

# **WORKERS' COMPENSATION BENEFITS**

## **MEDICAL CARE.**

Your employer will arrange for medical care, and all costs are paid directly by your employer's insurance company, so you should never see a bill. All medical treatment to cure or relieve your condition will be provided without a deductible or dollar limit.

## **PAYMENT FOR LOST WAGES.**

If you're temporarily disabled by a job injury or illness, you'll receive tax-free income until your doctor says you are able to return to work. Temporary disability payments are two-thirds of your average weekly pay, up to a maximum set by state law. (Some employees are entitled to receive full salary in lieu of temporary disability payments.) Payments are not made for the first three days you are disabled unless you are hospitalized as an inpatient or unable to work for more than 14 days.

## **REHABILITATION.**

If the injury or illness prevents you from returning to the same job, you may qualify for vocational rehabilitation benefits, with all costs paid by your employer's insurance.

## **PAYMENT FOR PERMANENT DISABILITY.**

If the injury or illness results in a permanent handicap, permanent disability payments will be necessary after recovery.

## **DEATH BENEFITS.**

If the injury results in death, a benefit will be paid to surviving dependents.

If you need assistance completing this form, or have questions regarding your benefits, please contact the State Office of Benefit Assistance and Enforcement by calling toll free, (800) 736-7401. This service is provided to you at no cost. You also have the right to consult an attorney.

**RETURN TO WORK UNIT**  
**(626) 300-1900**

Concerned Personnel:

**RE: WORKERS' COMPENSATION BENEFITS**

If you think your emotional/stress problems are related to your job, we would be happy to discuss your situation with you and answer questions you may have regarding your rights and benefits under Workers' Compensation.

**1000 S. Fremont Ave., A-9 Bldg. E, Ground Level, Alhambra, CA 91803**



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



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

WORKER'S COMPENSATION CLAIM FORM (DWC 1)

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

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

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

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

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

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

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

Employee - complete this section and see note above

Empleado-complete esta sección y note la notación arriba.

1. Name. *Nombre.* \_\_\_\_\_ Today's Date. *Fecha de Hoy.* \_\_\_\_\_

2. Home address. *Dirección Residencial.* \_\_\_\_\_

3. City. *Ciudad.* \_\_\_\_\_ State. *Estado.* California Zip. *Código Postal.* \_\_\_\_\_

4. Date of injury. *Fecha de la lesión (accidente).* \_\_\_\_\_ Time of injury. *Hora en que ocurrió* \_\_\_\_\_ a.m. \_\_\_\_\_ p.m.

5. Address and description of where injury happened. *Dirección/Jugar dónde ocurrió el accidente.* \_\_\_\_\_

6. Describe injury and part of body affected. *Describe la lesión y parte del cuerpo afectada.* \_\_\_\_\_

7. Social Security Number. *Numero de Seguro Social del Empleado.* \_\_\_\_\_

8. Signature of employee. *Firma del empleado.* \_\_\_\_\_

Employee-complete this section and see note below *Empleado-complete esta sección y note la notación abajo.*

9. Name of employer. *Nombre del empleador.* Los Angeles County Sheriff's Department

10. Address. *Dirección.* \_\_\_\_\_

11. Date employer first knew of injury. *Fecha en que el empleador supo por primera vez de la lesión o accidente.* \_\_\_\_\_

12. Date claim form was provided to employee. *Fecha en que se le entregó al empleado la petición.* \_\_\_\_\_

13. Date employer received claim form. *Fecha en que el empleado devolvió/a petición completada al empleador.* \_\_\_\_\_

14. Name and address of insurance carrier or adjusting agency. *Nombre y dirección de la compañía de seguros o agencia administradora de seguros.* \_\_\_\_\_

15. Insurance Policy Number. *El numero de la póliza de Segura.* \_\_\_\_\_

16. Signature of employer representative. *Firma del representante del empleador.* \_\_\_\_\_

17. Title. *Título.* \_\_\_\_\_ 18. Telephone. *Teléfono.* \_\_\_\_\_

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

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

SIGNING THIS FORM IS NOT AN ADMISSION OF LIABILITY

EL FIRMAR ESTA FORMA NO SIGNIFICA ADMISION DE RESPONSABILIDAD

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

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

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

### Formulario de Rec/amo de Compensaci6n para Trabajadores (DWC 1) y Notificaci6n de Posible E/egibilidad



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

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

**Medical Care:** Your claims administrator will pay all reasonable and necessary medical care for your work injury or illness. Medical benefits may include treatment by a doctor, hospital services, physical therapy, lab tests, x-rays, and medicines. Your claims administrator will pay the costs directly so you should never see a bill. For injuries occurring on or after 1/1/04, there is a limit on some medical services.

