a su empleador sobre su razón para tomar el permiso, en una forma consistente con las normas de la compañía para los permisos.

Para calificar para recibir beneficios del Permiso Familiar Pagado, usted tiene que cumplir con los siguientes requisitos:

- Estar cubierto bajo el Seguro Estatal de Incapacidad (SDI) (o un plan voluntario en lugar del SDI) y haber ganado por lo menos \$300 en su período reglamentario de los cuales se retuvieron deducciones.
- Proporcionar información médica que justifique su declaración de que la persona que reciba el cuidado tiene una condición de salud grave y necesita ser cuidada por usted.
- Presentar su solicitud no antes de 9 días pero a más tardar 49 días después del primer día que comenzó el cuidado del miembro de la familia.
- Proporcionar documentación, para justificar una solicitud de beneficios para establecer lazos afectivos con un hijo(a) nuevo(a) biológico, adoptado o de crianza.
- Utilizar un máximo de dos semanas de cualquier permiso por vacaciones a las que tenga derecho, o días de descanso pagados (PTO) a las que usted tenga derecho, pero que no haya utilizado, en el caso de que su empleador así lo requiera, antes del comienzo del recibo de beneficios.
- Cumplir con un período de espera de 7 días, sin pago, antes del inicio de los beneficios por cada persona diferente que cuide durante el período de 12 meses.

Es posible que usted no sea elegible para recibir beneficios si:

- Usted está recibiendo beneficios del Seguro Estatal de Incapacidad, del Seguro de Desempleo, o Compensación para Trabajadores.
- Usted no está trabajando o buscando empleo, en el momento en que comience su permiso para el cuidado familiar.
- Usted no está sufriendo una pérdida de salarios.
- La necesidad de cuidado no está justificada por el certificado de un médico o profesional (médico) que esté a cargo de atenderle.
- Usted se encuentra bajo custodia a causa de un crimen.

(INTERNET)



Usted tiene derecho a:

- Saber la razón y la base de cualquier decisión que afecte sus beneficios.
- Apelar cualquier decisión acerca de su elegibilidad para recibir beneficios. (Las apelaciones deberán ser por escrito y enviadas al Permiso Familiar Pagado.)
- Una audiencia de la apelación y presentarse ante un Juez de Justicia Administrativa (ALJ). Además, puede apelar la decisión del Juez de Justicia Administrativa a la Junta de Apelaciones del Seguro de Desempleo de California (CUIAB) o en la corte.
- Su privacidad - La información acerca de su solicitud de beneficios se mantendrá confidencial, con excepción de los propósitos permitidos por la ley.

Solicite Beneficios

Solicite beneficios del Permiso Familiar Pagado por Internet en www.edd.ca.gov/disability. Los empleadores y médicos/profesionales (médicos) pueden presentar información de la solicitud de beneficios por medio de SDI por Internet. También puede presentar el formulario en papel. Para pedir un formulario de solicitud de beneficios visite www.edd.ca.gov/disability.

Si usted actualmente está recibiendo beneficios del SDI relacionados con el embarazo, no es necesario pedir una solicitud para beneficios del Permiso Familiar Pagado. Se le enviará automáticamente la información para presentar una solicitud del Permiso Familiar Pagado por medio de su cuenta de SDI por Internet o por correo cuando su solicitud relacionada con embarazo se termine.

Comunicándose con el Permiso Familiar Pagado

Si usted tiene alguna pregunta acerca de los beneficios del Permiso Familiar Pagado, por favor visite www.edd.ca.gov/Disability/Paid_Family_Leave.htm.

1-877-238-4373 (inglés) 1-877-379-3819 (español)
1-800-445-1312 (TTY)

Para obtener más información, visite: www.edd.ca.gov/disability
Los formularios de solicitud deberán ser enviados al Permiso Familiar Pagado al: P.O. Box 997017 Sacramento, CA 95799-7017

NOTICE TO EMPLOYEES

Your employer must send a copy of your *Employee's Withholding Allowance Certificate* (Form W-4 [federal] or DE 4 [state]) to the Franchise Tax Board (FTB) if the form meets either of the following two conditions:

- You claim more than 10 withholding allowances.
- You claim to be exempt from state or federal income tax withholding and your employer expects your usual weekly wages to exceed \$200.

Your employer will continue to treat the Form W-4 and/or DE 4 as valid until notified, in writing, by the FTB of the proper marital status and number of allowances to use for California Personal Income Tax (PIT) withholding purposes.

If you disagree with the FTB determination, you may request a review of the determination by writing to:

W-4 Unit
Franchise Tax Board MS F180
P.O. Box 2952
Sacramento, CA 95812-2952
Fax: 916-843-1094

You, as the employee, will have to provide proof that the FTB determination is incorrect for California PIT withholding purposes. Your employer must continue to withhold as instructed in the original determination until notified by the FTB, in writing, of any changes.

If the FTB finds that the number of withholding allowances you claimed is unreasonable, you may be subject to a \$500 penalty as provided by Section 13101 of the California Unemployment Insurance Code.

- Versión en español en la página 2 -

AVISO A EMPLEADOS

Su empleador debe de enviar una copia del certificado del empleado que autoriza la retención de impuestos conocido comúnmente en inglés como, *Employee's Withholding Allowance Certificate* (Formularios W-4 [federal] ó DE 4 [estatal]) al Franchise Tax Board (la oficina de recaudación de impuestos estatales), si el formulario cumple con cualquiera de las dos condiciones siguientes:

- Usted reclama más de 10 exenciones de retención en los cuales se basa la retención de impuestos.
- Usted sostiene estar exento de retención de impuestos federales y estatales y su empleador espera que usted gane su salario normal semanal de más de \$200.

Su empleador continuará considerando el Formulario W-4 y/o el formulario DE 4 como válido hasta que sea notificado por el Franchise Tax Board, por escrito, del estado civil apropiado y el número de exenciones que se pueden usar para el propósito de retención del Impuesto de Ingreso Personal (PIT, por sus siglas en inglés) en California.

Si usted no está de acuerdo con la determinación del Franchise Tax Board, usted puede pedir que se revise la determinación escribiendo al:

W-4 Unit
Franchise Tax Board MS F180
P.O. Box 2952
Sacramento, CA 95812-2952
Fax: 916-843-1094

Usted, como empleado, tendrá que proporcionar las pruebas de que la determinación del Franchise Tax Board es incorrecta para el propósito de retención del Impuesto de Ingreso Personal en California. Su empleador continuará la retención como fue indicado en la determinación original hasta que sea notificado por el Franchise Tax Board, por escrito, de cualquier cambio.

Si el Franchise Tax Board decide que el número de exenciones que usted reclama es irrazonable, se le podrá imponer una multa de \$500 conforme la Sección 13101 del Código del Seguro de Desempleo de California.

- English version on page 1 -



The definition of sexual harassment includes many forms of offensive behavior.



Department of Fair Employment and Housing

- such as a lead, supervisor, manager or agent;
- the employer had no knowledge of the harassment;
- there was a program to prevent harassment; and
- once aware of any harassment, the employer took immediate and appropriate corrective action to stop the harassment.

Filing a Complaint

Employees or job applicants who believe that they have been sexually harassed may file a complaint of discrimination with DFEH within **one year** of the harassment.

DFEH serves as a neutral fact-finder and attempts to help the parties voluntarily resolve disputes.

If DFEH finds sufficient evidence to establish that discrimination occurred and settlement efforts fail, the Department may file a formal accusation. The accusation will lead to either a public hearing before the Fair Employment and Housing Commission or a lawsuit filed by DFEH on behalf of the complaining party.

If the Commission finds that discrimination has occurred, it can order remedies including:

- Fines or damages for emotional distress from each employer or person found to have violated the law
- Hiring or reinstatement
- Back pay or promotion
- Changes in the policies or practices of the involved employer

Employees can also pursue the matter through a private lawsuit in civil court after a complaint has been filed with DFEH and a Right-to-Sue Notice has been issued.

For more information, see publication DFEH-159 “Guide for Complainants and Respondents.”

For more information, contact DFEH toll free at
(800) 884-1684
Sacramento area & out-of-state at **(916) 478-7200**
TTY number at **(800) 700-2320**
or visit our Web site at **www.dfeh.ca.gov**

In accordance with the California Government Code and ADA requirements, this publication can be made available in Braille, large print, computer disk, or tape cassette as a disability-related reasonable accommodation for an individual with a disability. To discuss how to receive a copy of this publication in an alternative format, please contact DFEH at the numbers above.



State of California
Department of Fair Employment & Housing

Sexual Harassment

The Facts About Sexual Harassment

The *Fair Employment and Housing Act* (FEHA) defines sexual harassment as harassment based on sex or of a sexual nature; gender harassment; and harassment based on pregnancy, childbirth, or related medical conditions. The definition of sexual harassment includes many forms of offensive behavior, including harassment of a person of the same gender as the harasser. The following is a partial list of types of sexual harassment:

- Unwanted sexual advances
- Offering employment benefits in exchange for sexual favors
- Actual or threatened retaliation
- Leering; making sexual gestures; or displaying sexually suggestive objects, pictures, cartoons, or posters
- Making or using derogatory comments, epithets, slurs, or jokes
- Sexual comments including graphic comments about an individual's body; sexually degrading words used to describe an individual; or suggestive or obscene letters, notes, or invitations
- Physical touching or assault, as well as impeding or blocking movements



The mission of the Department of Fair Employment and Housing is to protect the people of California from unlawful discrimination in employment, housing and public accommodations, and from the perpetration of acts of hate violence.

Employers' Obligations

All employers must take the following actions against harassment:

- Take all reasonable steps to prevent discrimination and harassment from occurring. If harassment does occur, take effective action to stop any further harassment and to correct any effects of the harassment.
- Develop and implement a sexual harassment prevention policy with a procedure for employees to make complaints and for the employer to investigate complaints. Policies should include provisions to:
 - Fully inform the complainant of his/her rights and any obligations to secure those rights.
 - Fully and effectively investigate. The investigation must be thorough, objective, and complete. Anyone with information regarding the matter should be interviewed. A determination must be made and the results communicated to the complainant, to the alleged harasser and, as appropriate, to all others directly concerned.
- Take prompt and effective corrective action if the harassment allegations are proven. The employer must take appropriate action to stop the harassment and ensure it will not continue. The employer must also communicate to the com-

plainant that action has been taken to stop the harassment from recurring. Finally, appropriate steps must be taken to remedy the complainant's damages, if any.

- Post the Department of Fair Employment and Housing (DFEH) employment poster (DFEH - 162) in the workplace (available through the DFEH publications line [916] 478-7201 or Web site).
- Distribute an information sheet on sexual harassment to all employees. An employer may either distribute this pamphlet (DFEH 185) or develop an equivalent document that meets the requirements of Government Code section 12950(b). This pamphlet may be duplicated in any quantity. **However, this pamphlet is not to be used in place of a sexual harassment prevention policy, which all employers are required to have.**
- All employees should be made aware of the seriousness of violations of the sexual harassment policy and must be cautioned against using peer pressure to discourage harassment victims from complaining.
- Employers who do business in California and employ 50 or more part-time or full-time employees *must* provide at least two hours of sexual harassment training every two years to each supervisory employee and to all new supervisory employees within six months of their assumption of a supervisory position.

- A program to eliminate sexual harassment from the workplace is not only required by law, but is the most practical way for an employer to avoid or limit liability if harassment should occur despite preventive efforts.

Employer Liability

All employers, regardless of the number of employees, are covered by the harassment section of the FEHA. Employers are generally liable for harassment by their supervisors or agents. Harassers, including both supervisory and non-supervisory personnel, may be held personally liable for harassing an employee or coworker or for aiding and abetting harassment.

Additionally, the law requires employers to take "all reasonable steps to prevent harassment from occurring." If an employer has failed to take such preventive measures, that employer can be held liable for the harassment. A victim may be entitled to damages, even though no employment opportunity has been denied and there is no actual loss of pay or benefits.

