



Friendswood Independent School District
302 Laurel, Friendswood Texas 77546
Phone: 281-482-1267 Fax: 281-996-2606

Workers' Compensation Injury Instructions

The following information must be completed for all Workers' Comp injuries regardless of whether medical attention is needed:

- First Report of Injury – must be completed online immediately by campus nurse or designated campus contact. To fill out a First Report of Injury go to www.tasbrmf.org

The following must be completed if seeking medical treatment:

- Verification of Employment for Reported Workers' Compensation Injury or Illness – completed by designated personnel and given to employee **immediately** to take with them to the treating facility
- OPTUM Prescription Card - Completed by campus/department designated personnel and given to employee **immediately** before employee leaves for treatment for initial prescription fill at no cost to the employee

The following must be completed and sent to the Benefits office:

- Employee Acknowledgment of the Alliance – Must be signed by employee and returned **immediately** to the benefits office.
- Election of Leave Benefits with Workers' Compensation – Must be completed, signed by the employee and sent **immediately** to the benefits office.

This report will be completed by a treating physician:

- Texas Workers' Compensation Work Status Report – Must be completed each time the employee is seen by a physician/clinic. Please see instructions below based on box selected by physician
 - a. Medical Treatment Only – before returning to work this must be completed by the attending physician releasing the employee to work
 - b. Medical Treatment and Absence from Duty – this form must be completed at each visit to the attending physician detailing any restrictions and when released to full duty
 - c. This form must be given to the benefits office **immediately via fax or email**
 - d. It is the employee's responsibility to communicate with the benefits coordinator following each doctors visit to make sure all information has been received

For Employee Information (give these copies to the employee):

- Employee Notice of Alliance Requirements
- Notice of Injured Employee Rights and Responsibilities

**For any questions relating to Workers' Compensation please contact
Kimberly Kempken, Benefits and Leave Coordinator
281-482-1267 or tlangston@fisdk12.net**

