



Workers' Compensation (WC) Employee Claim Instructions

Please follow the following instructions if you are injured at work or sick from an occupational illness in the course and scope of your assigned job. All forms can be found in the Workers' Comp Employee Packet at <https://cfbisd.edu/wc> or obtained from your supervisor. All claims will be reviewed under the Texas Workers' Compensation Act criteria.

1. **Immediately inform your supervisor and fully complete the "Employee's First Report of Injury or Illness" form**, including how the injury occurred and witness names. Do not use a student's name on this form.
2. **You may select a doctor of your choice for medical treatment but if the doctor does not accept workers' compensation claims you may not be reimbursed for medical expenses.** It is your responsibility to seek timely (immediate) medical treatment as appropriate. The list provided in the Workers' Compensation packet lists clinics known to accept workers' compensation. Please contact the Workers' Compensation Department with the name of the doctor you wish see if you have verified they accept Workers' Compensation claims or if you have any questions or need help.
3. **Notify the WC Specialist at the Administration Bldg. of the facility you wish to visit so that authorization can be sent** to the clinic before your visit. Never use your personal medical insurance card/information to seek treatment under Workers' Compensation (including a hospital Emergency Room) because on-the-job injuries and illnesses are not covered under your personal medical insurance. You may be responsible for payment of unauthorized treatment.
4. **Give the MyMatrixx Prescription form in your packet to your pharmacy** if you are prescribed medication for your illness/injury so you will not have to pay for any prescription medication prescribed for your WC injury/illness. Do not use your personal insurance card.
5. **Take a copy of each DWC-73 to your supervisor.** A work status report form (DWC-73) is completed each time you are seen by a doctor and you should leave the appointment with a copy of that form. You should maintain close communication by phone or email with your supervisor and the WC Office during your recovery regarding your absences or any possible work accommodations (Return to Work or Modified Duty).
6. **Report and provide documentation of dates and times used for medical treatment** for your WC injury/illness to your campus/department timekeeper.
7. **Contact the WC Office for assistance completing the FMLA Application** if you will be absent for more than five (5) consecutive workdays and Lost Time Form (if **applicable**). Submit completed form(s) to the WC Office.
8. **Please send immediately any medical bills you may receive for your WC injury/illness to the WC Office** at the Administration Building so that they can be submitted for payment.
9. **Keep copies of all paperwork** received from the Texas Department of Insurance (TDI)-Division of Workers' Compensation (DWC), Athens Admin., your treating doctor, and the District's WC Office.
10. **Your claim will be assigned to a Claims Adjuster from Athens and you are expected to fully cooperate with your Adjuster and the District in the course of handling your claim to conclusion.** Workers' Compensation claims are processed by Athens Administrators, a Third Party Administrator (TPA). If you have any questions about your claim please contact the WC Office.



Workers' Compensation (WC) Instrucciones de Reclamo

Porfavor de seguir las instrucciones siguientes en caso de que se lastime en el trabajo o a causa de alguna enfermedad ocasionada durante el curso de sus obligaciones. Todas las formas pueden ser encontradas en Workers' Comp Employee Packet en <https://cfbisd.edu/wc> o obtenidas de su supervisor. Los reclamos seran revisados debajo de la ley de compensacion de Texas.