In addition, if an employer knows or should have known that a **non-employee** (e.g. client or customer) has sexually harassed an employee, applicant, or person providing services for the employer and fails to take immediate and appropriate corrective action, the employer may be held liable for the actions of the non-employee.

An employer might avoid liability if

- the harasser is not in a position of authority,



La definición de acoso sexual incluye muchas maneras de conducta ofensiva.



Departamento de Igualdad en el Empleo y la Vivienda

- El acosador no tenía un puesto de autoridad, como por ejemplo supervisor, jefe, gerente o agente;
- El empleador desconocía el acto de acoso;
- En su empresa existía un programa de prevención de acoso; y
- Una vez que tuvo conocimiento del acto de acoso, el empleador tomó medidas inmediatas para eliminarlo.

Interposición de una Queja

Los trabajadores o los postulantes a un empleo que crean haber sido víctimas de acoso sexual, pueden presentar una queja por discriminación ante DFEH dentro de **un año** a partir de la fecha en que ocurrió dicho acto.

La función de DFEH es ser un investigador neutral de los hechos ocurridos y trata de asesorar a las partes a que resuelvan su disputa en forma voluntaria. Si no se puede llegar a un acuerdo voluntario, y existen pruebas que señalan que se ha quebrantado la ley, DFEH puede emitir una acusación y litigar el caso ante la Comisión de Igualdad en el Empleo y la Vivienda, o en un tribunal civil.

Si la Comisión falla que la discriminación ha ocurrido, puede ordenar soluciones que pueden incluir:

- De cada empleador o persona que violó la ley, multas o pago de compensaciones por el sufrimiento emocional causado;
- El emplear o restituir al puesto a la persona contra quien se discriminó;
- El pago de sueldos perdidos o el ascenso;
- Cambios en las políticas o reglamentos de la empresa.

Los empleados también pueden entablar una demanda de propia cuenta en una corte civil después de

haber interpuesto una queja con DFEH y de haber recibido la Notificación del Derecho a Querrellarse.

Para más información, vea la publicación de DFEH 159, "Guía para los Denunciantes y los Demandados."

Para recibir información adicional, comuníquese con DFEH al número sin cargo **(800) 884-1684** área de Sacramento y fuera del Estado al **(916) 478-7200** número TTY **(800) 700-2320** o visite nuestro sitio en la red: www.dfeh.ca.gov

De acuerdo con el Código de Gobierno de California y los requisitos de la Ley de Americanos con Discapacidades, esta información está disponible en Braille, letra grande, disco de computadora y cassette como una acomodación razonable para personas con discapacidades. Para informarse de como puede recibir una copia de esta información en un formato alternativo, por favor comuníquese con el departamento a los números que se indican anteriormente.



State of California
Department of Fair Employment & Housing

Acoso Sexual

La Realidad Acerca del Acoso Sexual

La *Ley de Igualdad en el Empleo y la Vivienda* (FEHA) define el acoso sexual como un acto que se basa en el sexo, o de índole sexual; acoso debido al sexo del individuo; y acoso debido a embarazo, nacimiento, o estado de salud relacionados con los mismos. La definición de acoso sexual incluye muchas formas de conducta ofensiva, incluyendo el acoso a una persona del mismo sexo que el del acosador. Lo que se indica a continuación es una lista parcial de las distintas clases de acoso sexual:

- Insinuaciones de índole sexual indeseadas
- Ofrecimiento de beneficios de empleo a cambio de favores sexuales
- Represalia o amenaza de represalias
- Miradas lascivas, gestos de tipo sexual, o mostrar objetos insinuantes, como fotografías, caricaturas, o posters
- Hacer comentarios que menosprecian a una persona, usar palabras soeces, comentarios insinuantes o bromas del mismo tipo
- Comentarios de índole sexual, incluyendo comentarios gráficos acerca del cuerpo de una persona, usando palabras degradantes para describir a un individuo, cartas insinuantes u obscenas, mensajes o invitaciones.
- Manoseo o agresión física, como también el bloquear o impedir el movimiento de una persona



La misión del Departamento de Igualdad en el Empleo y la Vivienda es proteger a los habitantes de California de actos ilícitos de discriminación en el lugar de trabajo, en las viviendas y servicios públicos, como también de la perpetración de actos de violencia.

Obligaciones de los Empleadores

Todos los empleadores deben adoptar las siguientes medidas contra el acoso sexual:

- Aplicar todas las medidas necesarias en la prevención de la discriminación y acoso. En el caso que se cometa un acto de acoso: tomar acción efectiva para impedir cualquier otro acto de acoso en el futuro, como también corregir cualquier consecuencia derivada del mismo.
- Desarrollar e implementar una política de prevención de acoso sexual proporcionando un mecanismo para que los trabajadores puedan presentar los reclamos y para que el empleador pueda investigar las quejas. Estas políticas deberían incluir disposiciones para:
- Informar al reclamante de sus derechos y de cualquier otra medida a adoptar para preservar aquellos derechos.
- Realizar una investigación completa y efectiva. Se deberá realizar las indagaciones correspondientes con todas las personas que posean información al respecto. Se debe llegar a una determinación y comunicar los resultados de la misma al reclamante, al presunto acosador, y si es apropiado, a todos aquéllos involucrados directamente en el asunto.
- Si el acoso sexual es comprobado, se debe adoptar de inmediato y sin demora una medida correctiva. El empleador debe tomar medidas apropiadas para parar el acoso y asegurarse de que no continúe. El empleador también le

debe informar al denunciante sobre las acciones que se han tomado para que el acoso no vuelva a ocurrir. Finalmente, se deben tomar medidas para remediar las pérdidas o daños incurridos por el denunciante, si los hubiera.

- Colocar el poster (DFEH 162) del Departamento de Igualdad en el Empleo y la Vivienda (Department of Fair Employment and Housing [DFEH]) en el lugar de trabajo (disponible a través del número de publicaciones de DFEH [916] 478-7201 o el sitio en la red).
- Distribuir entre todos los trabajadores un folleto informativo acerca del acoso sexual. El empleador puede distribuir este panfleto (DFEH 185) o imprimir un documento equivalente que cumpla con los requisitos dispuestos por el artículo 12950(b) del Código del Gobierno. **Este folleto puede ser duplicado tantas veces como sea necesario. Sin embargo, este panfleto no puede ser utilizado en reemplazo de la política de prevención del acoso sexual, que todos los empleadores deben tener.**
- Se deberá informar a todos los trabajadores acerca de la gravedad del incumplimiento de la política de acoso sexual. Se deberá educar al personal de supervisores acerca de sus responsabilidades específicas en esta materia. Se debe advertir a todos los trabajadores de las consecuencias a que se exponen si presionan a sus compañeros para disuadirlos de presentar una queja.
- La ley no sólo dispone que se implemente un programa para eliminar el acoso sexual en el lugar de empleo, sino que es la vía más práctica del empleador para así evitar o limitar la responsabilidad civil si el acoso sexual ocurre a

pesar de las medidas de prevención implementadas.

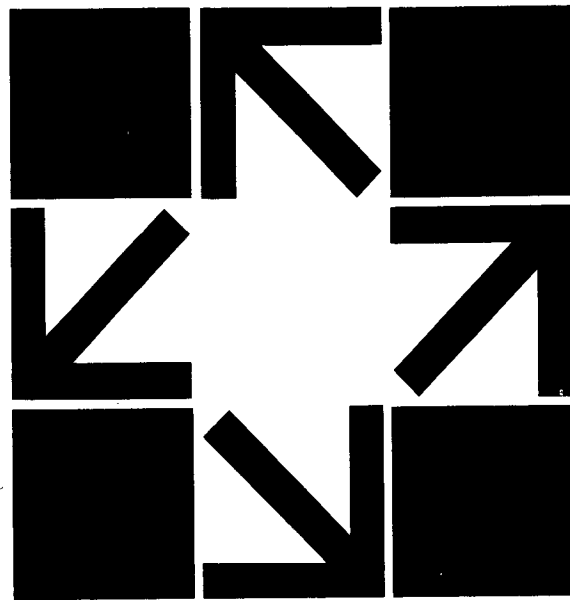
Responsabilidad Civil del Empleador

Todos los empleadores, sin tomar en cuenta el número de trabajadores en sus empresas, están incluidos en la sección de acoso sexual dispuesta por FEHA. En general, los empleadores son responsables por los actos de acoso cometidos por sus supervisores o agentes. Los acosadores, incluyendo el personal de supervisión o personal sin responsabilidades de supervisión, pueden exponerse a que se les haga responsables por el acoso a un trabajador(a) o compañero(a) de trabajo o por ayudar e incitar en un acto de acoso sexual.

Además, la ley dispone que los empleadores adopten “todas las medidas necesarias para prevenir que ocurra el acoso sexual.” Si un empleador no ha cumplido con aplicar estas medidas preventivas, se le puede hacer responsable por el acto de acoso. Asimismo, una víctima podría tener el derecho de que se le compense por los daños contra su persona, aunque no se le haya negado una oportunidad de trabajo y aunque la víctima no haya sufrido ninguna pérdida en sus ingresos o beneficios.

Además, si un empleador sabe o debería haber sabido que una persona que no pertenece al personal de su empresa ha acosado sexualmente a un trabajador, un postulante a un empleo, o a un individuo que proporciona servicios a su empresa, y dicho empleador no cumple con tomar una medida correctiva adecuada e inmediata, se le podría hacer responsable por el acto de acoso sexual.

Un empleador podría evitar la responsabilidad civil en el caso que:



Facts about Workers' Compensation

The Way It Was

In the early 20th century, a worker injured on the job had to sue his employer to recover medical expenses and lost wages. Lawsuits took months and sometimes years. Juries had to decide who was at fault and how much, if anything, would be paid. In most instances, the worker got nothing. It was costly, time consuming, and often unfair.

The Way It Is

Today, the California workers' compensation law provides a faster, fairer way to take care of injured workers... where fault doesn't have to be proved to recover medical expenses and lost wages.

This job-injury insurance is paid for by your employer and supervised by the state. It pays your medical bills and if you can't work due to a job-related injury or illness, provides money to help replace lost wages until you can return to work.

Who's Covered?

Almost every employee in California is protected by workers' compensation, but there are a few exceptions. People in business for themselves and unpaid volunteers may not be covered. Maritime workers and federal employees are covered by similar laws. If you have a question about coverage, ask your employer.

What's Covered?

Any injury or illness is covered if it's due to your job. It can be caused by one event like a fall, or repeated exposures, such as repetitive motion over time. Everything from first-aid type injuries to serious accidents is covered. Workers' compensation even covers injuries – including physical or psychiatric injuries – resulting from a workplace crime. (Some injuries from voluntary, off-duty recreational, social or athletic activity – for example, the company bowling team – may not be covered. Check with your supervisor or the claims administrator listed at the end of this document if you have questions.)

Coverage is automatic and immediate. There is no qualifying period, no need to earn a certain amount in wages before you're covered... protection begins the first minute you're on the job.

What You Have To Do

If you have a work injury or illness, immediately notify your supervisor or the employer representative listed on the back of this pamphlet so you can get medical help right away. If it's more than a simple first-aid injury, your employer will give you a claim form so you can describe the injury and how, when and where it happened. To file a claim, complete the "Employee" section of the claim form, keep one copy and return the rest to your employer. Your employer will then complete the "Employer" section, give you a signed and dated copy of the form, keep one copy and send one to the claims administrator, the company that is responsible for handling your claim and notifying you about your eligibility for benefits.

Benefits can't start until the claims administrator knows of the injury, so report the injury and file the claim form with your employer as soon as possible. State law requires employers to authorize medical care within one working day of receiving a claim form, and employers may be liable for as much as \$10,000 in treatment until a claim is accepted or rejected. Delays in reporting may delay workers' compensation benefits, and you may not be able to get benefits if you don't file a claim within one year of the date of injury, the date you knew the injury was work related, or the date benefits were last provided. To ensure your right to benefits, report every injury, no matter how slight, and request a claim form if it's more than a minor injury requiring only first aid.