Alliance Clinics near Friendswood

Twin Oaks Urgent Care

1111 S. Friendswood Dr., Ste. 105
Friendswood, TX 77546
(832) 569-4390

CareNow Urgent Care

1729 S. Friendswood Dr.
Friendswood, TX 77546
(281) 402-1930

Urgent Clinics Medical Care

4420 W. Main St., Ste. A
League City, TX 77573
(832) 632-1015

Affinity Immediate Care

3128 Hwy. 35 S.
Alvin, TX 77511
(281) 886-8964

Memorial Hermann Urgent Care

19419 Gulf Frwy., Ste. 3, Dept. 100
Webster, TX 77598
(281) 316-0885

Urgent Clinics Medical Care

2560 E. League City Pkwy., Ste. B
League City, TX 77573
(832) 982-7228

NextCare Urgent Care

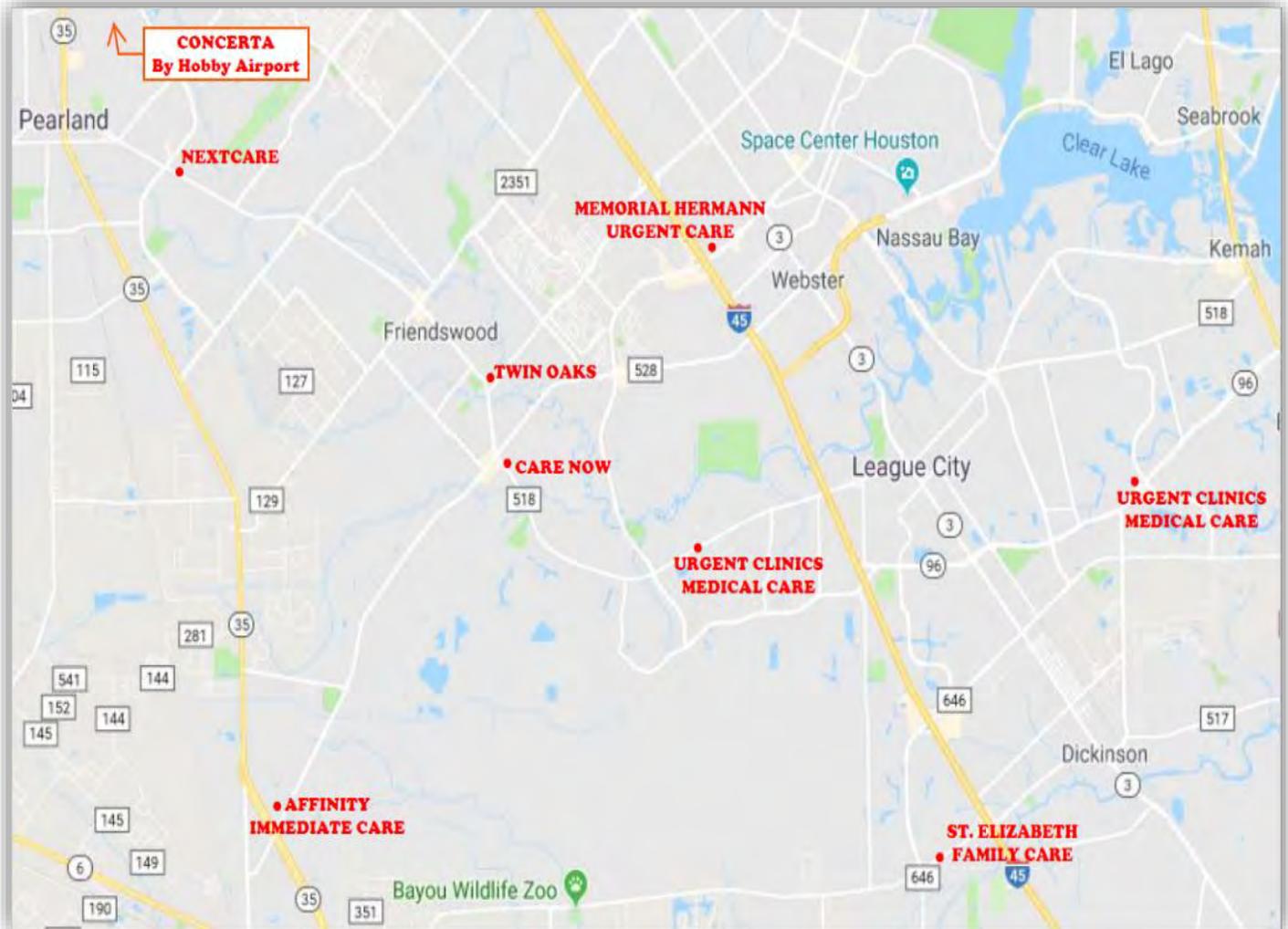
2705 E. Broadway, Ste. 101
Pearland, TX 77581
(281) 412-0508

St. Elizabeth Family Care

676 FM 517 Rd. W.
Dickinson, TX 77539
(281) 218-7200

Concentra-Primary & Urgent Care

8505 Gulf Fwy., Ste. F
Houston, TX 77017
(713) 944-4442





Friendswood Independent School District
302 Laurel, Friendswood, Texas 77546
Phone: 281-482-1267 Fax: 281-996-2606

Verification of Employment for a Reported Workers' Compensation Injury or Illness

Employee Name _____

Date of Injury _____

Date of Birth _____

SSN _____

Reported Work Related Injury or Illness _____

Post Accident Drug Testing Requested _____

(Drug testing is directed by only the Employer (designated personnel) and must be billed separately and directly to Friendswood ISD)

Friendswood ISD's workers' compensation coverage provider is the Texas Association of School Boards Risk Management Fund which is a member of the Political Subdivision Workers' Compensation Alliance (the Alliance.) For emergencies, an injured employee may go to the nearest emergency room. Otherwise, all other treatment must be from an Alliance Provider listed at www.pswca.org.

Please submit all claim and medical billing information to:

TASB Risk Management Fund
PO Box 2010
Austin, TX 78768-2010
Phone: (800) 482-7276
Fax: (800) 580-6720

Pre-Authorization

Phone: (800) 482-7276 ext. 6654
Fax: (888) 777-8272

Authorized by _____

Title _____

Phone _____

Date _____

District Contact: Kimberly Kempken, Benefits and Leave Coordinator
281-482-1267 x 6605
kkempken@fisdk12.net
direct fax: 281-996-2606

HACEMOS MÁS SENCILLO... EL ABASTECIMIENTO DE LAS RECETAS MÉDICAS DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN POR ACCIDENTES LABORALES.

Optum ha sido elegido para administrar los beneficios farmacéuticos de su programa de compensación por accidentes laborales para TASB Risk Management Fund. Más adelante incluimos su tarjeta First Fill que le permitirá recibir las recetas médicas relacionadas con su lesión en su farmacia local. Llene esta tarjeta siguiendo las instrucciones que se indican a continuación.