1. **Inmediatamente informe a su supervisor y llene la forma "Employee's First Report of Injury or Illness",** incluyendo como sucedio la lesion y los nombres de los testigos presente. Porfavor de no usar nombre de ningun estudiante en esta forma.
2. **Puede seleccionar un médico de su elección para el tratamiento médico, pero si el médico no acepta reclamos de compensación para trabajadores, es posible que no se le reembolsen los gastos médicos.** Es su responsabilidad buscar tratamiento médico oportuno (inmediato) según corresponda. La lista proporcionada en el paquete de Compensación de Trabajadores enumera las clínicas conocidas por aceptar compensación de trabajadores. Comuníquese con el Departamento de Compensación de Trabajadores con el nombre del médico que desea ver si ha verificado que aceptan reclamos de Compensación de Trabajadores o si tiene alguna pregunta o necesita ayuda.
3. **Notificar al especialista de WC en las oficinas de Administracion de la clinica que desea usted visitar para que el distrito manda la autorizacion a la clinica antes de la visita medica.** Nunca use su tarjeta medica/informacion para buscar tratamiento bajo Worker's Compensation (incluyendo hospital/cuarto de emergencia) por que la lesion fue durante el transcurso de trabajo y no esta cubierto por su seguro medico personal. Usted puede ser atendido responsable por los gastos medicos sin autorizacion para su tratamiento.
4. **Entregue su forma MyMatrixx Prescription a su farmacia.** Si usted es recetado un medicamento para su lesion/enfermedad, usted no esta obligado pagar ninguna receta prescrita por su doctor medico que atendio su lesion/enfermedad. No utilice su tarjeta medica personal.
5. **Lleve copia de cada forma DWC-73 recibida y entregue a su supervisor.** Cada vez que tenga visita con su doctor, la forma de estado de trabajo (DWC-73) es llenada por su doctor y usted debe irse de su cita con esta copia de la forma. Esta forma es llenada cada vez que usted visite a su doctor medico. Debe de mantener comunicacion por teléfono o correo electronico con su supervisor y la oficina de WC durante su recuperacion con respecto de sus ausencias o cualquier acomodacion de trabajo posible (Regreso a trabajo o Modificacion de su Deber).
6. **Reportar y proporcionar documentación de fechas y horas usado para tratamiento medico para su lesion/enfermedad de WC a la persona asignada de reportaje sus horas en su departamento o escuela.**
7. **Contactar la oficina de WC para asistencia en completar la aplicacion de FMLA** si usted va estar ausente por mas de cinco (5) dias consecutivos de trabajo y llenar la forma de Tiempo Perdido (Lost Time Form, si es aplicable. Enviar forma(s) a la oficina de WC.
8. **Porfavor de enviar facturas medicas obtenidas por su lesion/enfermedad inmediatamente a la oficina de WC** en el edificio de Administracion para que puedan ser sometidos a pago.
9. **Mantener copias** recibidas del Departamento de seguros de Texas (TDI) -Division de Worker's Compensation (DWC), Athens Admin., su medico tratante, y la oficina de WC del distrito.
10. **Su reclamo puede ser asignado a un Ajustador de Reclamos de Athens y usted es esperado a cooperar con su Ajustador y el Distrito en el curso de manejar su reclamo a conclusion.** Reclamos de Workers' Compensation son procesados por Athens Administrators. Si usted tiene preguntas sobre su reclamo por favor de contactar la oficina de WC .

EMPLOYEE'S FIRST REPORT OF INJURY OR ILLNESS

FAX: 972-968-6103 or email workerscompensation@cfbisd.edu

Workers' Compensation Office 972-968-6199 or Benefits 972-968-6120, After Hours 972-968-6119

(Black ink only and submit to Workers' Comp. Office within 24 hours of incident)

Name: _____ Occupation: _____

Female: ___ Male: ___ D.O.B. _____ Hire Date: _____ Home Phone: _____ EMP ID: _____

Permission to correspond by email: Yes: ___ No: ___ Email: _____

Primary Language: English ___ Spanish ___ Vietnamese ___ Cambodian ___ Other _____

Ethnicity: American Indian/Alaska Native ___ Asian ___ Black/African American ___
Hispanic/Latino ___ Native Hawaiian/Other Pacific Islander ___ White ___ Other _____

Employee's Mailing Address: _____
Street or P.O. Box

City _____ State _____ ZIP Code _____ COUNTY _____

Marital Status: _____ Number of Dependent Children: _____ Spouse's Name: _____

Date of Injury: _____ Time of Injury: _____ A.M./P.M. Performing normal job? Yes ___ No ___

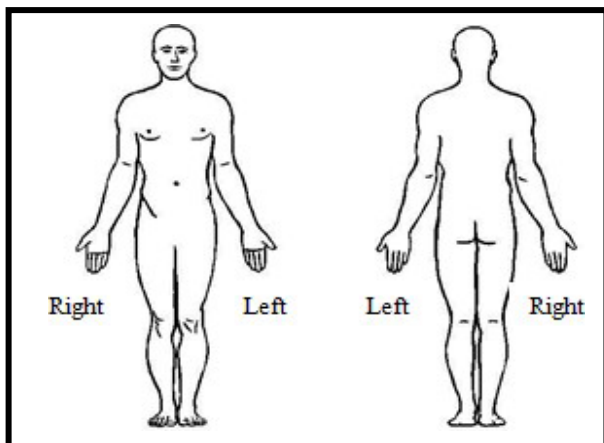
Missed Work? Yes ___ No ___ Dates missed: _____ Date returned to work: _____