**The Primary Treating Physician (PTP)** is the doctor with the overall responsibility for treatment of your injury or illness. Generally your employer selects the PTP you will see for the first 30 days, however, in specified conditions, you may be treated by your pre-designated doctor. If a doctor says you still need treatment after 30 days, you may be able to switch to the doctor of your choice. Special rules apply if your employer offers a Health Care Organization (HCO) or after 1/1/05, has a medical provider network. Contact your employer for more information. If your employer has not put up a poster describing your rights to workers' compensation, you may choose your own doctor immediately.

Within one working day after an employee files a claim form, the employer shall authorize the provision of all treatment, consistent with the applicable treating guidelines, for the alleged injury and shall continue to provide treatment until the date that liability for the claim is accepted or rejected. Until the date the claim is accepted or rejected, liability for medical treatment shall be limited to ten thousand dollars (\$10,000).

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

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

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

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

**Atención Médica:** Su administrador(a) de reclamos pagará toda la atención médica razonable y necesaria, para su lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. Es posible que los beneficios médicos incluyan el tratamiento por parte de un médico, los servicios de hospital, la terapia física, los análisis de laboratorio y las medicinas. Su administrador(a) de reclamos pagará directamente los costos, de manera que usted nunca verá un cobro. Para lesiones que ocurren en o después de 1/1/04, hay un límite de visitas para ciertos servicios médicos.

**El Médico Primario que le Atiende-Primary Treating Physician (PTP)** es el médico con toda la responsabilidad para dar el tratamiento para su lesión o enfermedad. Generalmente, su empleador selecciona al PTP que Ud. verá durante los primeros 30 días. Sin embargo, en condiciones específicas, es posible que usted pueda ser tratado por su médico pre-designado. Si el doctor dice que usted aun necesita tratamiento después de 30 días, es posible que Ud. pueda cambiar al médico de su preferencia. Hay reglas especiales que son aplicables cuando su empleador ofrece una Organización del Cuidado Médico (HCO) o después de 1/1/05 tiene un Sistema de Proveedores de Atención Médica. Hable con su empleador para más información. Si su empleador no ha colocado un poster describiendo sus derechos para la compensación para trabajadores, Ud. puede seleccionar a su propio médico inmediatamente.

El empleador autorizará todo tratamiento médico consistente con las directivas de tratamiento aplicables a la lesión o enfermedad, durante el primer día laboral después que el empleado efectúa un reclamo para beneficios de compensación, y continuará proveyendo este tratamiento hasta la fecha en que el reclamo sea aceptado o rechazado. Hasta la fecha en que el reclamo sea aceptado o rechazado, el tratamiento médico será limitado a diez mil dólares (\$10,000).

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

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

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

### Formulario de Rec/amo de Compensaci6n para Trabajadores (DWC 1) y Notificaci6n de Posible Elegibilidad



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

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

**Vocational Rehabilitation (VR):** If a doctor says your injury or illness prevents you from returning *to* the same type of job and your employer doesn't offer modified or alternative work, you may qualify for VR. If you qualify, your claims administrator will pay the costs, up *to* a maximum set by state law. VR is a benefit for injuries that occurred prior *to* 2004.

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

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

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

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

You can obtain free information from an information and assistance officer of the State Division of Workers' Compensation, or you can hear recorded information and a list of local offices by calling **(800) 736-7401**. You may also go *to* the DWC web site at [www.dir.ca.gov](http://www.dir.ca.gov). Link *to* Workers' Compensation.

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

impuestos. Los pagos por incapacidad temporal son dos tercios de su pago semanal promedio, con cantidades mfnimas y maximas establecidas por las leyes estatales. Los pagos no se hacen durante los primeros tres dfas en que Ud. no trabaje, a menos que Ud. sea hospitalizado(a) de noche, o no pueda trabajar durante mas de 14 dfas.