Empleado lesionado:



Si necesita que se le abastezca su receta médica para una lesión o enfermedad relacionada con su trabajo, visite una farmacia de la red Optum Tmesys®. Entregue esta tarjeta temporal al farmacéutico. El farmacéutico abastecerá su receta médica bajo costo o sin costo alguno.



Si se acepta su reclamación del programa de compensación por accidentes laborales, recibirá una tarjeta permanente por correo. Use esa tarjeta para otras recetas médicas de lesiones o enfermedades relacionadas con su trabajo.



La mayoría de farmacias, incluyendo Walgreens, nuestro proveedor preferido, y todas las grandes cadenas de farmacias, forman parte de la red. Para encontrar una farmacia de la red, llame al 1-866-599-5426 o visite tmesys.com.

**¿Tiene alguna pregunta?
¿Necesita ayuda?**



1-866-599-5426




WORKERS' COMPENSATION PRESCRIPTION DRUG PROGRAM

TASB Risk Management Fund

PORTADORA EMPLEADOR

NOMBRE DEL TRABAJADOR LESIONADO

Please provide directly to Pharmacist

NUMERO DE SEGURO SOCIAL FECHA DE ALA LESION (AAMMDD)

Aviso para el titular de la tarjeta: Presente esta tarjeta a la farmacia para recibir los medicamentos para la lesión relacionada con su trabajo. Para ubicar una farmacia, visite tmesys.com.

Attention Pharmacists: Enter RxBIN, RxPCN and GROUP. Member ID # format is the date of injury and SSN combined as follows: YYMMDD123456789.

Tmesys is the designated PBM for this patient. This card is not valid for compound medications.

Tmesys Pharmacy Help Desk
1-800-964-2531

	<u>NDC</u>	<u>Envoy</u>
RxBIN	004261	or 002538
RxPCN	CAL	or Envoy Acct. #
GROUP	<u>TASBFF</u>	

NOTA: Esta tarjeta First Fill solo es válida para una lesión o enfermedad cubierta por su programa de compensación por accidentes laborales.



Empleador:

Inmediatamente después de recibir un aviso sobre una lesión, llene la información antes indicada y entregue este formulario al empleado.



Election of Leave Benefits with Workers' Compensation (Spanish)

Nombre _____ Número de empleado _____

Posición _____ Departamento/campus _____

Este empleado está ausente de su trabajo debido a una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo que comenzó en (fecha de la primera ausencia que se atribuye a enfermedad o lesión). Si es elegible, el seguro de compensación de los trabajadores puede comenzar a pagar un porcentaje de los salarios actuales del empleado en el octavo día de ausencia del trabajo, en caso de que se requiera una ausencia prolongada.

Firma autorizada de distrito

Posición

Fecha

Elección del empleado:

Me ausenté del trabajo debido a una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo. Comprendo que no soy elegible para los beneficios de ingreso semanales de compensación para trabajadores hasta que mi ausencia exceda los siete días calendario. También comprendo que el distrito continuará pagando su aporte hacia el costo de mi cobertura de seguros médicos (si es aplicable) siempre y cuando estoy en licencia **con goce de sueldo** y/o licencia familiar o médica (FMLA). Asimismo, comprendo que seré responsable de pagar todas las primas de seguros médicos si estoy en licencia **sin goce de sueldo** que no sea una licencia FMLA. Elijo la siguiente opción:

- Elijo utilizar solamente _____ días de licencia disponible con goce de sueldo en esta oportunidad.
- Elijo utilizar todas las licencias con goce de sueldo disponibles. Durante los primeros siete días, mi licencia se utilizará en aumentos de día completo. Comprendo que, una vez que comience a recibir los beneficios de ingresos semanales de compensación de los trabajadores, mi licencia se utilizará en aumentos de día parcial para complementar los beneficios de ingreso de compensación de los trabajadores.
- Elijo **no** utilizar la licencia con goce de sueldo disponible en esta oportunidad. Comprendo que no recibiré pagos de salario regulares de _____ ISD mientras reciba los beneficios de ingreso semanales conforme a la compensación de los trabajadores. No se deducirá la licencia con goce de sueldo disponible de mi saldo de licencia. Asimismo, comprendo que, al seleccionar esta opción, recibiré solamente los beneficios de ingreso de compensación de los trabajadores para las ausencias que deriven de mi enfermedad o lesión relacionada con el trabajo, a menos y hasta que comunique al distrito un cambio en mi decisión.