If an employee is injured as the result of a physical assault during the performance of their duties, as defined in the District Policies-DEC (Legal), assault leave may be requested. An investigation of the incident will be conducted to confirm or deny assault leave status. Do you wish to file for Assault Leave? Yes ___ No ___ Not Applicable _____

Where did injury occur? _____
Campus/Department Injury site (classroom, gym, office, etc.)

Explanation of how injury occurred (Do not include student name): _____

Witnesses: _____



Body Parts injured (example: upper left arm):

Does injury require medical examination? Yes ___ No ___

- Contact the WC Office **before** doctor/clinic visit for exam and prescription authorization.
- Note: Seeing a Physician who does not accept Workers' Compensation Claims may result in non-refundable medical expenses

WC Office Use Only: I.O. ___ M.O. ___ Indemnity ___

Body Part(s) Injured (circle all that apply)

Employee's Signature _____ Date _____

Supervisor's Signature _____ Date Injury Reported _____ Time _____ A.M./P.M.

CLINICS TREATING MINOR/MODERATE WORK-RELATED INJURIES

Workers' Comp. Office: Phone: 972-968- 6199, After Work Hours: 972-968-6119

Benefit Office: Phone: 972-968-6120 Fax: 972-968-6103

workerscompensation@cfbisd.edu

CareNow – Carrollton

1017 W. Hebron Pkwy, Carrollton
(near corner of Old Denton & Hebron Pkwy)

Phone: 972-939-9495 Fax: 972-939-0230

Mon – Sat: 8am – 8pm, Sun 8am-5pm

Other Available Locations: www.CareNow.com

CareNow –Dallas area

5644 Preston Rd. Frisco 972-529-4545 fax 214-872-4323

301 W. Main St. Frisco 972-335-0030 fax 3660

39769 I20&Wheatland Dallas 972-780-0802 fax7134

9323 LBJ Fwy & Abrams Dallas 214-570-3003 fax 1797

1559 W. Main, Lewisville 972-436-0333 fax 7373

7400 N. MacArthur Blvd, Irving 469-804-9295 fax 972-925-0260

Telemedicine available during business hours at Carenow.com Select Virtual Visit check in, select location, select Web checkin

Concentra – Carrollton

1345 Valwood Pkwy, Suite # 306, Carrollton
(Across from Standridge Stadium)

972-484-6435 Fax: 972-484-6785

Monday – Friday: 8:00 am – 5:00 pm

Other Available Locations: www.concentra.com

Concentra – Addison - DFW

15810 Midway Rd. Addison 972-458-8111 fax 7776

Monday – Friday: 8:00 am – 5:00 pm)

Concentra – Dallas – Stemmons & Inwood

2920 N. Stemmons Frwy Dallas 214-630-2331 fax 214-905-1323

Mon-Fri 8am-5pm, Sat 9am-4pm

Telemedicine is available 24/7 at Concentra.com (Select Are You an Injured Employee?, Start your Telemedicine visit)

FOR TREATMENT OF SEVERE EMERGENCIES

(Heavy bleeding, hemorrhage, loss of function or consciousness, etc.)

CALL 911

Send employee to nearest hospital emergency room via ambulance

- You may initially choose any provider who is willing to treat your Workers' Compensation Injury, however changing your treating Doctor must be approved by the Texas Department of Insurance - Division of Workers Compensation.
- Seeing a provider who does not accept Workers' Compensation Claims may result in non-refundable medical expenses
- You may select a doctor of your choice for medical treatment but if the doctor does not accept workers' compensation claims you may not be reimbursed for medical expenses. It is your responsibility to seek timely (immediate) medical treatment as appropriate. The list provided in the Workers' Compensation packet lists clinics known to accept workers' compensation. Please contact the Workers' Compensation Department with the name of the doctor you wish see if you have verified they accept Workers' Compensation claims or if you have any questions or need help.

