EMPLOYEE ACKNOWLEDGMENT OF THE ALLIANCE DIRECT CONTRACTING PROGRAM

RECONOCIMENTO 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 necisito 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 tratamento medico de doctores que no son miembros de la Alliance y sin la aprobacion anterior de TASB.
6. Reportando un reclamo de lastimaduara 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 incluindo cuidad, estado y zip):

_____

Employer (Nombre de empleo): Kennedale ISD

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.