Benefits

The California workers' compensation law guarantees you three kinds of benefits:

- All reasonable and necessary medical care for your injury or illness with no deductibles. Medical benefits may include treatment by a doctor, hospital services, lab tests, x-rays, physical therapy and medicines. State law makes non-emergency medical services subject to preauthorization and limits some medical services.
- Tax-free payments to help replace lost wages while you are temporarily disabled. Additional payments are made if the injury causes a permanent disability or death.
- If your injury or illness causes permanent disability that prevents you from returning to work and your employer doesn't offer appropriate regular, modified or alternative work, you may be eligible for a supplemental job displacement benefit. This is a nontransferable voucher of up to \$6,000 for education-related retraining and/or skill enhancement at state-approved schools, and other items and services to help you get back to work.

Benefit Payments

- **Medical Care:** All medical bills for reasonable and necessary treatment will be paid directly by the claims administrator, so you should never receive a bill. The name and phone number of the claims administrator are at the end of this document and are posted at your workplace.
- **Temporary Disability:** If you are unable to work for more than three days, including weekends, you are entitled to temporary disability (TD) payments to help replace your lost wages. About two weeks after reporting the injury, you'll get a check. You will continue to receive TD checks every two weeks after that until the doctor says you can return to work, or that your medical condition is "permanent and stationary." (Payments won't be made for the first three days, however, unless you're hospitalized as an inpatient or unable to work more than 14 days.) The amount of these checks will be two-thirds of your average wage, subject to minimums and maximums set by the state Legislature. It probably won't be the full amount of your regular paycheck, but there are no deductions and the payments are tax free. Under state law, TD payments for a single injury may not extend for more than 104 compensable weeks within five years from the date of injury, or for more than 240 weeks within five years from the date of injury for a few long-term injuries such as severe burns or chronic lung disease. If you reach the maximum TD payment period before you can return to work or before your medical condition becomes permanent and stationary, you may be able to obtain State Disability benefits through the California Employment Development Department (EDD). You also may be able to get these benefits if your TD is delayed or denied. There are time restrictions, however, so contact EDD at 1-800-480-3287 or www.edd.ca.gov for information on when and how to apply.
- **Permanent Disability:** If your doctor says your injury or illness will always leave you somewhat limited in your ability to work, you may receive permanent disability payments. The amount depends on the doctor's report, how much of the permanent disability was directly caused by your work, and factors such as your age, occupation, type of injury, and date of injury. The minimum and maximum amounts are set by state law, and vary by injury date, but if you have a permanent disability, your claims administrator will send you a letter explaining how the benefit was calculated. In general, the total amount is set at a weekly rate spread over a fixed number of weeks. The first payment is due within 14 days after the final temporary disability payment, or if you were not receiving temporary disability, 14 days after your doctor says your condition is permanent and stationary. After that, the benefit will be paid every 14 days until you reach the maximum or until you settle your case and receive a lump sum.
- **Death Benefits:** If the injury or illness causes death, payments may be made to individuals who were financially dependent on you.

These benefits are set by state law and the amount depends on the number of dependents and the date of injury. Generally, the payments are made at the same rate as temporary disability payments, however, no payments will be less than \$224 per week. Workers' compensation also provides a burial allowance.

- **Supplemental Job Displacement Benefit:** If the claims administrator receives a doctor's report that you have recovered as much as possible from your job injury, and that you have a permanent disability, within 60 days you may receive a form with an offer of regular, modified or alternative work from your employer. If 60 days after receiving the doctor's report your employer has not offered you regular, modified or alternative work, your claims administrator has 20 days to offer you the Supplemental Job Displacement Benefit. This is a voucher for up to \$6,000 that you can use for retraining or skill enhancement at a state accredited school, books, required tools, professional license and certification fees, or other resources that can help you find a new job. There are limits on how much you can spend for some items, but if you qualify, you'll get information on what types of expenses are covered, the limits, documentation requirements, and deadlines for using this benefit.

Other Benefits

Workers' compensation is sometimes confused with State Disability Insurance (SDI). They seem similar, but there are important differences. Workers' compensation insurance covers on-the-job injuries and illnesses and is paid for entirely by your employer. On the other hand, SDI covers off-the-job injuries or sickness, and is paid for by deductions from your paycheck. If you are not receiving workers' compensation benefits, you may be able to get State Disability benefits. For information, call the local office of the state Employment Development Department listed in the government pages of your phone book, or learn more at www.edd.ca.gov/disability/.

If your work injury results in a permanent disability and the state determines that your workers' compensation permanent disability benefit is too low compared to your loss of future earnings, you may qualify for additional money from a Return-to-Work Fund, approved by state lawmakers in 2012. This fund is administered by the Department of Industrial Relations, and details on eligibility and how to apply will be included in state regulations, so if you have questions or think you may qualify, contact the local DWC Information and Assistance office listed in the back of this pamphlet, or visit the Division of Workers' Compensation web site at www.dwc.ca.gov.

If You Have Questions

... ask your supervisor or employer representative. Or contact the workers' compensation claims administrator (the name and phone number are listed at the end of this document and are posted at your workplace). You also can contact an information and assistance officer at the State Division of Workers' Compensation (DWC). Information and assistance officers are available at no charge to answer questions, review problems and provide additional written information about workers' compensation. The local office is listed at the end of this document and is posted at your workplace, or you can call 800-736-7401, check the local listing in the white pages of the phone book under State Government Offices/Industrial Relations/Workers' Compensation, or go to the DWC web site at www.dwc.ca.gov.

More About Medical Care

Good medical care is important - to you, your family and your employer. Quality medical treatment is the quickest way to recovery.

- If emergency care is needed, call 911 for immediate help and get the best treatment available until emergency personnel arrive.
- If first-aid is available at your workplace, seek immediate treatment. Report to your employer where, when and how the accident happened. If it's more than a simple first-aid injury, ask your employer for a claim form.
- To make sure your medical bills get paid and you get all of your benefits, complete the "Employee" section of the claim form and return it to your employer as soon as possible. Employers must

notify the claims administrator and authorize medical care within one working day of receiving a claim form, so get a signed and dated copy back from your employer and keep it with the other paperwork related to your claim.

- Your claims administrator will arrange medical care that meets the treatment guidelines for the injury. The doctor, who may be a specialist for your type of injury, will be familiar with workers' compensation requirements and will report promptly so your benefits can be paid.
- Your employer may have a Medical Provider Network (MPN), which is a network of health providers who treat workers injured on the job. If so, MPN information can be found on a notice posted at your work-site. You also can request information on how to use the MPN by asking your employer or by calling the MPN number on the poster.
- The doctor with overall responsibility for your treatment is the "primary treating physician" (PTP). The PTP decides what kind of medical care you need and when you can return to work. The PTP may review your job description with you and your employer to define any limitations or restrictions that you may have when you go back to work. The PTP also will coordinate any care you receive from other medical providers, and for a serious injury, will write reports about any permanent disability or need for future medical care.
- You can be treated by your personal doctor immediately if you have health care coverage for nonwork injuries and illnesses; the doctor has treated you before, has your medical records, and has agreed in advance to treat you for work injuries or illnesses; and you gave your employer the doctor's name and address in writing before the injury. This is called "pre-designating a personal physician." If you decide to pre-designate, the doctor must be someone who has limited his or her practice of medicine to general practice or be a board-certified or board-eligible internist, pediatrician, obstetrician-gynecologist, or family practitioner; or you can pre-designate a multispecialty group of licensed doctors of medicine or osteopathy (M.D.s or D.O.s) that provides comprehensive medical services primarily for nonoccupational injuries and illnesses. You can use the optional Pre-designation of Personal Physician form included in this pamphlet to give your employer the necessary information. You can use the optional DWC Form 9783.1 to name a personal chiropractor or acupuncturist, but different rules apply, and you may need to see an employer-selected doctor first.
- If your employer has an MPN, but you have a pre-designated personal physician, you may receive treatment immediately from that doctor. If your employer has an MPN and you do not pre-designate a personal physician prior to injury, a network doctor will generally be your PTP for the duration of treatment. For treatment other than emergency care, your claims administrator should direct you to an MPN doctor for your first medical visit, though you may switch to another doctor in the network anytime after your first visit. If you want to switch to a chiropractor or acupuncturist, including a personal chiropractor or personal acupuncturist named prior to the injury, he or she must be in the network. Different rules apply if you are in a workers' compensation Health Care Organization (HCO). If your employer has an MPN or if you are in an HCO, your employer will provide additional information about the network and your rights under your plan.
- Generally, if you don't pre-designate a personal physician prior to the injury, and are not covered by an MPN, you can switch to your own doctor 30 days after the injury is reported. If you want to switch doctors before that, your claims administrator will give you a list of doctors to choose from. (Different rules apply if you are in a HCO, so check with your claims administrator if that's the case.) If you want to change doctors for any reason, choose carefully, and if you want advice on specialists, talk to the claims adjuster who works for your claims administrator. They're as interested as you are in your prompt recovery and return to work and will help you get a different doctor.
- In any event, report your choice to the claims adjuster as soon as you make it so the bills will be paid for you. Even minor injuries may need expert care. Prompt, quality medical care is the best investment you and your employer can make.

Optional Form

PREDESIGNATION OF PERSONAL PHYSICIAN

In the event you sustain an injury or illness related to your employment, you may be treated for such injury or illness by your personal medical doctor (M.D.), doctor of osteopathic medicine (D.O.) or medical group if

- 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 nonoccupational coverage insurer/program _____

Employee's Signature: _____

Date: _____

Physician: I agree to this Pre-designation:

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 pre-designated will be required pursuant to Title 8, California Code of Regulations, section 9780.1(a)(3)

Note to Employee: Unless an employee agrees, neither the employer nor the claims administrator shall contact your personal physician to confirm a pre-designation [CCR 9780 1(f)]. If your physician did not sign above, other documentation that they agreed to be pre-designated prior to the injury will be required. If you agree that after receiving this form your employer or claims administrator may contact your physician to confirm the pre-designation, sign below.

Employee Signature _____

Employee I D # _____ Date _____

Note to Physician: California workers' compensation medical services are subject to preauthorization of non-emergency services, utilization review, reporting requirements, and the California Official Medical Fee Schedule. The following optional information may assist communication and facilitate the authorization, reporting, recordkeeping and payment processes

Office Manager/Billing Contact _____

Phone _____

Mailing Address (if different from street address) _____

Fax _____ Email _____

Physician License # _____

Physician Tax I.D. # _____

Optional Form

NOTICE OF PERSONAL CHIROPRACTOR OR PERSONAL ACUPUNCTURIST

If your employer or your employer's insurer does not have a Medical Provider Network, you may be able to change your treating physician to your personal chiropractor or acupuncturist following a work-related injury or illness. In order to be eligible to make this change, you must give your employer the name and business address of a personal chiropractor or acupuncturist in writing prior to the injury or illness. Your claims administrator generally has the right to select your treating physician within the first 30 days after your employer knows of your injury or illness. After your claims administrator has initiated your treatment with another doctor during this period, you may then, upon request, have your treatment transferred to your personal chiropractor or acupuncturist. You may use this form to notify your employer of your personal chiropractor or acupuncturist.

Your Chiropractor or Acupuncturist's Information:

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

(street address, city, state, zip code)

(telephone number)

Employee Name (please print): _____

Employee's Address: _____

Employee's
Signature: _____

Date: _____

Title 8, California Code of Regulations, Section 9783.1
(DWC Form 9783.1 – Effective Date March 2006)

Note to employee: State law does not allow a chiropractor to be a treating physician beyond a maximum of 24 visits. A personal chiropractor must be your regular, licensed chiropractor (D.C.) who previously directed your treatment and retains your chiropractic treatment records, including your chiropractic history. A personal acupuncturist must be your regular, licensed acupuncturist (L.Ac.) who previously directed your treatment and who retains your acupuncture treatment records, including your acupuncture history.