»» To the Injured Worker:

On your first visit, please give this notice to any pharmacy listed on the back side to speed the processing of your approved workers' compensation prescriptions.

Questions or need assistance locating a participating retail network pharmacy? Call the myMatrixx, an Express Scripts Company Customer Care at 877.804.4900.

Atención Trabajador Lesionado:

En su primera visita, por favor entregue esta notificación a cualquier farmacia enumerada al reverso para acelerar el procesamiento de sus recetas aprobadas de compensación para trabajadores (según las pautas establecidas por su empleador).

Si tiene cualquier duda o necesita ayuda para localizar una farmacia de venta al por menor participante de la red, por favor llame a la Atención a Clientes en myMatrixx, una compañía de Express Scripts, al 877-804-4900.

»» To the Pharmacist:

myMatrixx, an Express Scripts Company administers this workers' compensation prescription program. Please follow the steps below to submit a claim. Standard first fill shall not exceed a 30-day supply or a cost of \$750. This form is valid for up to 30 days from date of injury (DOI). Limitations may vary. For assistance, call myMatrixx, an Express Scripts Company Customer Care at 877.804.4900.

Pharmacy Processing Steps

Step 1: Enter BIN number 003858

Step 2: Enter processor control WC

Step 3: Enter the group number as it appears above

Step 4: Enter the injured worker's nine-digit ID number

Step 5: Enter the injured worker's first and last name

Step 6: Enter the injured worker's date of injury

Express Scripts

ID#: _____

Your SSN is your temporary ID number; present to the pharmacy at the time prescription is filled. You will receive a new ID number shortly.

Date of Injury: _____ / _____ / _____
MM/DD/YYYY

Group #: DM6A _____

Employee Date of Birth: _____ / _____ / _____

Thank you for using a participating retail network pharmacy. Even though there is no direct cost to you, it's important that we all do our part to help control the rising cost of healthcare.

Please see other side for a list of participating retail network pharmacies.

»» **To the Supervisor:** Please fill in the information requested for the injured worker.

Employee Information

First M Last

Street Address or PO Box

City State ZIP

Employer Name

Carrollton Farmers Branch ISD

Workers Compensation Office 972-968-6199

After Hours call 972-968-6119

Benefit Department 972-968-6120

CFBISD Administration Bldg 972-968-6100

Athens Admin. WC Adjuster 925-826-1268

A & P	Drug Emporium	Longs Drug Store	Sav-On
Acme Pharmacy	Drug Fair	Major Value	Save Mart
Albertson's	Drug Town	Marsh Drugs	Schnucks
Albertson's/Acme	Drug World	Medic Discount	Scolari's
Albertson's/Osco	Eckerd	Medicap	Sedano
Albertson's/Sav-On	Econofoods	Medistat	Shaw's
Amerisource Bergen	EPIC Pharmacy	Meijer	Shop 'N Save
Anchor Pharmacies	Network	Minyard	Shopko
Arrow	FamilyMeds	NCS HealthCare	ShopRite
Aurora	Farm Fresh	Neighborcare	Snyder
Bartell Drugs	Farmer Jack	Network	Stop & Shop
Bigg's	Food City	Pharmaceuticals	Sun Mart
Bi-Lo	Food Lion	Northeast Pharmacy	Super Fresh
Bi-Mart	Fred's	Services	Super Rx
BJ's Wholesale Club	Gemmel	Osco	Target
Brooks	Giant	P & C Food Markets	Texas Oncology Srvs
Brookshire Brothers	Giant Eagle	Pamida	The Pharm
Brookshire Grocery	Giant Foods	Park Nicollet	Thrifty White
Bruno	Hannaford	Pathmark	Times
Carrs	Harris Teeter	Pavilions	Tom Thumb
Cash Wise	H-E-B	Price Chopper	Tops
Coborn's	Hi-School Pharmacy	Publix	Ukrop's
Costco	Hy-Vee	Quality Markets	United Drugs
Cub	Jewel/Osco	Raley's	United Supermarkets
CVS	Kash n Karry	Randalls	Vons
D&W	Keltsch	Rite Aid	Waldbaums
Dahl's	Kerr	Rosauers	Walgreens
Dierbergs	Kmart	Rx Express	Walmart
Discount Drugmart	Knight Drugs	RXD	Wegmans
Doc's Drugs	Kroger	Safeway	Weis
Dominicks	LeaderNet (PSAO)	Sam's Club	Winn Dixie