Firma del empleado _____

Fecha _____

<i>For Claims Reporting Purposes Only:</i>	
<i>For all employees:</i> Amount of leave paid to employee: \$ _____. Daily rate: \$ _____ Period of payment from ____/____/____ through ____/____/____ for _____ days or _____ weeks	<i>For hourly employee only:</i> Hourly rate: \$ _____. Number of hours paid: _____

**EMPLOYEE ACKNOWLEDGMENT OF THE ALLIANCE
DIRECT CONTRACTING PROGRAM**

RECONOCIMIENTO DEL EMPLEADO PARA EL PROGRAMA DE CONTRATAR DIRECTAMENTE CON MEDICOS

He recibido la informacion que explica como obtener tratamientos medicos si me lastimo en el trabajo. Si estoy lastimado en el trabajo y vivo en un área de servicio descrita en esta información, entiendo que:

1. Tengo que escojer un doctor de la lista de la Alliance (PSWCA), que son señalados para tartar.
2. Debo ir a este doctor para todo el tratamiento médico para mi lesión. Si necesito un especialista, el doctor que me trata me referirá. Si necesito tratamientos de emergencia, yo entiendo que puedo ir a cualquier profesional médico licenciado dentro de los Estados Unidos.
3. Si el doctor me refiere a un especialista, yo entiendo que necesito verificar que el doctor sea un miembro del la Alliance.
4. TASB le pagara al doctor escojido y a doctores tambien que son partidos de PSWCA.
5. Puedo ser responsable de la cuenta si recibo tratamiento medico de doctores que no son miembros de la Alliance y sin la aprobacion anterior de TASB.
6. Reportando un reclamo de lastimadura falsa o fraudulenta es un crimen que puede resultar en multas y o al encarcelamiento.
7. Si deseo cambiar doctores despues de mi primera opción, puedo hacerlo dentro 60 dias de comensar mi tratamieto. Puedo solamente escojer de la lista de doctores que estan en el Alliance. La tercer opción necesita probacion de mi ajustador antes de cabiar doctor.

Signature (Firma):

Date (Fecha):

Printed Name (Nombre en imprenta):

Address (Direccion de domicilio incluyendo ciudad, estado y zip):

Employer (Nombre de empleo): Friendswood Independent School District

Name of Direct Contracting Program (Nombre del programa de contratar doctores directament):

Political Subdivision Workers' Compensation Alliance (the Alliance)

El servicio de contratar doctores directamente en las areas de servicio, son subjetivos a cambiar. Para localizar un doctor de tratamiento en su area, visite al Internet en: www.pswca.org o llame a su ajustador al numero: 800-482-7276.

To be completed by the employer only

Please indicate whether this is the:

- Initial Employee Notification
 Injury Notification (Date of Injury: ____/____/____)

DO NOT RETURN THIS FORM TO THE TASB RISK MANAGEMENT FUND UNLESS REQUESTED.

AVISO DEL EMPLEADO DE LOS REQUISITOS DE LA ALIANZA

Información de contacto importante

Para localizar a un proveedor, visite www.pswca.org.

Para contactar a un ajustador en el Fondo de Control de Riesgos de TASB, visite www.tasbrmf.org o llame al (800) 482-7276.

Información, Instrucciones, Derechos y Obligaciones

Si se lesionó en el trabajo, avise a sus supervisor o empleador inmediatamente. La información en este aviso le ayudará a recibir tratamiento médico para su lesión. Su empleador también le asistirá con cualquier pregunta que tenga para recibir tratamiento. También puede contactar a su ajustador en el Fondo de Control de Riesgos de TASB (el Fondo) para cualquier pregunta que tenga sobre el tratamiento de una lesión relacionada con el trabajo. El Fondo es su proveedor de cobertura de compensación al trabajador y está trabajando con su compañía para asegurarse de que reciba cuidados médicos a tiempo. La meta es que regrese a trabajar sin riesgos tan pronto como sea posible.