If your employer offers a workers' compensation Medical Provider Network (MPN), you may only switch to a personal chiropractor or acupuncturist within the MPN. If you are a member of a workers' compensation Health Care Organization (HCO) different rules apply, so check with your employer or claims administrator if that is the case.

When a work injury or illness occurs...

- If emergency medical care is needed, call 911 or go to the nearest emergency room.
- Report injuries immediately to your supervisor or employer representative at _____ (telephone). Your employer may advise you on where to go for treatment. Your employer also is required to provide you with a claim form within one working day of learning of your injury, so ensure your rights to benefits by reporting every injury, no matter how slight, and request a claim form if it's more than a simple first-aid injury. Your employer must notify the claims administrator and authorize medical treatment within one working day of receiving your claim form, and will direct you to a doctor, clinic, or to a hospital if necessary. Any delay in reporting an injury may delay workers' compensation benefits. If your claim or benefits are denied, you have a right to challenge the decision at the Workers' Compensation Appeals Board, but there are deadlines for filing the necessary papers, so don't delay.
- Call your employer representative or claims administrator if you have questions or problems. It is illegal for an employer to fire or discriminate against you just because you file, intend to file, or settle a workers' compensation claim, or because you testify for a co-worker who was injured. If you prove this kind of discrimination, you will be entitled to job reinstatement, lost wages and increased benefits, plus costs and expenses up to a maximum set by the state legislature.

Emergency Telephone Number: Call 911 for an ambulance, the fire department, police, or for emergency medical care from a doctor or hospital. For nonemergency medical care, contact your employer, the workers' compensation claims administrator listed below, or go to:

Claims Administrator:

Name _____

Check if company is self-insured

Telephone _____

Free help and information are available by contacting a Division of Workers' Compensation information and assistance officer at the local office listed below. You can hear recorded information and get a list of local offices by calling (800-736-7401), or you can get additional written information about workers' compensation by going to the Division of Workers' Compensation web site at www.dwc.ca.gov.

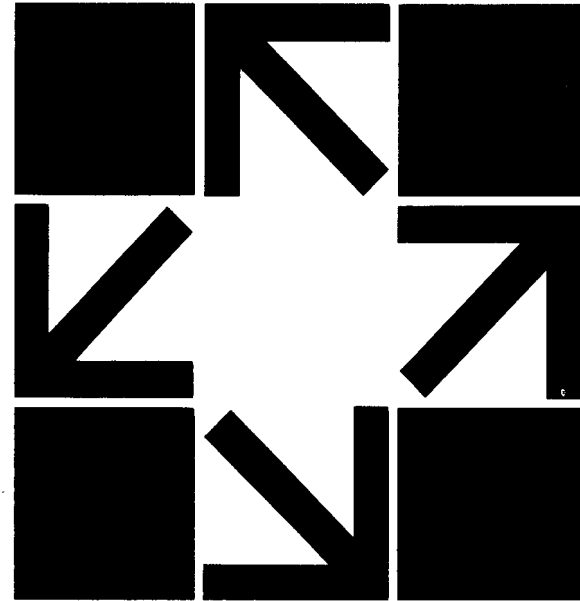
DWC Information & Assistance Office

Street Address _____

City _____

Telephone _____

WORKERS' COMPENSATION FRAUD IS A FELONY
Anyone who makes or causes to be made any knowingly false or fraudulent material statement for the purpose of obtaining or denying workers' compensation benefits or payments is guilty of a felony and may be fined and imprisoned.



Información Acerca de la Compensación de Trabajadores

Cómo Era Antes

A principios del siglo veinte, un trabajador lesionado en el trabajo tenía que demandar a su empleador para recuperar los gastos médicos y los sueldos perdidos.

Los pleitos llevaban meses y a veces años. Los jurados tenían que decidir quién tenía la culpa y cuánto, si es que algo, se pagaría. En la mayoría de los casos, el trabajador no obtenía nada. Era caro, demorado, y a menudo injusto.

Cómo Es Ahora

Hoy, la ley de la compensación de trabajadores de California proporciona una manera más justa y rápida para cuidar de trabajadores lesionados... donde no se tiene que probar culpa para recuperar los gastos médicos y los sueldos perdidos.

Este seguro de lesión en el trabajo es pagado por su empleador y supervisado por el estado. Se paga sus cuentas médicas y si usted no puede trabajar debido a una lesión o enfermedad relacionada al trabajo, la compensación de trabajadores proporciona dinero para ayudar a reemplazar los sueldos perdidos hasta que usted pueda volver a trabajar.

¿Quién Está Cubierto?

Casi todo empleado en California está protegido por la compensación de trabajadores, pero hay unas pocas excepciones. Las personas que tienen sus propios negocios y los que trabajan como voluntarios impagados pueden no estar cubiertos. Los trabajadores marítimos y los empleados federales están cubiertos por leyes semejantes. Si usted tiene una pregunta acerca de la cobertura, pregunte a su empleador.

¿Qué Está Cubierto?

Cualquier lesión o enfermedad se cubre si es debida a su trabajo. Esta se puede causar por un evento como una caída, o exposiciones repetidas, tales como movimiento repetitivo a través del tiempo. Desde lesiones de tipo de primeros auxilios hasta accidentes graves están cubiertos. La compensación de trabajadores cubre aún las lesiones -- inclusive lesiones físicas o psiquiátricas -- resultantes de un crimen en el lugar de trabajo. (Algunas lesiones de actividades de voluntario, actividades recreativas después del trabajo, sociales o atléticas, por ejemplo, el equipo de boliche de la compañía, puede no estar cubiertas. Consulte con su supervisor o el administrador de reclamos listado en la sección, "Cuando Sucede una Lesión o Enfermedad en el Trabajo." Si tiene preguntas.)

La cobertura es automática e inmediata. No hay un periodo para calificar, ninguna necesidad de ganar cierta cantidad en sueldos antes de ser cubierto. La protección comienza el primer minuto que usted está en el trabajo.

Lo Que Usted Tiene Que Hacer

Notifique inmediatamente a su supervisor o a representante del empleador listado en la parte trasera de este folleto para que pueda obtener ayuda médica inmediatamente. Si es más que una lesión sencilla que requiere primeros auxilios, su empleador le dará un formulario de reclamo para que pueda describir la lesión y cómo, cuándo y dónde aconteció. Para archivar un reclamo, complete la sección de "Empleado" del formulario de reclamo, retenga una copia y vuelva el resto a su empleador. Su empleador entonces completará la sección de "Empleador," le dará una copia firmada y fechada del formulario, retendrá una copia y enviará una al administrador de reclamos, la compañía que es responsable de manejar su reclamo y notificarle acerca de su elegibilidad para beneficios.

Los beneficios no pueden comenzar hasta que el administrador de reclamos sepa de la lesión, así que reporte la lesión y archive el formulario de reclamo tan pronto como sea posible. La ley estatal requiere a los empleadores que autoricen tratamiento médico a más tardar un día laborable después de recibir un formulario de reclamos, y los empleadores pueden ser responsables hasta por \$10,000 de tratamiento hasta que se acepte o rechace un reclamo. Las demoras al informar pueden demorar los beneficios de la compensación de trabajadores y usted no puede

obtener beneficios si no archiva un reclamo a más tardar un año de la fecha de la lesión, la fecha en que usted supo que la lesión estaba relacionada al trabajo, o la fecha en que los últimos beneficios se proporcionaron. Para asegurar su derecho a beneficios, reporte toda lesión, por leve que sea, y solicite un formulario de reclamo si es que su lesión es más que una que simplemente requiere primeros auxilios.

Los Beneficios

La ley de la compensación de trabajadores de California le garantiza tres clases de beneficios:

- Todo cuidado médico razonable y necesario de su lesión o enfermedad... sin deducibles. Los beneficios médicos pueden incluir tratamiento por un doctor, servicios de hospital, pruebas de laboratorio, radiografías, terapia física y medicinas. La ley estatal hace los servicios que no son de emergencia sujetos a preautorización y limita algunos servicios médicos.
- Pagos libres de impuestos para ayudar a reemplazar sueldos perdidos mientras usted está incapacitado temporalmente. Se hacen pagos adicionales si la lesión tiene como resultado una incapacidad permanente o la muerte.
- Si su lesión o enfermedad causa incapacidad permanente que le permite regresar a trabajar y su empleador no le ofrece trabajo regular, modificado o alternativo, usted puede calificar para beneficios suplementarios de desplazo de empleo. Este es un vale no transferible de hasta \$6,000 para reentrenamiento relacionado con la educación y/o mejora de destrezas en escuelas aprobadas por el estado, y otros artículos y servicios para ayudarlo a volver a trabajar.

Pagos de Beneficios

- **Cuidado Médico:** Todas las facturas médicas por tratamiento razonable y necesario serán pagados directamente por el administrador de reclamos, así que usted nunca debería ver una cuenta. El nombre y número de teléfono del administrador de reclamos están al final de este documento y están anunciados en su lugar de trabajo.
- **Incapacidad Temporal:** Si usted no puede trabajar por más de tres días, inclusive fines de semana, usted tiene derecho a pagos temporales de incapacidad (TD) para ayudar a reemplazar sus sueldos perdidos. Después de unas dos semanas de informar la lesión, usted obtendrá un cheque. Usted continuará recibiendo cheques de TD cada dos semanas después de eso hasta que el doctor le diga que puede volver a trabajar, o que su condición médica es "permanente y estacionaria." (No se le pagarán los primeros tres días, sin embargo, a menos que usted esté hospitalizado como un paciente interno o que no pueda trabajar por más de 14 días.) La cantidad de estos cheques será dos tercios de su sueldo promedio, sujeto a mínimos y máximos fijados por la legislación del estado. Probablemente no será la cantidad completa de su cheque de pago regular, pero no se le harán deducciones y los pagos son libres de impuestos. Bajo la ley estatal, los pagos por TD no se pueden extender por más de 104 semanas compensables dentro de cinco años de la fecha de la lesión, o por más de 240 semanas dentro de cinco años de la fecha de la lesión para algunas lesiones de largo plazo tales como quemaduras severas o enfermedad pulmonar crónica. Si usted llega al periodo máximo de TD antes que regrese al trabajo o antes que su condición médica se convierta en permanente y estacionaria, usted puede obtener beneficios de Incapacidad Estatal por medio de California Employment Development Department (EDD). También puede obtener estos beneficios si su TD se retrasa o se le niega. Existen restricciones de tiempo, sin embargo, así es que contacto EDD al 1-800-480-3287 o www.edd.ca.gov para información sobre cuándo y cómo solicitar.