WORKERS' COMP PROTOCOL – Instructions for Providers

NURSES: DO NOT DRUG TEST INJURED EMPLOYEE

FOR Pre - AUTHORIZATION OF TREATMENT –

Workers' Compensation Office
Carrollton-Farmers Branch ISD
1445 North Perry Rd.
Carrollton, Texas 75006
Phone: 972.968.6199, Fax: 972.968.6103
After hours Phone 972.968.6119 Or
Benefits Office: 972.968.6120

CALL/FAX/EMAIL ALL MEDICAL REPORTS TO

Phone: 972. 968.6199 or Fax: 972.968.6103 or workerscompensation@cfbisd.edu

WORKER'S COMP BILLING & CONTACT INFORMATION

Athens Administrators
P.O. Box 696
Concord, CA 94522

Judith Dye, Sr. Claims Examiner, jdye@athensadmin.com
Phone: 925.826.1268 and fax 210.579.1052
Athena Vargas, Supervisor, avargas@athensadmin.com
Phone: 210.728.3278 Fax: 210.579.1532

Pre-Authorizations per Rule 134.600
Injury Management Organization, Inc. IMO.
Phone: 972.404.8133
Fax: 972.991.5572 or 972.331.1269
preauth@injurymanagement.com

1445 North Perry Road, Carrollton, TX 75006
972-968-6100



Application for Family Medical Leave for Workers' Compensation

Name: _____ Teams ID: _____

Campus: _____ Assignment: _____

Current Address: _____

Start Date of Anticipated Leave: _____ Expected Date of Return to Work: _____

Reason for Leave (Explain): _____

Note: An employee requesting leave for the employee's health serious condition due to a compensable work related injury, must submit a verifying medical certification from the Workers' Compensation physician. **(Texas Workers' Compensation Work Status Report (DWC – 73) is acceptable as verification of a serious health condition.)**

I authorize a representative of Carrollton-Farmers Branch ISD to contact my health-care provider to verify the authenticity of the medical certification for my requested Family Medical Leave.

I understand that a failure to return to work at the end of my leave period may be treated as absent without leave, and may result in further disciplinary action up to and including termination of employment, unless additional leave, pursuant to Board Policies DEC (Legal) and DEC (Local) has been agreed upon and approved in writing.

Signature: _____ Date: _____

I prefer communication be submitted to me via U.S. Mail or district e-mail.

Received by:

Supervisor/Principal: _____ Date: _____

Benefits Department: _____ Date: _____



Notice of Injured Employee Rights and Responsibilities in the Texas Workers' Compensation System

As an injured employee in Texas, you have the right to free assistance from the Office of Injured Employee Counsel (OIEC). This assistance is offered at local offices across the State. These local offices also provide other workers' compensation system services from the Texas Department of Insurance (TDI). TDI is the State agency that administers and regulates the workers' compensation system through the Division of Workers' Compensation (DWC).

Many services provided by OIEC and DWC can be completed over the telephone. You can contact OIEC by calling the toll-free telephone number 1-866-EZE-OIEC (1-866-393-6432). Additional information, including office locations, is available on the Internet at: www.oiec.texas.gov. You can contact DWC by calling the toll-free telephone number 1-800-252-7031. Information about DWC is available on the Internet at: www.tdi.texas.gov.

Your Rights in the Texas Workers' Compensation System:

1. You have the right to hire an attorney to help you with your workers' compensation claim.

For assistance locating an attorney, contact the State Bar of Texas' lawyer referral service at 1-877-983-9227 or <http://www.texasbar.com/>. Attorney referral information can also be found on OIEC's website at www.oiec.texas.gov.

2. You have the right to receive assistance from OIEC if you do not have an attorney.

OIEC Customer Service Representatives and Ombudsmen are available to answer your questions and provide assistance with your workers' compensation claim by calling OIEC or visiting an OIEC office. **You must sign a written authorization before an OIEC employee can access information on your claim.** Call or visit an OIEC office to fill out the written authorization. Customer Service Representatives and Ombudsmen are trained in the field of workers' compensation and can help you with scheduling a dispute resolution proceeding about your workers' compensation claim. An Ombudsman can also assist you at a benefit review conference (BRC), contested case hearing (CCH), and an appeal. However, Ombudsmen cannot make decisions for you or give legal advice.