**Regreso al Trabajo:** Para ayudarle a regresar a trabajar lo antes posible, Ud. debe comunicarse de manera activa con el medico que le atienda, el/la administrador(a) de reclamos y el empleador, con respecto a las clases de trabajo que Ud. puede hacer mientras se recupera. Es posible que ellos coordinen esfuerzos para regresarle a un trabajo modificado, o a otro trabajo, que sea apropiado desde el punto de vista medico. Este trabajo modificado, u otro trabajo, podrfra extenderse o no temporalmente, dependiendo de la indole de su lesion o enfermedad.

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

**Rehabilitaci6n Vocacional:** Si el doctor dice que su lesion o enfermedad no le permite regresar a la misma clase de trabajo, y su empleador no le ofrece trabajo modificado o alerno, es posible que usted reuna los requisitos para rehabilitacion vocacional. Si Ud. reune los requisitos, su administrador(a) de reclamos pagara los costos, hasta un maximo establecido por las leyes estatales. Este es un beneficia para lesiones que ocurrieron antes de 2004.

**Beneficia Suplementario por Desplazamiento de Trabajo:** Si Ud. no vuelve al trabajo en un plazo de 60 dfas despues que los pagos por incapacidad temporal terminan, y su empleador no ofrece un trabajo modificado o alerno, es posible que usted reune los requisitos para recibir un vale no-transferible pagadero a una escuela para recibir un nuevo entrenamiento y/o mejorar su habilidad. Si Ud. reune los requisitos, el administrador(a) de reclamos pagara los costas hasta un maximo establecido por las leyes estatales basado en su porcentaje del incapacidad permanente. Este es un beneficia para lesiones que ocurren en o despues de 1/1/04.

**Beneficios por Muerte:** Si la lesion o enfermedad causa la muerte, es posible que los pagos se hagan a los parientes o a las personas que vivan en el hogar, que dependfan economicamente del/de la trabajador(a) difunto(a).

**Es ilegal que su empleador** le castigue o despida, por sufrir una lesion o enfermedad en el trabajo, por presentar un reclamo o por atestiguar en el caso de compensaci6n para trabajadores de otra persona. (El Codigo Laboral secci6n 132a). Si es probado, puede ser que usted reciba pagos por perdida de sueldos, reposici6n del trabajo, aumento de beneficios, y gastos hasta un limite establecido por el estado.

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

Ud. puede obtener informacion gratis, de un oficial de informacion y asistencia, de la Division estatal de Compensacion al Trabajador (*Division of Workers' Compensation - DWC*), o puede escuchar informacion grabada, asf como una lista de oficinas locales, llamando al **(800) 736-7401**. Ud. tambien puede ir al sitio electr6nico en el Internet de la DWC en [www.dir.ca.gov](http://www.dir.ca.gov). Enlase a la seccion de Compensacion para Trabajadores.

**Ud. puede consultar con un(a) abogado(a).** La mayorfa de los abogados ofrecen una consulta gratis. Si Ud. decide contratar a un(a) abogado(a), sus honorarios se tomarn de sus beneficios. Para obtener nombres de abogados de compensaci6n para trabajadores, llame a la Asociaci6n Estatal de Abogados de California (*State Bar*) al (415) 538-2120, 6 vaya a su sitio electr6nico en el Internet en [www.californiaspecialist.org](http://www.californiaspecialist.org).



LEROY D. BACA, SHERIFF

County of Los Angeles  
Sheriff's Department Headquarters  
4700 Ramona Boulevard  
Monterey Park, California 91754-2169



## RECEIPT OF CLAIM FORM

I have been given a copy of Claim Form- Employee's Claim for Workers' Compensation Benefits.

\_\_\_\_\_  
(Client's Name- Signature)

\_\_\_\_\_  
(Date)

\_\_\_\_\_  
(Client's Name- Print)

\_\_\_\_\_  
(Therapist's Name- Signature)

\_\_\_\_\_  
(Therapist's Name- Print)

*A Tradition of Service*



County of Los Angeles  
 Sheriff's Department Headquarters  
 4700 Ramona Boulevard  
 Monterey Park, California 91754-2169



LEROY D. BACA, SHERIFF

## DECLINATION STATEMENT

I do not wish to make a claim for Workers' Compensation Benefits at this time. I do not waive my Workers' Compensation Benefits.

\_\_\_\_\_  
 (Client's Name – Signature)

\_\_\_\_\_  
 (Date)

\_\_\_\_\_  
 (Client's Name- Print)

\_\_\_\_\_  
 (Therapist's Name - Signature)

\_\_\_\_\_  
 (Therapist's Name- Print)

*A Tradition of Service*