▪ **¿Cómo elegir un médico?**

Si se lesionó en el trabajo y usted vive en el área de servicio de la Alliance, se requiere que usted elija un médico de la lista de proveedores. Sólo puede elegir a un médico de la lista de la Alliance. El médico **no** puede ser elegido de la lista de especialistas. Esto es necesario para que pueda recibir la cobertura de los costos sanitarios relacionados con el trabajo por su lesión. La lista de proveedores está disponible a través del sitio web de la Alliance en www.pswca.org Y un sitio también está contenida en el sitio Web de el Fund en www.tasbrmf.org. Identifica los proveedores que están aceptando nuevos pacientes.

Si su médico que le deja a la Alliance, le informaremos por escrito. Usted tiene el derecho de elegir a otro médico de la lista de la Alianza. Si su médico deja a la Alliance y usted tiene una condición que amenaza la vida en peligro o condición para que una perturbación de la atención sería perjudicial para usted, su doctor le puede pedir que tratar con él o ella por un extra de **90 días**.

▪ **¿Qué pasa si vivo fuera del área de servicio?**

Si usted cree que vive fuera del área de servicio, puede llamar a su ajustador y pedirle que revise el área de servicio.

▪ **¿Cómo cambio de doctor?**

Si está insatisfecho con su doctor, puede elegir un doctor diferente de la lista de doctores en el área de servicio donde usted vive. El Fondo le da la opción de elegir un doctor diferente. **Antes de que cambie de doctores una segunda vez, debe obtener el permiso de su ajustador.**

▪ **¿Cómo se maneja la referencia de doctores?**

Las referencias de los servicios médicos que usted y su doctor soliciten estarán disponibles en el tiempo requerido en base a su condición médica. Las referencias serán hechas **en menos de 21 días** después de su petición. Su doctor debe referirlo a otro proveedor de la Alianza a menos de que sea médicamente necesario hacer la referencia afuera de la Alianza. No tiene que obtener una referencia si necesita de cuidados de emergencia.

▪ **¿Quién paga por los cuidados médicos?**

Los proveedores de la Alianza han acordado pedir el pago al Fondo para sus cuidados médicos. No deben pedirle pagos a usted. Si obtiene cuidados médicos de un doctor que no está en la Alianza sin tener aprobación previa de un ajustador, tal vez tenga que pagar los costos de su cuidado. Puede recibir tratamiento de los proveedores médicos que **no pertenezcan** a la Alianza sólo si sucede una de las siguientes situaciones:

- Emergencias: Debe acudir al hospital o instalaciones de emergencia más cercanas.
- Si no vive dentro del área de servicio de la Alianza
- Si su doctor lo manda a un proveedor o instalación fuera de la Alianza. Esta instalación especialista debe ser aprobado por un ajustador.

Cómo Poner una Queja

Tiene el derecho de poner una queja con la Alianza. Debe hacerlo si no está satisfecho con algún aspecto de las operaciones del programa de contrato directo. Esto incluye una queja sobre el programa y/o su doctor de la Alianza. También puede ser una queja general sobre la Alianza. Puede poner su queja con el Coordinador de Quejas de la Alianza por teléfono, por medio de la página de internet de la Alianza en www.pswca.org, por escrito por correo o por fax. Las quejas se deben mandar a:

PSWCA (The Alliance) Attention: Grievance Coordinator

P.O. Box 763

Austin, TX 78767-0763

866-997-7922

Debe mandar la queja al coordinador de quejas del programa **en menos de 90 días después de la fecha en que haya ocurrido el incidente**. Las leyes de Texas no permiten que la Alianza tome represalias en contra de usted si pone una queja en contra del programa. La Alianza tampoco puede tomar represalias si usted apela la decisión del programa. La ley no permite que la Alianza tome represalias en contra de su doctor si el o ella pone una queja en contra del programa o apela de su parte la decisión del programa.

¿Qué se puede hacer cuando uno se lastima en el trabajo?

Si se lastima mientras esté en el trabajo, avise a su empleador tan pronto como le sea posible. Su empleador puede tener una lista de doctores de la Alianza en su área de servicio. También puede encontrar una lista completa de doctores de la Alianza en www.pswca.org. O también, nos puede contactar directamente a la siguiente dirección y/o llamar al número de teléfono gratis:

**TASB Risk Management Fund
P.O. Box 2010
Austin, TX 78768
(800) 482-7276**

En caso de una emergencia...