3. You may have the right to receive medical and income benefits regardless of who was at fault for your injury, with certain exceptions. Your beneficiaries may be entitled to death and burial benefits.

Information about the exceptions can be found at www.tdi.texas.gov or by visiting with OIEC staff.

4. You may have the right to receive medical care to treat your workplace injury or illness for as long as it is medically necessary and related to the workplace injury.

You may have the right to reimbursement of your incurred expenses after traveling to attend a medical appointment or required medical examination if the trip meets qualifying conditions.

5. You may have the right to receive income benefits for your work-related injury.

There are several types of income benefits and eligibility requirements. Information on the types of income benefits that may be available and the eligibility requirements can be found at www.tdi.texas.gov or by visiting with OIEC staff.

6. You may have the right to dispute resolution regarding income and medical benefits.

You may request Medical Dispute Resolution if you disagree with the insurance carrier regarding medical benefits. You may request Indemnity (Income) Dispute Resolution if you disagree with the insurance carrier regarding income benefits. The law provides that your dispute proceedings will be held within 75 miles from your residence.

7. You have the right to choose a treating doctor.



OFFICE OF INJURED EMPLOYEE COUNSEL

NORMAN DARWIN, PUBLIC COUNSEL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

If you are in a Workers' Compensation Health Care Network (network), you must choose your doctor from the network's treating doctor list. You may change your treating doctor once without network approval. If you are not in a network, you may initially choose any doctor who is willing to treat your workers' compensation injury; however, changing your treating doctor must be pre-approved by the DWC if you are not in a network. If you are employed by a political subdivision (e.g. city, county, school district,) you must follow its rules for choosing a treating doctor. It is important to follow all the rules in the workers' compensation system. **If you do not follow these rules, you may be held responsible for payment of medical bills.** OIEC staff can help you to understand these rules.

8. You have the right for your workers' compensation claim information to be kept confidential.

In most cases, the contents of your claim file cannot be obtained by others. Some parties have a right to know what is in your claim file, such as your employer or your employer's insurance carrier. Also, an employer that is considering hiring you may get limited information about your claim from DWC.

Your Responsibilities in the Texas Workers' Compensation System

1. You have the responsibility to tell your employer if you have been injured at work while performing the duties of your job. You must tell your employer within 30 days of the date you were injured or first knew your injury or illness might be work-related.

2. You have the responsibility to know if you are in a Workers' Compensation Health Care Network (network).
If you do not know whether you are in a network, ask the employer you worked for at the time of your injury. If you are in a network, you have the responsibility to follow the network rules. If there is something you do not understand, ask your employer or call OIEC. If you would like to file a complaint about a network, call TDI's Customer Help Line at 1-800-252-3439 or file a complaint online at <http://www.tdi.texas.gov/consumer/complfrm.html#wc>.

3. If you worked for a political subdivision (e.g., city, county, school district) at the time of your injury, you have the responsibility to find out how to receive medical treatment.
Your employer should be able to provide you with the information you will need in order to determine which health care providers can treat you for your workplace injury.

4. You have the responsibility to tell your doctor how you were injured and whether the injury is work-related.

5. You have the responsibility to send a completed Employee's Claim for Compensation for a Work-Related Injury or Occupational Claim Form (DWC041) to DWC.
You have one year to send the form after you were injured or first knew that your illness might be work-related. Send the completed DWC041 form even if you already are receiving benefits. You may lose your right to benefits if you do not timely send the completed claim form to DWC. For a copy of the DWC041 form you may contact DWC or OIEC.

6. You have the responsibility to provide your current address, telephone number, and employer information to DWC and the insurance carrier. DWC can be contacted at 1-800-252-7031.

7. You have the responsibility to tell DWC and the insurance carrier anytime there is a change in your employment status or wages. (Examples of changes include: you stop working because of your injury; you start working; or you are offered a job).

8. Eligible beneficiaries or persons seeking death and burial benefits have the responsibility to send a completed Beneficiary Claim for Death Benefits (DWC-042) to DWC within one year following the employee's date of death.

9. You are prohibited from making frivolous or fraudulent claims or demands.