PREDESIGNACIÓN DE MÉDICO PERSONAL

Si usted tiene lesión o una enfermedad relacionada al trabajo, puede ser tratado para tal lesión o enfermedad por su médico personal (M D) doctor de osteopatía (D O) o grupo médico si:

- tiene cobertura de atención médica para lesiones y enfermedades no laborales,
 - el doctor es su médico regular, ya se que haya limitado su práctica de medicina a una práctica general o si es un médico internista certificado por la junta o si reúne los requisitos de la misma, un médico pediatra, gineco-obstetra, o médico familiar que se haya encargado anteriormente de su tratamiento médico, y tiene sus expedientes médicos,
 - Su "médico personal" puede ser un grupo de médicos especialidades si es una sola corporación o sociedad integrada por doctores de medicina u osteopatía que funciona a grupo médico integrado que propociona servicios médicos comprensivos predominante para las enfermedades y lesiones no ocupacionales,
 - antes de lesión su médico ha acordado proporcionarle tratamiento para su lesiones o enfermedades del trabajo,
 - antes de lesión usted le proporcionó por escrito lo siguiente a su empleador (1) notificación de que usted desea que su médico personal le dé tratamiento para lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, y (2) el nombre y la dirección comercial de su médico personal
- Usted puede utilizar esta forma para notificarle a su empleador si desea que su médico personal o un doctor del osteopatía le dé tratamiento para cualquier enfermedad o lesión relacionada con el trabajo, y para que se cumplan los requisitos anteriores

AVISO DEL DESIGNADO CON ANTELACIÓN:

Empleado: Complete esta sección

A. _____ (nombre del empleador)
 En caso de una lesión o enfermedad de trabajo, yo elijo a ser tratado por (nombre del doctor) _____ (M D D O o Grupo Médico) (dirección, ciudad, estado código postal) _____

(número de teléfono) _____
 Nombre del empleado (imprima) _____
 Dirección del empleado _____
 Nombre de aseguradora o programa de la cobertura non-ocupacional _____

Firma del empleado _____ Fecha _____
 Physician, I agree to this Predesignation/Médico Acuerdo al este predesignación Signature/Firma _____ Date/Fecha _____

(médico o empleado señalado del médico o grupo médico/physician or designated employee of the physician or medical group).
 No requieren al médico firmar esta forma, sin embargo, si el médico o el empleado señalado del médico o el grupo médico no firma, la otra documentación del acuerdo del médico de ser designado con antelación será requerida conforme al título 8, CCR 9780.1(a)(3) 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, CCR 9780.1(a)(3)

Nota al empleado: A menos que un empleado convenga, ni el empleador ni el administrador de reclamos puede comunicarse con su doctor personal para confirmar un designado con antelación [CCR 9780.1(f)]. Si su médico no firmó arriba, la otra documentación que acordaron ser designado con antelación antes de lesión será requerida. Si usted conviene que después de recibir esta forma el empleador o administrador de reclamos puede comunicarse con el doctor para confirmar el médico personal designado con antelación, firme abajo
 Firma del empleado _____ Fecha _____

Número de Identificación del Empleado _____
Note to Physician: California workers' compensation medical services are subject to preauthorization of non-emergency services, utilization review, reporting requirements, and the California Official Medical Fee Schedule. The following optional information may assist communication and facilitate the authorization, reporting, recordkeeping and payment processes/**Nota al médico:** Los servicios médicos en el sistema de la compensación de los trabajadores de California con excepción de servicios de emergencia están sujetos a autorización por adelanta repaso de utilización, requisitos de informes, y los honorarios gobernados por la Lista Médica Oficial de Honorarios de California. La información opcional siguiente puede asistir a la comunicación y facilitar la autorización, divulgando, mantenimiento de registros y procesos del pago. **Office Manager/Billing Contact/Nombre(s) de la oficina/ contacto de cobros:** _____

Telephone Number / Número de Teléfono _____
 Mailing Address if different from street address/ Dirección de envío (si es diferente de dirección de calle) _____
 Fax _____ Email/Correo electrónico _____
 Physician License Number / Numero de la licencia del médico _____
 Physician Tax ID Number / Numero de contribuyente del médico _____

comuníquese con la oficina local de información y ayuda de la División Estatal de Compensación de Trabajadores (DWC). La oficina local está listada en la sección, "Cuando Sucede una Lesión o Enfermedad en el Trabajo en el reverso de este folleto, o visite el sitio del web www.dwc.ca.gov.

Si Tiene Preguntas

... pregunte a su supervisor o al representante del empleador. O comuníquese con el administrador de reclamos de compensación de trabajadores (el nombre y número de teléfono está en la sección, "Cuando Sucede una Lesión o Enfermedad en el Trabajo...", y se anuncia en su lugar de trabajo). También puede comunicarse a un oficial de información y ayuda de la División Estatal de Compensación de Trabajadores (DWC). Los oficiales de información y ayuda están disponibles sin ningún costo para responder a preguntas, reparar problemas y proporcionar información escrita adicional acerca de la compensación de trabajadores. La oficina local está listada en la sección, "Cuando Sucede una Lesión o Enfermedad en el Trabajo...", y se anuncia en su lugar de trabajo, o puede llamar al 800-736-7401, revise la lista local en las páginas blancas del libro telefónico bajo Oficinas de Gobierno del Estado/ Relaciones Industriales/Compensación de Trabajadores, o vaya al sitio del web de DWC en el www.dwc.ca.gov.

- **Incapacidad Permanente:** Si su doctor dice que su lesión o enfermedad siempre le limitará algo en su habilidad de trabajar, usted puede recibir pagos permanentes de incapacidad. La cantidad depende del informe del doctor, cuánta de la incapacidad permanente fue causada directamente por su trabajo, y factores tales como su edad, ocupación, tipo de lesión y la fecha de la lesión. Las cantidades mínimas y máximas son fijadas por la ley del estado, y varían según la fecha de la lesión, pero si usted tiene una incapacidad permanente su administrador de reclamos le enviará una carta que le explique cómo se calculó el beneficio. En general, la cantidad total se fija en una cantidad semanal extendida por un número fijo de semanas. El primer pago es pagadero dentro de 14 días después del pago temporal final de incapacidad, o si usted no estaba recibiendo incapacidad temporal, 14 días después de que su doctor dice que su condición es permanente y estacionaria. Después de eso, el beneficio se pagará cada 14 días hasta que usted alcance el máximo o que llegue a un acuerdo de su caso y reciba una cantidad global.
- **Beneficios por Muerte:** Si la lesión o enfermedad causa la muerte, los pagos pueden ser hechos a las personas que dependían económicamente de usted. Estos beneficios los fija la ley del estado y la cantidad depende del número de dependientes y la fecha de la lesión. Por lo general, los pagos se hacen a la misma tasa de los pagos temporales de incapacidad sin embargo, ningún pago será menos de \$224 por semana. La compensación de trabajadores también proporciona una concesión de entierro.
- **Beneficio Suplementario de Desplazo de Empleo:** Si el administrador de reclamos recibe el informe de un médico que usted se ha recuperado tanto como sea posible, y que usted tiene una incapacidad permanente, dentro de los 60 días que puede recibir un formulario con una oferta de trabajo regular, modificado o alternativo de su empleador. Si 60 días después de recibir el informe del médico, su empleador no le ha ofrecido trabajo regular, modificado o alternativo, el administrador de reclamos tiene 20 días para ofrecerle el beneficio suplementario de desplazo de empleo. Este beneficio tiene un valor de hasta \$6,000 que se puede utilizar para la reconversión profesional en una escuela acreditada de Estado, los libros, herramientas requeridas, licencia profesional y las cuotas de certificación, u otros recursos que pueden ayudarle a encontrar un nuevo empleo. Hay límites sobre cuánto puede gastar en algunos artículos, pero si usted califica, usted recibirá información sobre qué tipos de gastos están cubiertos, los límites, requisitos de documentación y los plazos para el uso de este beneficio.

Otros Beneficios

La compensación de trabajadores a veces se confunde con el Seguro de Incapacidad del Estado (SDI). Son semejantes, pero hay diferencias importantes. El seguro de compensación de trabajadores cubre lesiones y enfermedades en el trabajo y se paga enteramente por su empleador. Por otro lado, SDI cubre lesiones o enfermedad fuera del trabajo, y se paga por deducciones de su cheque de pago. Si usted no está recibiendo beneficios de compensación de trabajadores, podría obtener beneficios Estatales por Incapacidad. Para información, llame a la oficina local del Departamento del Desarrollo del Empleo del estado listado en las páginas del gobierno de su libro telefónico, o aprende más en www.edd.ca.gov/disability/

Si su lesión le deja con una incapacidad permanente y el Estado determina que los beneficios de compensación al trabajador por incapacidad permanente es muy baja en comparación con la pérdida de ganancias futuras, usted puede calificar para dinero adicional de un fondo aprobado por los legisladores estatales en 2012. Este fondo para regresar al trabajo será administrado por el Departamento de Relaciones Industriales, y los detalles sobre elegibilidad y cómo solicitar se incluirán en el reglamento del Estado, por lo que si usted tiene preguntas o cree que puede calificar,

Forma Opcional

AVISO DE QUIROPRÁCTICO PERSONAL O ACUPUNTOR PERSONAL

Si su empleador o el asegurador de su empleador no tiene una red de proveedores médicos (MPN), es posible que usted puede transferir su tratamiento a su propio quiropráctico (D.C.) o acupuntor (L.Ac.) personal después de una lesión del trabajo o una enfermedad del trabajo. Usted debe dar a su empleador el nombre y la dirección comercial de un quiropráctico o de un acupuntor personal en escribir antes de lesión o de la enfermedad a ser elegible realizar este cambio. Generalmente, su administrador de reclamos tiene la derecha de seleccionar el médico que usted verá 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 doctor durante este periodo, por petición, usted entonces puede hacer su tratamiento transferir a su quiropráctico personal o acupuntor personal. Usted puede utilizar esta forma para dar a su empleador el nombre de su quiropráctico personal o su acupuntor personal.

La información sobre su quiropráctico o acupuntor:

(nombre del quiropráctico o acupuntor) (D.C., L.Ac.)

(dirección comercial, ciudad, estado, código postal)

(número de teléfono)

Nombre del empleado (imprima):

Firma del empleado:

Fecha:

Title 8, California Code of Regulations, Section 9783.1
(DWC Form 9783.1-Effective Date March 2006)
(la forma 9783.1 de DWC - Efectivo Marzo 2006)

Nota al empleado: La ley estatal sólo permite a un quiropráctico para el tratamiento médico de un trabajador lesionado por un máximo de 24 visitas. Un quiropráctico personal debe ser su quiropráctico regular, licenciado (D.C.) que dirigió su tratamiento quiropráctico en el pasado y mantiene sus registros quiroprácticos incluyendo su historia quiropráctica. Un acupuntor personal debe ser su acupuntor regular, licenciado (L.Ac.) que dirigió su tratamiento acupuntura en el pasado y mantiene sus registros acupunturas incluyendo su historia acupuntura.

Si su empleador ofrece a trabajadores una red de proveedores médicos (MPN), usted puede transferir solamente a un quiropráctico o acupuntor personal dentro del MPN. Se aplican reglas diferentes si usted es un miembro de una Organización del Cuidado de Salud (HCO), así que consulte con su empleador o administrador de reclamos si éste es el caso.

Más Acerca del Cuidado Médico

El cuidado médico bueno es importante -- para usted, su familia y su empleador. El tratamiento médico de calidad es la manera más rápida hacia la recuperación.