Si se lastima en el trabajo y es una emergencia con amenaza de muerte, puede ir a un hospital de emergencias más cercano. Si se lesiona en el trabajo después de horas de oficina o mientras esté trabajando afuera de su área de servicio, debe acudir a las instalaciones más cercanas. Después de que haya recibido cuidados de emergencia, puede necesitar continuos cuidados. Necesita elegir a un doctor para su tratamiento de la lista de proveedores de la Alianza. Esta lista está disponible en línea en www.pswca.org. Si no tiene internet, llame al (800) 482-7276 ó llame a su empleador y pida la lista. El doctor que elija se asegurará de que reciba cuidados para su lesión relacionada con el trabajo. Excepto por los cuidados de emergencia, usted debe obtener referencias para los cuidados médicos y especialistas por medio del doctor que lo atienda.

Los cuidados de emergencia no necesitan ser aprobados con anticipación. Una "Emergencia Médica" como es definida por la leyes de Texas. Es una condición médica que sucede repentinamente con síntomas serios que son severos como para que una persona razonable crea que usted necesite cuidados inmediatos o su no, podría sufrir un daño. Ese daño pudiera incluir peligros en contra de su salud o funciones de su cuerpo o pérdida de funciones de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Cuidados no de emergencia...

Reporte su lesión a su compañía tan pronto como pueda. Seleccione a un doctor que lo atienda de la lista de proveedores de la Alianza. Esta lista está disponible en línea en www.pswca.org. Si no tiene acceso al internet, llame al 800- 482-7276 ó llame a su compañía y pídale una lista.

Tratamientos Que Requieren Aprobación Previa

Ciertos tratamientos o servicios prescritos por un doctor necesitan ser aprobados con anticipación. Se requiere que su doctor pida aprobación del Fondo de Control de Riesgos de TASB **antes** de proporcionar un tratamiento o servicio específico. Por ejemplo, puede necesitar quedarse más días en un hospital que los días aprobados al principio. Si así es, los tratamientos adicionales deben ser aprobados con anticipación.

Los siguientes tratamientos médicos que no son de emergencia deben ser aprobados con anticipación:

Admisión del paciente en el hospital
Servicios quirúrgicos o de ambulancia
Cirugía de la Columna
Toda la terapia de fortalecimiento laboral no exenta
Toda la terapia de acondicionamiento laboral no exenta
Terapia física u ocupacional excepto las primeras seis (6) visitas si las seis visitas fueron hechas en un periodo de 2 semanas inmediatamente después de la fecha de la lesión o la cirugía.
Cualquier servicio de investigación o experimental
Todas las pruebas psicológicas y psicoterapia
Estudios repetidos de diagnósticos que sobrepasen \$350
Todo el equipo médico (DME) que sobrepase \$500
Manejo del dolor crónico y la rehabilitación del dolor interdisciplinario
Medicamentos no incluidos en el Formulario de la División de Compensación al Trabajador (TDI)
Todos los medicamentos narcóticos proporcionados para más de 60 días
Cualquier tratamiento o servicio que exceda las Pautas Oficiales de Discapacidad

Su doctor debe llamar al 800-482-7276, ext. 6654 para pedir uno de estos tratamientos. Si se le niega el tratamiento o servicio, le avisaremos por escrito. Este aviso por escrito tendrá información sobre su derecho de pedir que se le vuelva a considerar o apelar por el tratamiento negado. También se le explicará su derecho de pedir una revisión por una Independent Review Organization por medio del Departamento de Seguros de Texas.



Aviso sobre los Derechos y Responsabilidades para los Empleados Lesionados en el Sistema de Compensación para Trabajadores de Texas

En Texas, usted como empleado lesionado tiene derecho a recibir ayuda gratuita por parte de la Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado (Office of Injured Employee Counsel -OIEC, por su nombre y siglas en inglés). Esta ayuda se ofrece en las oficinas locales en todo el estado. Las oficinas locales también proporcionan otros servicios del sistema de compensación para trabajadores por parte del Departamento de Seguros de Texas (Texas Department of Insurance -TDI, por su nombre y siglas en inglés). TDI, es la agencia estatal que regula y administra el sistema de compensación para trabajadores mediante la División de Compensación para Trabajadores (Division of Workers' Compensation -DWC, por su nombre y siglas en inglés).

Muchos de los servicios que son proporcionados por parte de OIEC y de DWC pueden ser llevados a cabo por teléfono. Usted puede comunicarse con OIEC llamando al teléfono gratuito 1-866-EZE-OIEC (1-866-393-6432). Visite el sitio Web de OIEC en www.oiec.texas.gov, para obtener información adicional, incluyendo la ubicación de las oficinas. Usted puede comunicarse con DWC llamando al teléfono gratuito 1-800-252-7031. La información de DWC se encuentra disponible en la página de Internet: www.tdi.texas.gov.

