

**WORKERS' COMPENSATION – EMPLOYEE ACKNOWLEDGMENT OF DECLINED  
MEDICAL CARE AND OTHER WORKERS' COMPENSATION BENEFITS**  
**(COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES: RECONOCIMIENTO DEL EMPLEADO DE  
ATENCIÓN MÉDICA DECLINADA Y OTROS BENEFICIOS DE COMPENSACIÓN DE  
TRABAJADORES)**

<b>Employee Name</b> <i>(Nombre de empleado)</i>	
<b>Date of Incident</b> <i>(Fecha del incidente)</i>	
<b>Description of Incident</b> <i>(Descripción del incidente)</i>	

**I understand that *(Entiendo que)*:**

- I can change my mind about pursuing a claim under Workers' Compensation for the above-described incident and be provided benefits under Workers' Compensation if I do so before the deadlines prescribed by state law.

*Puedo cambiar de opinión acerca de presentar un reclamo bajo Compensación para trabajadores por el incidente descrito anteriormente y recibir beneficios bajo Compensación para trabajadores si lo hago antes de los plazos prescritos por la ley estatal.*

- If I change my mind, it is my responsibility to contact the Workers' Compensation Benefits Contact, at my worksite, to complete the rest of the Workers' Compensation Paperwork not previously signed if at any time I believe that an injury occurred within the course and scope of my employment.

*Si cambio de opinión, es mi responsabilidad comunicarme con el contacto de beneficios de compensación para trabajadores, en mi lugar de trabajo, para completar el resto de la documentación de compensación para trabajadores no firmada previamente si en algún momento creo que ocurrió una lesión dentro del curso y alcance de mi trabajo.*

- It is only AFTER I follow up with the Workers' Compensation Benefits Contact, that I can seek medical treatment through an authorized Workers' Compensation medical care provider.

*Solo DESPUÉS de hacer un seguimiento con el Contacto de Beneficios de Compensación para Trabajadores, puedo buscar tratamiento médico a través de un proveedor de atención médica autorizado para Compensación para Trabajadores.*

- If I choose not to pursue a claim under Workers' Compensation, missed time from work related to the incident will be against my own sick/personal leave if available, or unpaid if not available; and appointments with my personal physician(s) will not be paid for under Workers' Compensation. The use of hospital facilities should be for true medical emergency treatment ONLY and requires advance authorization.

*Si elijo no presentar un reclamo bajo la Compensación de Trabajadores, el tiempo perdido del trabajo relacionado con el incidente será en contra de mi propia licencia por enfermedad/personal si está disponible, o sin goce de sueldo si no está disponible; y las citas con mi(s) médico(s) personal(es) no serán pagadas bajo la Compensación de Trabajadores. El uso de las instalaciones del hospital debe ser ÚNICAMENTE para un verdadero tratamiento de emergencia médica y requiere autorización previa.*

- I understand that Volusia County Schools is relying upon this written indication as to whether the incident is appropriately dealt with through workers' compensation.

*Entiendo que las Escuelas del Condado de Volusia confían en esta indicación escrita en cuanto a si el incidente se trata adecuadamente a través de la compensación para trabajadores.*

- **If at any point, I have questions about my rights or responsibilities, I should contact the Workers' Compensation Analyst, Michelle Gallas at [mlgallas@volusia.k12.fl.us](mailto:mlgallas@volusia.k12.fl.us) or extension 20225.**

*Si en algún momento tengo preguntas sobre mis derechos o responsabilidades, debo comunicarme con la Analista de Compensación para Trabajadores, Michelle Gallas, a [mlgallas@volusia.k12.fl.us](mailto:mlgallas@volusia.k12.fl.us) o extensión 20225.*

If an incident occurs within the course and scope of employment and that incident is the major contributing cause (greater than 50%) of injury or the need for medical care, in many instances, medical evaluation and treatment must be provided through the Workers' Compensation system. Volusia County Schools understands that there can be situations when the employee involved in an incident has knowledge of facts such as pre-existing and/or other medical conditions or circumstances that would make the incident not appropriately dealt with under Workers' Compensation. Volusia County Schools also understands that that employees may wish to keep

such information private. Volusia County Schools wishes to both respect employee privacy interests and ensure that any incident that occurs within the course and scope of employment which is or may be the major contributing cause of injury or the need for medical care is handled through Workers' Compensation.

*Si ocurre un incidente dentro del curso y el alcance del empleo y ese incidente es la causa principal que contribuye (más del 50 %) a la lesión o la necesidad de atención médica, en muchos casos, la evaluación y el tratamiento médico deben proporcionarse a través de la Oficina de compensación para trabajadores. sistema. Las Escuelas del Condado de Volusia entienden que puede haber situaciones en las que el empleado involucrado en un incidente tenga conocimiento de hechos tales como condiciones médicas preexistentes y/u otras o circunstancias que harían que el incidente no se tratara adecuadamente bajo la Compensación de Trabajadores. Las Escuelas del Condado de Volusia también entienden que los empleados pueden desear mantener dicha información privada. Las Escuelas del Condado de Volusia desean respetar los intereses de privacidad de los empleados y garantizar que cualquier incidente que ocurra dentro del curso y el alcance del empleo que sea o pueda ser la causa principal que contribuye a la lesión o la necesidad de atención médica se maneje a través de la Compensación para trabajadores.*

**By signing this, I am expressing that I am not seeking medical care or other benefits under Workers' Compensation in connection with the above-described incident. I also agree that I have read and understand the forgoing information regarding my decision to decline Workers' Compensation benefits.**

*Al firmar esto, expreso que no estoy buscando atención médica u otros beneficios bajo la Compensación de Trabajadores en relación con el incidente descrito anteriormente. También acepto que he leído y entiendo la información anterior con respecto a mi decisión de rechazar los beneficios de Compensación para trabajadores.*

\_\_\_\_\_  
Employee's Signature  
*(Firma del empleado)*

\_\_\_\_\_  
Date  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
Employee's Printed Name  
*Nombre impreso del empleado*

\_\_\_\_\_  
Department/School Location  
*Departamento/Escuela Ubicación*