- Si se necesita cuidado médico de emergencia, llame 911 para auxilio inmediatamente y obtenga el mejor tratamiento disponible hasta que llegue el personal de emergencia.
- Si hay primeros auxilios disponibles en su lugar de trabajo, busque tratamiento inmediato. Informe a su empleador dónde, cuándo y cómo aconteció el accidente. Si es más que una lesión sencilla que necesite sólo primeros auxilios, pida a su empleador un formulario de reclamo.
- Para cerciorarse que sus cuentas médicas se paguen y que usted obtenga todos sus beneficios, complete la sección de "Empleado" del formulario de reclamo y devuélvalo a su empleador tan pronto como sea posible. Los empleadores deben notificar al administrador de reclamos y autorice tratamiento médico a más tardar un día laborable después de recibir un formulario de reclamo, así es que obtenga una copia del formulario de reclamo firmada y fechada de su empleador y reténgala con todo el otro papeleo relacionado a su reclamo.
- Su administrador de reclamos hará arreglos para que el cuidado médico satisfaga las pautas de tratamiento para la lesión. El doctor puede ser un especialista para su tipo de lesión y estará familiarizado con los requisitos de compensación de trabajadores e informará inmediatamente para que sus beneficios se pueden pagar.
- Es posible que su empleador use una MPN, lo cual es una red de proveedores de asistencia médica seleccionados para dar tratamiento a los trabajadores lesionados en el trabajo. Si su empleador usa una MPN, información sobre el MPN se puede encontrar en una notificación que debe ser colgado en la pared en su sitio de trabajo. También puede solicitar su empleador para información sobre el MPN, o puede llamar al número de MPN en la notificación.
- El doctor con la responsabilidad completa para su tratamiento es su "médico primario de tratamiento" (PTP). El PTP decide qué clase de cuidado médico usted necesita y cuándo usted puede volver a trabajar. El PTP podría revisar su descripción de trabajo con usted y su empleador para definir cualquier limitación o restricción que usted pueda tener cuando vuelva a trabajar. El PTP también es responsable de coordinar el cuidado entre otros proveedores médicos, y si es una lesión grave, escribirá informes acerca de cualquier incapacidad permanente o la necesidad de cuidado médico futuro.
- Usted puede ser tratado por su médico personal inmediatamente si usted tiene cobertura de atención médica para las lesiones no laborales y enfermedades; el doctor lo ha tratado a usted anteriormente, tiene su historial médico, y ha acordado por adelantado tratarlo por cualquier lesión o padecimiento de trabajo, y usted le dio a su empleador el nombre y la dirección del doctor por escrito antes de la lesión. Esto se llama "predesignar a un médico personal." Si usted decide redesignar, el doctor de debe ser alguien que a limitado su práctica de la medicina a practica general o que es un internista, pediatra, obstetra-ginecólogo, o médico familiar certificado por una junta; o usted puede redesignar a un grupo de especialidades de doctores de medicina u osteopatía (M.D. o D.O.) que proporciona servicios médicos completos principalmente para lesiones y enfermedades no ocupacionales. Usted puede usar la forma opcional (predesignación de médico personal) incluida en este folleto para darle a su empleador la información necesaria. Usted puede usar la forma opcional DWC 9783.1 para nombrar a un quiropráctico o acupuntor personal, pero se aplican reglas diferentes, y puede tener que ver a un doctor seleccionado por el empleador primero.
- Si su empleador usa una Red de Proveedores Médicos (MPN), pero usted tiene un médico personal previamente designado, puede recibir tratamiento inmediatamente de ese doctor. Si su empleador usa una MPN y usted no redesigna un médico personal antes de lesión, un

doctor de la red por lo general será su PTP por la duración del tratamiento. Por otro tratamiento que la atención de emergencia, el administrador de reclamos le dirigirá a un doctor de la MPN para su primera visita médica, aunque usted puede cambiar a otro doctor en la red en cualquier momento después de su primera visita. Si usted quiere cambiar a un quiropráctico o acupunturista, incluyendo un quiropráctico o acupuntor personal nombrado antes de lesión, él o ella debe estar en la red. Hay reglas diferentes que se aplican cuando su empleador ofrece una Organización de Cuidado Médico (HCO) o si tiene una MPN. Si su empleador usa una MPN o una HCO, su empleador le proporcionará información adicional acerca de los derechos de la red bajo su plan.

- Generalmente, si usted no ha predesignado un médico personal antes de lesión y no está cubierto por una MPN, usted puede cambiar a su propio doctor 30 días después de que la lesión se reporte. Si usted quiere cambiar doctores antes de eso, su administrador de reclamos le dará una lista de doctores de los cuales escoger. (Se aplican reglas diferentes si usted es miembro de una HCO, así que consulte con su administrador de reclamos si ese es el caso.) Si usted quiere cambiar de doctor por cualquier razón, escoja a su doctor detenidamente, y si usted quiere consejo acerca de especialistas, hable con su ajustador de reclamos. Ellos tienen tanto interés como usted en su pronta recuperación y que regrese al trabajo y le ayudará a obtener un doctor diferente.
- En todo caso, informe su elección al ajustador de reclamos en cuanto usted la haga para que paguen sus cuentas por usted. Aún las lesiones menores pueden necesitar cuidado experto. El cuidado médico pronto es la mejor inversión que usted y su empleador pueden hacer.

Cuando Sucede una Lesión o Enfermedad en el Trabajo

1. Si necesita atención médica de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de urgencias más cercano.
2. Reporte lesiones inmediatamente a su supervisor o representante del empleador al _____ (teléfono). Su empleador puede indicarle donde ir para su tratamiento. A su empleador también se le requiere proporcionarle un formulario de reclamo a más tardar un día hábil de saber de su lesión, así es que asegure sus derechos a beneficios reportando toda lesión, no importa que tan pequeña y solicite un formulario de reclamo si es más que una simple lesión que necesite primeros auxilios. Su empleador debe notificar al administrador de reclamos y autorizar tratamiento médico a más tardar un día hábil de recibir su formulario de reclamo, y le dirigirá a un doctor, clínica u hospital si es necesario. Cualquier tardanza en reportar una lesión puede retrasar sus beneficios de compensación de trabajadores. Si se le niega su reclamo o beneficios, usted tiene derecho a retar la decisión en la junta de apelaciones de compensación de trabajadores, pero existen tiempos límite para archivar los papeles necesarios, así es que no se demore.
3. Llame al representante de su empleador o al administrador de reclamos si tiene preguntas o problemas. Es ilegal que un empleador le despidan o discrimine contra simplemente porque usted archiva, piensa archivar, finiquite un reclamo de compensación de trabajadores, o porque testifique para un compañero de trabajo que fue lesionado. Si usted prueba esta clase de discriminación, usted tendrá derecho que se le reinstale en su empleo con los sueldos perdidos y beneficios aumentados, más los costos y gastos hasta los máximos fijados por la legislatura estatal.

Número De Teléfono De Emergencia: Llame al 911 para una ambulancia, el departamento de bomberos, policía, o para la atención médica de emergencia de un doctor u hospital. Para atención médica que no es de emergencia, comuníquese con su empleador, el administrador de reclamos de compensación de trabajadores listado bajo, o vaya a

Administrador de Reclamos:

Nombre _____

Marque si es que la Compañía Está Auto Asegurada

Teléfono _____

Hay ayuda e información gratis disponibles al comunicarse con el oficial de información y ayuda de la División de Compensación de Trabajadores en la oficina local listada abajo. Usted puede escuchar información grabada y obtener una lista de oficinas locales llamando al (800-736-7401), o puede obtener información escrita adicional acerca de la compensación de trabajadores yendo al sitio del web de la División de Compensación de Trabajadores en el www.dwc.ca.gov.

Oficina de Información y Ayuda DWC

Dirección _____

Ciudad _____

Teléfono _____

EL FRAUDE DE LA COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES ES UN DELITO MAYOR

Cualquier persona que hace o que causa que se haga a sabiendas cualquier declaración falsa o fraudulenta importante con el propósito de obtener o negar beneficios o pagos de compensación de trabajadores es culpable de un delito mayor y puede ser multado y encarcelado.

Esta información está traducida al inglés. Para conseguir una copia, por favor escriba a CWCI, 1111 Broadway, Suite 2350, Oakland, CA 94607.

La información en este folleto ha sido aprobada por el Director Administrativo de la División de la Compensación de Trabajadores. **Esta información se aplica a los reclamos por lesiones que ocurren en o después del**

1 de enero 2013

Preparado y publicado como un servicio a la comunidad por el Instituto de la Compensación de Trabajadores, CWCI

California Workers' Compensation Institute

1111 Broadway, Suite 2350, Oakland, CA 94607

www.cwci.org

Notice of Copyright: This pamphlet is copyrighted by the California Workers' Compensation Institute (CWCI) and is intended solely for the use of Institute customers. The Institute retains all rights to its publication. Any duplication, reprinting, electronic posting, electronic redistribution, or resale of this pamphlet is a violation of copyright and is strictly prohibited.

To reorder this pamphlet, as well as state-approved workers' compensation posting notices, DWC-1 claim forms, and other information for injured workers and employers, may be ordered from the online store at www.cwci.org, or you may request an order form by calling 510-251-9470.



VI. MPN Implementation Notices

Re: CorVel MPN

Unless you predesignate a physician or medical group, your new work injuries arising on or after 8/15/13 will be treated by providers in a Medical Provider Network, CorVel MPN. If you have an existing injury, you may be required to change to a provider in the new MPN. Check with your claims adjuster. You may obtain more information about the MPN from the workers' compensation poster or from your employer.

You can get the list of MPN providers by calling the MPN contact or by going to our website at www.corvel.com, "provider lookup". Select from the drop down box and choose "California MPN" and fill out the search criteria.

You may also locate a MPN doctor by calling 1-800-966-5307.

Ref.: CorVel MPN

"Salvo que usted pre-diseñe un médico o grupo médico, toda lesión laboral nueva que se produzca a partir del 8/15/13 deberá tratarse con proveedores de la Red de Proveedores Médicos, CorVel MPN. Si usted tiene una lesión preexistente, quizá tenga que cambiar de proveedor y empezar a atenderse con uno de la nueva red MPN. Consulte con su liquidador de reclamos. Puede obtener más información sobre la MPN en el aviso del seguro de riesgos de trabajo o a través de su empleador".

Usted puede obtener la lista de proveedores de la MPN llamando al contacto de la MPN o visitando nuestro sitio web en www.corvel.com, "provider lookup". Seleccione de la lista desplegable y elija "California MPN" y llene los criterios de búsqueda.

También puede localizar a un doctor de la MPN llamando al 1-800-966-5307.

IX. Employee MPN Information

This information is being provided to you to explain your rights and responsibilities should you have an accident at work. You will also receive a copy of this notice at the time of injury.

The California Workers' Compensation Regulation requires employees to utilize the Medical Provider Network (doctors, hospitals, ancillary services) who are part of a Medical Provider Network or MPN. The Medical Provider Network has been selected for treatment of **work related injuries**.

Employer Contact: Trillium Construction Services

Contact Name: Trillium Rep.

Telephone Number: 800-778-8907

**8799 Balboa Ave., Suite 235
San Diego, CA 92123**

If you are injured on the job:

1. Report your injury by using the Corvel 24/7 card and to your supervisor/manager *immediately*. IN CASE OF EMERGENCY SEEK IMMEDIATE MEDICAL ATTENTION AT THE NEAREST EMERGENCY FACILITY.
2. You may be asked to provide information such as....
 - Your Name
 - Your Home Address, City, State, Zip, County, Telephone Number
 - Date of Birth
 - Social Security Number
 - Date, Time, Location and Nature of Injury
 -
3. If you require medical treatment, A Medical Provider Network physician (or other health care provider) is available for you to see. The MPN network provider will become your primary care physician and will provide the necessary and appropriate treatment for your work related injury. Your primary care physician will direct your care overall and refer to specialists as required within the MPN. A CorVel nurse may be assigned to interact with you, your provider and employer. The MPN network, listing of the health care providers, is available from your employer MPN contact person, your claims adjuster, or online at www.corvel.com – under “Employees” heading, choose California from the drop down box. At any time you are choosing a physician, you have the right to select from the entire MPN.
4. If you are on Business-Related Travel or away from your work site when an injury occurs, call Corvel 24/7 and your supervisor/manager to report your injury

immediately. They will help you in seeking medical attention. In case of emergency seek immediate medical attention at the nearest emergency facility.

5. If you are traveling, or now live outside the MPN geographical area, you will be supplied with at least three physicians within the access standards to choose from for your medical treatment. If there are not three MPN physicians within the access standards available to treat you, you may be allowed to use a non-MPN provider. You have the right to change physicians and obtain a 2nd or 3rd opinion from among the referred physicians.
6. You may only use physicians within the MPN. See exceptions in Transfer of Care and Continuity of Care policies.
7. If you are having trouble scheduling an appointment with a provider within the MPN, contact your employer MPN contact, claims adjuster, or your case manager, if assigned, for assistance in getting an appointment scheduled for you.
8. If you require a referral to a specialist, (orthopedist, dermatologist, etc.), contact your employer MPN contact, claims adjuster, or your case manager, if assigned, for assistance in selecting and scheduling an appointment with a specialist.
9. Appointments for initial treatment will be available within 3 business days of your request. Non-emergency appointments with specialists will be available within 20 business days or receipt of referral.