Sus Derechos Dentro del Sistema de Compensación para Trabajadores de Texas:

1. Usted tiene derecho a contratar a un abogado para asistirle con su reclamación de compensación para trabajadores.

Para obtener asistencia para encontrar a un abogado, llame al servicio de recomendación de abogados de la Barra de Abogados del Estado de Texas (State Bar of Texas, por su nombre en inglés) al 1-877-983-9227 o visite www.texasbar.com. La información sobre la recomendación de abogados también puede encontrarse en la página de Internet de OIEC en www.oiec.texas.gov.

2. Usted tiene derecho a recibir asistencia por parte de OIEC si no cuenta con un abogado.

Los Representantes de Servicio al Cliente de OIEC, así como los Ombudsman están disponibles para responder a sus preguntas y proporcionarle asistencia con su reclamación de compensación para trabajadores ya sea llamando a OIEC o visitando una de las oficinas de OIEC. **Usted debe firmar una autorización por escrito antes que un empleado de OIEC pueda tener acceso a la información sobre su reclamación.** Llame o visite una oficina de OIEC para completar la autorización por escrito. Los Representantes de Servicio al Cliente de OIEC y los Ombudsman han sido entrenados en el campo de compensación para trabajadores y pueden ayudarle a programar un procedimiento de resolución de disputas, relacionado con su reclamación de compensación para trabajadores. Un ombudsman también puede asistirle en una Conferencia para Revisión de Beneficios (Benefit Review Conference -BRC, por su nombre y siglas en inglés), en una Audiencia para Disputar Beneficios (Contested Case Hearing -CCH, por su nombre y siglas en inglés), y en una apelación. Sin embargo, un Ombudsman no puede tomar decisiones por usted, ni dar opiniones por usted o proporcionar asesoramiento legal.

3. Con ciertas excepciones, usted tiene derecho a recibir beneficios médicos y beneficios de ingresos sin importar quién tuvo la culpa de su lesión. Sus beneficiarios podían tener derecho a recibir beneficios por causa de muerte y beneficios de gastos para el entierro.

La información sobre las excepciones puede encontrarse en www.tdi.texas.gov o consultando al personal de OIEC.

4. Usted puede tener derecho a recibir atención médica para atender su lesión o enfermedad que sucedió en el área de trabajo, durante todo el tiempo que sea médicamente necesario y relacionado con la lesión que sucedió en el área de trabajo.

Usted puede tener derecho a recibir un reembolso por los gastos incurridos después de viajar para asistir a una cita médica o a un examen médico requerido (required medical examination, por su nombre en inglés), si el viaje cumple con las condiciones de calificación.

5. Usted puede tener derecho a recibir beneficios de ingresos por su lesión relacionada con el trabajo.

Existen varios tipos de beneficios de ingresos, así como requisitos de elegibilidad. La información sobre los tipos de beneficios de ingresos que pueden estar disponibles, y los requisitos de elegibilidad pueden ser encontrados en www.tdi.texas.gov o consultando al personal de OIEC.

6. Usted puede tener derecho a una resolución de disputas con respecto a sus beneficios de ingresos y beneficios médicos.

Usted puede solicitar una Resolución de Disputas Médicas (Medical Dispute Resolution, por su nombre en inglés) si está en desacuerdo con la aseguradora sobre los beneficios médicos. Usted puede solicitar una Resolución de Disputas por Indemnización (Ingresos) (Indemnity (Income) Dispute Resolution, por su nombre en inglés), si está en desacuerdo con la aseguradora sobre los beneficios de ingresos. La ley establece que sus procedimientos de resolución de disputas sean llevados a cabo dentro de 75 millas del domicilio suyo.

7. Usted tiene derecho a escoger a su médico de tratamiento.

Si usted pertenece a una red de servicios médicos de compensación para trabajadores (Workers' Compensation Health Care Network), (red), debe escoger a su médico de la lista de médicos de tratamiento de la red. Usted puede cambiar a su médico de tratamiento una sola vez sin la necesidad de obtener la aprobación de la red. Si no pertenece a una red, usted puede inicialmente escoger a cualquier médico que esté dispuesto a atender su lesión de compensación para trabajadores; sin embargo, si usted no pertenece a una red, el cambio de su médico de tratamiento debe ser pre-aprobado por DWC. Si es empleado de una subdivisión política, tal como la ciudad, el condado, o el distrito escolar, usted deberá seguir los reglamentos de dicha subdivisión política para escoger a un médico de tratamiento. Es importante seguir todos los reglamentos en el sistema de compensación para trabajadores. **Si usted no sigue estos reglamentos, podría ser considerado responsable por el pago de las facturas médicas.** El personal de OIEC puede ayudarle a entender estos reglamentos.

8. Usted tiene derecho a que la información sobre su reclamación de compensación para trabajadores se mantenga confidencial.

En la mayoría de los casos, el contenido del expediente de su reclamación no puede ser obtenido por otras personas. Algunos participantes tienen derecho a conocer el contenido del expediente de su reclamación, tal como su empleador o la aseguradora de su empleador. También, un empleador que esté considerando contratarle a usted puede obtener información limitada por parte de DWC sobre su reclamación.

Sus Responsabilidades Dentro del Sistema de Compensación para Trabajadores de Texas:

1. Usted tiene la responsabilidad de informar a su empleador si se ha lesionado en el trabajo mientras desempeñaba sus deberes de trabajo. Usted debe informar a su empleador dentro de 30 días a partir de la fecha en que sucedió su lesión o del día en que usted se dio cuenta que su lesión o enfermedad podría estar relacionada con su trabajo.

2. Usted tiene la responsabilidad de saber si pertenece a una Red de Servicios Médicos de Compensación para Trabajadores (red) (Workers' Compensation Health Care Network -network).

Si no sabe si pertenece a una red de servicios médicos, pregúntele al empleador para el cual usted trabajaba al momento en que ocurrió su lesión. Si pertenece a una red, es su responsabilidad seguir los reglamentos de dicha red. Si usted encuentra algo que no entiende, pregunte a su empleador o llame a OIEC. Si desea presentar una queja sobre una red, llame a la Línea de Ayuda al Consumidor de TDI (TDI's Consumer Help Line, por su nombre en inglés) al 1-800-252-3439 o presente su queja en línea en www.tdi.texas.gov/consumer/complfrm.html#wc.

3. Si usted trabajó para una subdivisión política (p. ej. la ciudad, el condado o el distrito escolar) al momento en que sucedió su lesión, es su responsabilidad averiguar cómo recibir tratamiento médico.

Su empleador debe poder proporcionar la información que usted necesita para determinar cuáles son los proveedores de servicios médicos que pueden atender su lesión relacionada con el trabajo.

4. Usted tiene la responsabilidad de informar a su médico cómo es que usted se lesionó y determinar si la lesión está relacionada con el trabajo.

5. Usted tiene la responsabilidad de completar y enviar a DWC el Formulario DWC-041, Reclamo del Empleado para Compensación por una Lesión Relacionada con el Trabajo o Enfermedad Ocupacional.

Usted cuenta con un año para enviar el formulario después de haberse lesionado o después de haberse enterado que su enfermedad podría estar relacionada con su trabajo. Complete y envíe el Formulario DWC-041 aun si ya está recibiendo beneficios. Usted puede perder su derecho a recibir beneficios si no envía a tiempo el formulario completo a DWC. Para obtener una copia del Formulario DWC-041 comuníquese con DWC o con OIEC.

6. Usted tiene la responsabilidad de proporcionar su dirección actual, número de teléfono e información sobre su empleador a DWC y a la aseguradora. Usted puede comunicarse con DWC al 1-800-252-7031.

7. Usted tiene la responsabilidad de informarle a DWC y a la aseguradora cada vez que haya un cambio en el estado de su empleo o su salario.

(Algunos ejemplos de cambios incluyen: si deja de trabajar a causa de su lesión; si usted regresa a trabajar; o si recibe una oferta de trabajo).

8. Los beneficiarios que son elegibles o las personas que buscan obtener beneficios por causa de muerte o beneficios de gastos para el entierro, tienen la responsabilidad de completar y enviar a DWC el Formulario DWC-042, Reclamación del Beneficiario para Obtener Beneficios por Causa de Muerte dentro de un año, a partir de la fecha en que el empleado falleció.

9. Usted tiene prohibido hacer reclamaciones o demandas injustificadas o fraudulentas.