ADDITIONAL INFORMATION REGARDING YOUR RIGHTS UNDER THE CALIFORNIA MPN.

You will receive this notification 30 days prior to initiation of the MPN, as well as 30 days prior to a change of the MPN. You will be provided notification upon transfer into the MPN. You may go to a specialist outside the MPN if your primary treating MPN physician refers you to a specialist outside the network. You may also choose your own specialist from within the MPN network independent of any referral by your treating physician or provider.

EMPLOYEE REQUEST FOR A SECOND/THIRD MEDICAL OPINION

You have the opportunity to request and obtain a second and a third medical opinion within the provider network if you have a disagreement with the treatment or diagnosis. During this process, you must continue to receive your treatment with your current treating physician, or another provider of your choice within the MPN. To view the entire list of MPN providers, you may log onto www.corvel.com as described in page 1, number 3. This process is as follows:

1. If you disagree with the treatment plan or diagnosis you can request a 2nd or 3rd medical opinion.
2. A request is generated from the employee either by phone or in writing to the Claims Adjuster.
3. The request is received by the Claims Adjuster who will provide a regional area listing of providers within the network for you to choose from. At any time you have the right to choose a physician from the entire MPN network or from the list provided.
4. You must schedule an appointment with one of the physicians from the supplied list or from the entire MPN within (60) sixty days, or it shall be deemed that you have waived your right to the second opinion process with regard to this disputed diagnosis or treatment. At any time you are choosing a physician, you have the right to select from the entire MPN.
5. Once you have obtained an appointment, you must notify your claims adjuster of the physician, the appointment date and time.
6. If the appointment is not made within 60 days of receipt of the list of available MPN providers, then you shall be deemed to have waived the second and/or third opinion process.
7. During this process, you are required to continue your treatment with the treating physician or a physician of your choice within the MPN.
8. If the 2nd or 3rd opinion physician determines that your injury is outside the scope of their practice, you will be provided with a new list of MPN providers and/or specialists.
9. If you disagree with the 2nd opinion, then you can request a 3rd opinion and follow Steps 2-5 as above.
10. If you disagree with the diagnosis or treatment of the third opinion physician, you may request an Independent Medical Review. At the time you request a third opinion, your employer, MPN contact or adjuster will give you information on requesting an Independent Medical Review and the form.
11. At the time of your selection of your third opinion physician, you will be supplied with information on how to request an independent medical review, along with an application for Independent Medical Review for you to complete, should you disagree with the third opinion.
12. The claims adjuster will contact the treating physician, provide a copy of the medical records or send the necessary records to the second and/or third opinion physician prior to the appointment date. Upon your request, you can receive a copy of the medical records from your claims adjuster.
13. The second/third opinion physician will be notified in writing that he or she has been selected to provide a second/third opinion and the nature of the dispute with a copy to you.
14. A copy of the written report shall be provided to the employee, the person designated by the employer or insurer, and the treating physician within 20 days of the date of the appointment or receipt of the results of the diagnostic tests, whichever is later.

15. You may obtain the recommended treatment within the MPN. If you choose you may obtain the recommended treatment by changing physicians to the second opinion physician, third opinion physician, or another MPN physician.

CHANGING YOUR PHYSICIAN

You are allowed to change to another provider if you would like to change providers for any other reason than listed above under Employee Request for a Second/Third Opinion. Your request may be directed to your Nurse case Manager or your Claims Adjuster. The provider must be within the Medical Provider Network. If you require a referral to a specialist, (orthopedist, dermatologist, etc.), contact your employer MPN contact, claims adjuster, or your case manager, if assigned, for assistance in selecting and scheduling an appointment with a specialist. The specialist you choose can be from the entire MPN.

TRANSFER OF ONGOING CARE INTO MPN

If you are being treated for an occupational injury or illness by a physician or provider prior to your enrollment into your employer's medical provider network (MPN), and your physician or provider becomes a provider or already is an MPN provider, the MPN/employer will notify you that your treatment is being provided by your physician or provider under the provisions of the MPN. You may request a complete copy of the Transfer of Ongoing Care policy from your employer or MPN. Some circumstances that may allow continued treatment with the terminated provider include an acute condition, a serious chronic condition, a terminal illness, or performance of a surgery or other procedure that is authorized by the insurer or employer as part of a documented course of treatment and has been recommended and documented by the provider to occur within 180 days of the MPN coverage effective date.

A dispute resolution policy is included in the Transfer of Ongoing Care policy. You may request a complete copy of the Transfer of Ongoing Care policy from your employer or MPN.

ACCESS STANDARDS

You have a right to access to MPN providers that are located within reasonable distances of your residence or workplace. The MPN must have a primary care physician and a hospital for emergency care within 30 minutes or 15 miles of your residence or workplace and providers of occupational health services and specialists within 60 minutes or 30 miles of your residence or workplace. If at any time you reside or work in a portion of the service area in which health care facilities are located outside the MPN access standards, the employer or MPN treating physician will assist the you in identifying a minimum of three (3) non-MPN providers in the specialty needed and within the access standard distance." If there are not three (3) providers in the needed specialty within the access standard distance you may choose a non-MPN provider.

CONTINUITY OF CARE

If you are treating in a medical provider network and the provider is terminated from participation in the MPN network, you have certain rights to continue your treatment with this terminated provider subject to the conditions set forth in your employer's Continuity of Care policy. Some circumstances that may allow continued treatment with the terminated provider include an acute condition, a serious chronic condition, a terminal illness, or performance of a surgery or other procedure that is authorized by the insurer or employer as part of a documented course of treatment and has been recommended and documented by the provider to occur within 180 days of the contract's termination date.

A dispute resolution policy is included in the Continuity of Care policy. You may request a complete copy of the Continuity of Care policy from your employer or MPN.

EMPLOYEE ACKNOWLEDGEMENT OF THE MEDICAL PROVIDER NETWORK

In order to provide the most timely and suitable quality medical care in the event of an injury on the job, we have instituted a Medical Provider Network for Workers' Compensation.

The following procedures must be followed for all work related injuries and illnesses.

- Report promptly any work related injury to the supervisor.
- For a referral to a medical provider specialist, contact your employer or claims adjuster.
- Ensure all medical treatment is handled only through the MPN (Medical Provider Network) unless otherwise authorized.
- Direct all questions about the level of care to the PCP (Primary Care Physician), who is the focal point for all medical treatment.
- A directory of medical care providers is available at my request through my employer.

Please sign below to indicate that you have read and understand the procedures to follow in the event of an injury and your duties under our Medical Provider Network.

Print Name

Date

Employee Signature

Trillium Construction Services

Employer

Employee Number

A COPY OF THE MPN DIRECTORY IS AVAILABLE FROM YOUR EMPLOYER OR ADJUSTER UPON YOUR REQUEST.

INFORMACION DEL EMPLEADO SOBRE LA MPN

Se le brinda esta información para explicarle sus derechos y responsabilidades y lo que debe hacer si se accidenta en el trabajo. Usted también recibirá una copia de este aviso a la hora de lesión.

La Regulación de Compensación Laboral de California requiere que empleados utilicen la Red de Proveedores Médicos (médicos, hospitales, servicios auxiliares) que son parte de una Red de Proveedores Médicos, sea, una MPN. La Red de Proveedores Médicos ha sido seleccionada para **tratamiento de lesiones ocasionadas en el trabajo**.

Contacto del Empleador: Trillium Construction Services

Nombre del Contacto: Trillium Rep.

Número de Teléfono:

800-788-8907

**8799 Balboa Ave. Suite 235
San Diego, CA 92123**

Si usted se lesiona en el trabajo:

1. Reporte *inmediatamente* su Corvel 24/7 y su lesión a su supervisor/gerente.
EN CASO DE EMERGENCIA, BUSQUE ATENCION MEDICA INMEDIATA EN EL MÁS CERCANO CENTRO DE EMERGENCIA.
2. Le pueden pedir información tal como....
 - Su Nombre
 - Su Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal, Condado, Número de Teléfono
 - Fecha de Nacimiento
 - Número de Seguro Social
 - Fecha, Hora, Lugar y Naturaleza de la Lesión
3. Si usted requiere tratamiento medico, un médico de la Red de Proveedores Médicos (u otro proveedor de cuidado médico) está disponible para atenderlo. El proveedor de la red MPN se hará su médico de cabecera y le brindará el tratamiento necesario y apropiado para su lesión ocasionada en el trabajo. Su médico de cabecera se encargará de su cuidado completo y hará referencias a especialistas como se requiera dentro del MPN. Una enfermera CorVel puede ser asignada para comunicarse con usted, su proveedor y empleador. Una lista de proveedores de servicios médicos de la red MPN está disponible de la persona contacto de la MPN de su empleador, de su ajustador de reclamos, o en línea en www.corvel.com - bajo el titulo "Empleados" escoja California de la caja ascendente. En cualquier momento cuando usted está eligiendo un medico, usted tiene el derecho de seleccionar del MPN entero.

4. Si usted se encuentra en un Viaje Relacionado al Trabajo o está fuera de su lugar de trabajo cuando ocurre una lesión, llame inmediatamente a su supervisor/gerente para reportar su lesión. Ellos lo ayudarán a buscar atención médica. En caso de emergencia, busque atención médica inmediata en el centro de emergencia más cercano.
5. Si usted viaja o vive fuera de la área geográfica del MPN, usted será proporcionado por lo menos tres médicos para elegir su tratamiento médico dentro del reglamento que escoja de su tratamiento médico. Si en caso no hay tres médicos del MPN dentro del reglamento disponible para tratarlo a usted, usted se le permitirá a usar un proveedor accesible que no es de MPN. Usted tiene el derecho de cambiar médicos y obtener una segunda o tercer opinión dentro de los médicos recomendados.
6. Usted solo puede utilizar a médicos dentro de la MPN. Vea las excepciones en la Transferencia de Cuidado y Continuidad de Cuidado.
7. Si usted tiene problemas en programar una cita con un proveedor dentro de la MPN, comuníquese con el contacto de la MPN de su empleador, ajustador de reclamos, o gerente de casos, si es asignado, para que asistancia en programar una cita.
8. Si usted requiere referencia a un especialista (ortopédico, dermatólogo, etc.), comuníquese con el contacto de la MPN de su empleador, ajustador de reclamos, o su gerente de casos, si es asignado, para que le ayuden a seleccionar y programar una cita con un especialista.
9. Citas para tratamiento inicial serán disponibles dentro de 3 días hábiles de su solicitud. Citas con especialistas sin emergencia serán disponibles dentro de 20 días hábiles o al recibir la referencia.

INFORMACIÓN ADICIONAL CON RESPECTO A LAS SUS DERECHAS DEBAJO DE LA CALIFORNIA MPN.

Usted recibirá esta notificación 30 días antes de la iniciación del MPN, así como 30 días antes de un cambio del MPN. Usted será notificación proporcionada sobre transferencia en el MPN. Usted puede ir a un especialista fuera del MPN si su médico primario del MPN que trata le refiere a un especialista fuera de la red. Usted puede también elegir a su propio especialista dentro de la independiente de la red del MPN de cualquier remisión por su médico o abastecedor que trata.

SOLICITUD DEL EMPLEADO PARA UNA SEGUNDA/TERCERA OPINIÓN MÉDICA

Usted tiene la oportunidad de solicitar y obtener una segunda y una tercera opinión médica dentro de la red de proveedores si usted no está de acuerdo con el tratamiento o diagnóstico. Durante este proceso, usted debe seguir recibiendo su tratamiento de su médico tratante actual, u otro proveedor que usted escoja dentro de la MPN. Para ver la lista entera de los proveedores, usted puede ir a www.corvel.com como se describe en pagina 1, numero 3.

Este proceso es así:

1. Si usted no está de acuerdo con el plan de tratamiento o el diagnóstico, puede solicitar una segunda o tercera opinión médica.
2. Una solicitud es creada del empleado por teléfono o por escrito al Ajustador de Reclamos.
3. La solicitud es recibida por el Ajustador de Reclamos que proveerá una lista regional de área de los mismos proveedores dentro de la red que están disponibles para su selección. En cualquier momento, usted tiene el derecho de escoger a un médico de la red entera de MPN o de la lista proporcionada.
4. Usted debe programar una cita con uno de los médicos de la lista brindada o de la lista MPN dentro de (60) sesenta días, se considerará que usted ha renunciado su derecho al proceso de segunda opinión con relación al diagnóstico o tratamiento disputado. En cualquier momento cuando usted está eligiendo un medico, usted tiene el derecho de seleccionar del MPN entero.
5. Una vez usted ha obtenido una cita, debe notificar al ajustador de reclamos sobre el médico, fecha y hora de la cita.
6. Si la cita no esta hecha dentro de 60 días de recibir la lista de proveedores disponibles del MPN, entonces usted se le considera deber renunciado al proceso de la segunda y o tercer opinión.
7. Durante este proceso, usted esta requerido ha continuar su tratamiento con el médico de trata o el médico de su elección dentro del MPN.
8. Si los médicos de la segunda o tercer opiniones determinan que su lesión esta fuera del alcance de practica, se le proveerá una lista nueva de proveedores del MPN y o especialistas.
9. Si usted no está de acuerdo con la segunda opinión, puede solicitar una tercera opinión, siguiendo los Pasos 2 – 5 antedichos.
10. Si usted no está de acuerdo con el diagnóstico o tratamiento del médico de la tercera opinión, puede solicitar una Revisión Médica Independiente. A la vez de solicitar la tercer opinión, su empleador, el contacto del MPN o su ajustador le dará la información de como solicitar la Revisión Médica Independiente y la forma de solicitud.
11. A la vez de su selección de su médico de tercer opinión, se le proporcionara con información de cómo solicitar una revisión médica independiente, con la solicitud para una Revisión Médica Independiente para que usted llene, si es que usted no está de acuerdo con la tercer opinión.

12. El ajustador de reclamos contactará al médico que trata, proporcionarle una copia de los registros médicos o enviará los registros necesarios al segundo y/o tercer médico de la opinión antes de la fecha de nombramiento. Sobre su pedido, usted puede recibir una copia de los registros médicos por medio de su ajustador de reclamación.
13. El segundo/tercer médico de la opinión será notificado por escrito que él o ella han sido escogidos para proporcionar una segundo/tercer opinión y la razón de la disputa con una copia a usted.
14. Una copia del informe escrito será proporcionado al empleado, la persona designada por el empleador o el asegurador, y al médico que trata dentro de 20 días de la fecha del nombramiento o al recibir los resultados de las pruebas diagnósticas, el que es más tarde.
15. Usted puede obtener el tratamiento aconsejado dentro del MPN. Si usted le elige puede obtener el tratamiento aconsejado cambiando a médicos al segundo médico de la opinión, a tercer médico de la opinión, o a otro médico de MPN.

CAMBIANDO A SU MÉDICO

A le se permite cambiar a otro abastecedor si usted quisiera cambiar los abastecedores por cualquier otra razón que enumerada arriba bajo petición del empleado para una segunda/tercero opinión. Su petición se puede dirigir a su encargado del caso de la enfermera o a su ajustador de demandas. El abastecedor debe estar dentro de la red médica del abastecedor. Si usted requiere una remisión a un especialista, (ortopedista, dermatologist, etc.), entre en contacto con a su contacto del MPN del patrón, al ajustador de demandas, o a su encargado del caso, si está asignado, para la ayuda en seleccionar y programar una cita con un especialista. El especialista que usted elige puede ser del MPN entero.

LA TRANSFERENCIA DEL CUIDADO EN CURSO EN EL MPN

Si a un médico le está tratando para lesión o una enfermedad ocupacional o un abastecedor antes de su inscripción en la red médica del abastecedor de su patrón (MPN), y su médico o abastecedor se convierte en abastecedor o es ya abastecedor del MPN, el MPN/employer le notificará que su tratamiento está siendo proporcionado por su médico o abastecedor bajo provisiones del MPN. Usted puede solicitar una copia completa de la transferencia de la política en curso del cuidado de su patrón o MPN. Algunas circunstancias que pueden permitir el tratamiento continuado con el abastecedor terminado incluyen una condición aguda, una condición crónica seria, una enfermedad terminal, o funcionamiento de la cirugía o del otro procedimiento que es autorizado por el asegurador o el patrón como parte de un curso del tratamiento documentado y ha sido recomendado y documentado por el abastecedor para ocurrir en el plazo de 180 días de la fecha eficaz de la cobertura del MPN. Una política de la resolución del conflicto se incluye en la transferencia de la política en curso del cuidado. Usted puede solicitar una copia completa de la transferencia de la política en curso del cuidado de su patrón o MPN.

LOS ESTÁNDARES DEL ACCESO

Usted tiene una derecha de tener acceso a los abastecedores del MPN que están situados dentro de distancias razonables de su residencia o lugar de trabajo. El MPN debe tener un médico primario del cuidado y un hospital para el cuidado de la emergencia en el plazo de 30 minutos o 15 millas de su residencia o lugar de trabajo y abastecedores de los servicios de la medicina del trabajo y especialistas a 60 minutos o a 30 millas de su residencia o lugar de trabajo. Si usted reside o trabaja en cualquier momento en una porción del área de servicio en la cual las instalaciones del cuidado médico están situadas fuera de los estándares del acceso del MPN, el patrón o el MPN que trata a médico le asistirá en identificar a un mínimo de tres (abastecedores 3) no-MPN en la especialidad necesitada y dentro de la distancia del estándar del acceso.” Si no hay tres (3) abastecedores en la especialidad necesaria dentro de la distancia estándar del acceso usted puede elegir un abastecedor no-MPN.

CONTINUIDAD DEL CUIDADO

Si usted está tratando en una red médica del abastecedor y el abastecedor se termina de la participación en la red del MPN, usted tiene ciertas derechas de continuar su tratamiento con este abastecedor terminado conforme a las condiciones dispuestas en la continuidad de su patrón de la política del cuidado. Algunas circunstancias que pueden permitir el tratamiento continuado con el abastecedor terminado incluyen una condición aguda, una condición crónica seria, una enfermedad terminal, o funcionamiento de la cirugía o del otro procedimiento que es autorizado por el asegurador o el patrón como parte de un curso del tratamiento documentado y ha sido recomendado y documentado por el abastecedor para ocurrir en el plazo de 180 días de la fecha de la terminación del contrato.

Una política de la resolución del conflicto se incluye en la continuidad de la política del cuidado. Usted puede solicitar una copia completa de la continuidad de la política del cuidado de su patrón o MPN.

RECONOCIMIENTO DEL EMPLEADO DE LA MEDICAL PROVIDER NETWORK

Para brindar atención médica de la más rápida y de apropiada calidad en el evento de una lesión ocasionada en el trabajo, hemos instituido una Red de Proveedores Médicos para Compensación Laboral.

Los procedimientos siguientes deben ser seguidos para todas las lesiones y enfermedades ocasionadas en el trabajo.

- Reporte inmediatamente a su supervisor cualquier lesión ocasionada en el trabajo.
- Para una referencia a un médico especialista, comuníquese con su empleador o ajustador de reclamos.
- Cerciórese que todo tratamiento médico sea manejado únicamente por la MPN (Red de Proveedores Médicos), a menos que de otro modo autorizado
- Dirija toda pregunta sobre el nivel de cuidado al PCP (Primary Care Physician – Médico de Cabecera), quien es el punto de referencia para todo tratamiento médico.
- Un directorio de proveedores de cuidado médico está disponible al solicitarlo a través de mi empleador.

Por favor firmar abajo para indicar que usted ha leído y entendido los procedimientos que se siguen en el evento de una lesión y sus responsabilidades bajo nuestra Red de Proveedores Médicos.

Nombre en Imprenta

Fecha

Firma del Empleado

Empleador

Número del Empleado

UNA COPIA DEL DIRECTORIO DE LA MPN ESTA DISPONIBLE DE SU EMPLEADOR O AJUSTADOR AL SOLICITARLO.

Medical Provider Network

EMPLOYEE PREDESIGNATION FORM

Your employer or their insurer has chosen to provide high-quality and timely care for work-related injuries and illnesses using a Medical Provider Network administered by CorVel Corporation. As a participating employee in the Medical Provider Network (MPN), you may seek emergency treatment for a work-related injury or illness from the nearest emergency facility. For non-emergency treatment, you will be directed to an occupational medicine or urgent care facility for your first appointment, after which you have the right to choose an MPN physician to provide your care. In many cases, your personal physician may be an MPN provider.

You may also have the right to designate your personal treating physician in the event you are injured on the job. If you choose to designate your personal treating physician to provide your care for work-related injuries or illness, you must inform your employer in writing before you are injured. Your pre-designated physician must 1. Be your personal medical doctor, who has treated you prior to your injury. 2. Have your medical records. 3. And agree to treat you for any work injuries that may occur. Any treatment provided by a pre-designated physician is still subject to prior authorization and reasonably necessary utilization review as provided required California law (Labor Code § 4600(d)).

If you choose to designate your own physician, you should do so in the space below. You do not need to complete this form to participate in your employer- or insurer-sponsored Medical Provider Network.

By signing, you affirm that the information provided is true and correct to the best of your knowledge, and you affirm your understanding that your employer, insurer, or their authorized agent may verify the validity of your predesignation.

Employee Number:

Last Name:		First Name:	
City:		State: CA	Zip Code:
Name of Employer: Trillium Construction Services			
Signature:		Date of Signature:	

Physician Name:		
City:		State: CA
		Zip Code:
Phone:		
Signature:		Date of Signature:

FORMA DE DESIGNACION PREVIA DEL EMPLEADO

Su empleador o su compañía de seguros han decidido brindar cuidado rápido de alta calidad para lesiones y enfermedades ocasionadas en el trabajo utilizando una Red de Proveedores Médicos administrada por la CorVel Corporation. Como empleado participante en la Red de Proveedores Médicos (MPN), usted puede buscar tratamiento de emergencia para una lesión o enfermedad ocasionada en el trabajo del centro de emergencias más cercano. Para tratamiento que no sea de emergencia, usted será dirigido a una centro de medicina ocupacional o cuidado de emergencia para su primera cita; luego usted tendrá el derecho a elegir a un médico del MPN para brindarle cuidado. En muchos casos, su médico personal puede ser un proveedor de la MPN.

Usted también puede tener el derecho a designar a su médico de cabecera en el evento que se lesione en el trabajo. Si usted elige designar a su médico de cabecera para que le brinde su cuidado por una lesión o enfermedad ocasionada en el trabajo, debe informar a su empleador por escrito antes de que se lesione. Su médico designado previamente debe ser su doctor médico, que lo ha tratado antes de su lesión, tiene su archivo médico, y está de acuerdo con tratarle cualquier lesión ocupacional que pueda sucederle. Cualquier tratamiento brindado por un médico previamente designado es aún sujeto a autorización previa y revisión de utilización razonablemente necesaria conforme a la ley de California (Código Laboral § 4600(d)).

Si usted elige designar a su propio médico, debe hacerlo utilizando los espacios abajo. No tiene que llenar esta forma para participar en la Medical Provider Network patrocinada por su empleador o compañía de seguros.

Al firmar, usted afirma que la información brindada es verdadera y correcta a lo mejor de su conocimiento, y afirma que entiende que su empleador, compañía de seguros, o su agente autorizado puede verificar la validez de su designación previa.

Número del Empleado:

Apellido:		Primer Nombre:	
Ciudad:		Estado: CA	Código Postal:
Nombre del Empleador: Trillium Construction Services			
Firma:		Fecha de Firmar:	

Nombre del Médico:		
Ciudad:		Estado: CA
Teléfono:		Código Postal:
Firma:		Fecha de Firmar: