



NOTICE TO EMPLOYEES CONCERNING ASSISTANCE AVAILABLE IN THE WORKERS' COMPENSATION SYSTEM FROM THE OFFICE OF INJURED EMPLOYEE COUNSEL

Have you been injured on the job? As an injured employee in Texas, you have the right to free assistance from the Office of Injured Employee Counsel (OIEC). OIEC is the state agency that assists unrepresented injured employees with their claim in the workers' compensation system.

You can contact OIEC by calling its toll-free telephone number: 1-866-EZE-OIEC (1-866-393-6432). More information about OIEC and its Ombudsman Program is available at the agency's website (www.oiec.texas.gov).

OMBUDSMAN PROGRAM

WHAT IS AN OMBUDSMAN? An Ombudsman is an employee of OIEC who can assist you if you have a dispute with your employer's insurance carrier. An Ombudsman's assistance is free of charge. Each Ombudsman has a workers' compensation adjuster's license and has completed a comprehensive training program designed specifically to assist you with your dispute.

An Ombudsman can help you identify and develop the disputed issues in your case and attempt to resolve them. If the issues cannot be resolved, the Ombudsman can help you request a dispute resolution proceeding at the Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation. Once a proceeding is scheduled an Ombudsman can:

- Help you prepare for the proceeding (Benefit Review Conference and/or Contested Case Hearing);
- Attend the proceeding with you and communicate on your behalf; and
- Assist you with an appeal or a response to an insurance carrier's appeal, if necessary.

28 TAC §276.5. Employer Notification of Ombudsman Program to Employees (Effective 9/1/13)

(a) All employers participating in the workers' compensation system shall post notice of the Office of Injured Employee Counsel's (OIEC) Ombudsman Program. This notice shall be posted in the personnel office, if the employer has a personnel office, and in the workplace where each employee is likely to see the notice on a regular basis.

(b) This notice of the Ombudsman Program shall be publicly posted in English, Spanish, and any other language that is common to the employer's employees.

(c) This notice shall be the text provided by OIEC without any additional words or changes and may be obtained by:

- (1) Downloading the form on OIEC's website at: www.oiec.texas.gov; or
- (2) Requesting the notice by calling OIEC's toll-free telephone number at: 1-866-EZE-OIEC (1-866-393-6432).



AVISO PARA LOS EMPLEADOS SOBRE LA ASISTENCIA DISPONIBLE EN EL SISTEMA DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES POR PARTE DE LA OFICINA DE ASESORÍA PÚBLICA PARA EL EMPLEADO LESIONADO

¿Se ha lesionado en el trabajo? Como empleado lesionado en Texas, usted tiene derecho a recibir asistencia 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). OIEC es la agencia estatal que ayuda a los empleados que no cuentan con representación legal con sus reclamaciones en el sistema de compensación para trabajadores.

Usted puede comunicarse con OIEC llamando a su número de teléfono gratuito: 1-866-EZE-OIEC (1-866-393-6432). Más información sobre OIEC y sobre el Programa de Ombudsman se encuentra disponible en el sitio Web de la agencia (www.oiec.texas.gov).

PROGRAMA DE OMBUDSMAN

¿QUÉ ES UN OMBUDSMAN? Un Ombudsman es un empleado de OIEC que puede asistirle si usted tiene una disputa con la aseguradora de su empleador. La asistencia por parte de un Ombudsman es gratuita. Cada Ombudsman cuenta con una licencia de ajustador de compensación para trabajadores y ha completado un extenso programa de capacitación, el cual ha sido diseñado específicamente para asistirle a usted con su disputa.

Un Ombudsman puede ayudarle a identificar y desarrollar los asuntos en disputa en su caso e intentar resolverlos. Si los asuntos no pueden ser resueltos, el Ombudsman puede ayudarle a solicitar un procedimiento de resolución de disputas ante el Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores (Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation). Una vez que el procedimiento haya sido programado, el Ombudsman puede:

- Ayudarle a prepararse para el procedimiento (Conferencia para Revisión de Beneficios [Benefit Review Conference, por su nombre en inglés] y/o Audiencia para Disputar Beneficios [Contested Case Hearing, por su nombre en inglés]);
- Asistir al procedimiento con usted y hablar en su nombre; y
- Ayudarle con una apelación o con una respuesta a la apelación de una aseguradora, si es necesario.

Código Administrativo de Texas No. 28 (28 Texas Administrative Code –TAC, por su nombre y siglas en inglés) §276.5. Aviso del Empleador sobre el Programa de Ombudsman para los Empleados (A partir de 9/1/13)

(a) Todos los empleadores que participan en el sistema de compensación para trabajadores deberán mostrar el aviso sobre el Programa de Ombudsman de la Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado (OIEC). Este aviso deberá ser mostrado en la oficina de personal, si es que el empleador cuenta con una oficina de personal, y en el área de trabajo donde cada empleado probablemente podrá ver el aviso de manera regular.

(b) Este aviso del Programa de Ombudsman deberá ser públicamente mostrado en inglés, español, y cualquier otro idioma que sea común para la población de los trabajadores del empleador.

(c) Este aviso deberá contener el texto que es proporcionado por OIEC sin ninguna palabra adicional o cambios y se puede obtener:

(1) Descargando el formulario del sitio Web de OIEC en: www.oiec.texas.gov; o

(2) Solicitando el aviso llamando al número de teléfono gratuito de OIEC al: 1-866-EZE-OIEC (1-866-393-6432).



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.

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.



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.



YOU MAY USE YOUR OWN LETTERHEAD WITH THE FOLLOWING INFORMATION

Reference Rule 110.101

- (a) In addition to the posted notice required by subsection (e) of this section, employers, as defined by Labor Code Section 406.001, shall notify their employees of workers' compensation insurance coverage status, in writing. This additional notice:
- (1) shall be provided at the time an employee is hired, meaning when the employee is required by federal law to complete both a W-4 form and an I-9 form or when a break in service has occurred and the employee is required by federal law to complete a W-4 form on the first day the employee reports back to duty;
 - (2) shall be provided to each employee, by an employer whose workers' compensation insurance coverage is terminated or cancelled, not later than the 15th day after the date on which the termination or cancellation of coverage takes effect;
 - (3) shall be provided to each employee, by an employer who obtains workers' compensation insurance coverage, not later than the 15th day after the date on which coverage takes effect, as necessary to allow the employee to elect to retain common law rights under Labor Code Chapter 406;
 - (4) shall include the text required in the posted notice (see rule 110.101 (e)(1), (e)(2), (e)(3), (e)(4) for appropriate language); and
 - (5) if the employer is covered by workers' compensation insurance (subscriber) or becomes covered, whether by commercial insurance or through self-insurance as provided by the Texas Workers' Compensation Act (Act), shall include the following statement:

NOTICE TO NEW EMPLOYEES

“You may elect to retain your common law right of action if, no later than five days after you begin employment or within five days after receiving written notice from the employer that the employer has obtained workers' compensation insurance coverage, you notify your employer in writing that you wish to retain your common law right to recover damages for personal injury. If you elect to retain your common law right of action, you cannot obtain workers' compensation income or medical benefits if you are injured.”



USTED PUEDE USAR SU PROPIO MEMBRETE CON LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

Reglamento de Referencia 110.101

- (a) Además del aviso que debe ponerse a la vista, el cual es requerido por la sub sección (e) de esta sección, los empleadores, según lo definido por la Sección del Código Laboral 406.001, deberán notificar por escrito a sus empleados sobre el estado de la cobertura de compensación para trabajadores. Además, este aviso:
- (1) deberá ser proporcionado al momento en que el empleado es contratado, es decir, cuando la ley federal requiere que el empleado complete el formulario W-4 y el formulario I-9, o cuando haya ocurrido una interrupción en el servicio y la ley federal requiere que el empleado complete el formulario W-4 en el primer día en que el empleado se reporta de regreso a sus deberes;
 - (2) deberá ser proporcionado a cada empleado, por un empleador cuya cobertura de seguro de compensación para trabajadores ha sido anulada o cancelada, a no más tardar del día 15, después de la fecha en la cual la anulación o cancelación entra en vigor;
 - (3) deberá ser proporcionado a cada empleado, por un empleador que obtiene una cobertura de seguro de compensación para trabajadores, a no más tardar del día 15, después de la fecha en la cual la cobertura entra en vigor, según lo necesario para permitir que el empleado opte por conservar su derecho común (common law right, por su nombre en inglés) bajo el Capítulo 406 del Código Laboral;
 - (4) deberá incluir el texto que es requerido en el aviso que debe ponerse a la vista (ver el reglamento 110.101 (e)(1), (e)(2), (e)(3), (e)(4) para obtener el lenguaje apropiado); y
 - (5) si el empleador está cubierto por un seguro de compensación para trabajadores (subscriber) u obtiene una cobertura, ya sea mediante un seguro comercial o se convierte en auto asegurado según lo proporcionado por la Ley de Compensación para Trabajadores de Texas (Ley), deberá incluir la siguiente declaración:

AVISO A LOS NUEVOS EMPLEADOS

“Usted puede optar por conservar su derecho común de acción de ley (common law right of action, por su nombre en inglés) si, a no más tardar de cinco días después que usted comienza su empleo o dentro de cinco días después de recibir aviso por escrito por parte del empleador donde se informa que el empleador ha obtenido una cobertura de seguro de compensación para trabajadores, usted le notifica a su empleador por escrito que desea conservar su derecho común de acción de ley para recuperarse de daños por lesiones personales. Si opta por conservar su derecho común de acción de ley, usted no puede obtener beneficios médicos o de ingresos de compensación para trabajadores si se ha lesionado.”

NOTICE TO EMPLOYEES CONCERNING WORKERS' COMPENSATION IN TEXAS

COVERAGE: [Name of employer] _____
has workers' compensation insurance coverage from [name of commercial insurance company] _____ in the event of work-related injury or occupational disease. This coverage is effective from [effective date of workers' compensation insurance policy] _____. Any injuries or occupational diseases which occur on or after that date will be handled by [name of commercial insurance company] _____. An employee or a person acting on the employee's behalf, must notify the employer of an injury or occupational disease not later than the 30th day after the date on which the injury occurs or the date the employee knew or should have known of an occupational disease, unless the Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation (Division) determines that good cause existed for failure to provide timely notice. Your employer is required to provide you with coverage information, in writing, when you are hired or whenever the employer becomes, or ceases to be, covered by workers' compensation insurance.

EMPLOYEE ASSISTANCE: The Division provides free information about how to file a workers' compensation claim. Division staff will answer any questions you may have about workers' compensation and process any requests for dispute resolution of a claim. You can obtain this assistance by contacting your local Division field office or by calling 1-800-252-7031. The Office of Injured Employee Counsel (OIEC) also provides free assistance to injured employees and will explain your rights and responsibilities under the Workers' Compensation Act. You can obtain OIEC's assistance by contacting an OIEC customer service representative in your local Division field office or by calling 1-866-EZE-OIEC (1-866-393-6432).

SAFETY VIOLATIONS HOTLINE: The Division has a 24 hour toll-free telephone number for reporting unsafe conditions in the workplace that may violate occupational health and safety laws. Employers are prohibited by law from suspending, terminating, or discriminating against any employee because he or she in good faith reports an alleged occupational health or safety violation. Contact the Division at 1-800-452-9595.

COVERED EMPLOYER

Texas Workers' Compensation Rule 110.101(e)(1) requires employers who are covered by workers' compensation through a commercial insurance company to advise their employees that they do have workers' compensation insurance coverage and to advise their employees of the Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation's toll free number to obtain additional information about their workers' compensation rights.

Notices in English, Spanish and any other language common to the employer's employee population must be posted and:

1. Prominently displayed in the employer's personnel office, if any;
2. Located about the workplace in such a way that each employee is likely to see the notice on a regular basis;
3. Printed with a title in at least 26 point bold type, subject in at least 18 point bold type, and text in at least 16 point normal type; and
4. Contain the exact words as prescribed in Rule 110.101(e)(1).

The notice on the reverse side meets the above requirements. Failure to post or to provide notice as required in the rule is a violation of the Act and Division rules. The violator may be subject to administrative penalties.

Do Not Post This Side

AVISO A LOS EMPLEADOS SOBRE LA COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES EN TEXAS

COBERTURA: [Name of the employer] _____

_____ tiene cobertura de seguros de compensación para trabajadores con [name of the commercial insurance company] _____

para protegerle en caso de una lesión o enfermedad ocupacional relacionada con el trabajo. Esta cobertura está vigente desde [effective date of workers' compensation insurance policy] _____.

Cualquier lesión o enfermedad ocupacional que ocurra en o después de esta fecha será manejada por [name of commercial insurance company] _____.

Un empleado o una persona que actúe en nombre del empleado, debe notificar al empleador sobre una lesión o una enfermedad ocupacional a no más tardar de treinta (30) días, a partir de la fecha en que ocurrió la lesión o en la fecha en la que el empleado se enteró o debería de haberse enterado de la enfermedad ocupacional, al menos que el Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores (Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation – TDI-DWC, por su nombre y siglas en inglés) (División) determine que existió una buena causa para que no se haya notificado al empleador dentro del tiempo señalado. Su empleador tiene la obligación de proporcionarle a usted información por escrito sobre la cobertura cuando usted es contratado o cuando su empleador adquiere o deja de tener una cobertura de seguro de compensación para trabajadores.

ASISTENCIA AL EMPLEADO: La División proporciona información gratuita sobre cómo presentar una reclamación de compensación para trabajadores. El personal de la División contestará cualquier pregunta que usted pueda tener sobre la compensación para trabajadores y procesará cualquier solicitud de resolución de disputas relacionada con una reclamación. Usted puede obtener este tipo de asistencia comunicándose con su oficina local de la División o llamando al teléfono 1-800-252-7031. La Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado (Office of Injured Employee Counsel – OIEC, por su nombre y siglas en inglés) también ofrece asistencia gratuita a los empleados lesionados y ellos le explicarán cuáles son sus derechos y responsabilidades bajo la Ley de Compensación para Trabajadores. Usted puede obtener la asistencia de OIEC comunicándose con un representante de servicio al cliente de OIEC en su oficina local de la División o llamando al 1-866-EZE-OIEC (1-866-393-6432).

LÍNEA DIRECTA PARA REPORTAR VIOLACIONES DE SEGURIDAD: La División cuenta con una línea gratuita telefónica que está en servicio las 24 horas del día para reportar condiciones inseguras en el área de trabajo que podrían violar las leyes ocupacionales de salud y seguridad. La ley prohíbe que los empleadores suspendan, despidan o discriminen en contra de cualquier empleado porque él o ella de buena fe reporta una alegada violación ocupacional de salud o seguridad. Comuníquese con la División al teléfono 1-800-452-9595.

EMPLEADOR CON COBERTURA

El Reglamento 110.101 (e)(1) de Compensación para Trabajadores de Texas requiere que los empleadores que cuentan con una cobertura de compensación para trabajadores mediante una compañía de seguros comercial notifiquen a sus empleados que ellos cuentan con una cobertura de seguro de compensación para trabajadores e informen a sus empleados sobre el número de la línea telefónica gratuita del Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores para obtener información adicional sobre sus derechos de compensación para trabajadores.

Avisos en inglés, español y cualquier otro idioma común para la población de los trabajadores del empleador deben ser puestos a la vista y:

1. Mostrarse en un lugar prominente de la oficina de personal del empleador, si es que la hay;
2. Ubicar este aviso en el área de trabajo de tal manera que los empleados lo vean regularmente;
3. El título debe ser impreso en tamaño 26, en letra negrita de punto, el tema debe ser impreso en tamaño 18, en letra negrita de punto, y el texto, por lo menos en tamaño 16 en letra negrita de punto normal; y
4. Contener las palabras exactas según lo señalado en el Reglamento 110.101 (e)(1).

El aviso que se muestra al reverso de esta página cumple con los requisitos que se han señalado en la parte de arriba. El negarse a mostrar o proporcionar esta información, según lo requerido en el reglamento es una falta a la ley y a los reglamentos de la División. El infractor podría estar sujeto a sanciones administrativas.

NO MOSTRAR ESTE LADO

**DIVISION OF WORKERS' COMPENSATION
NOTICE REGARDING CERTAIN WORK-RELATED COMMUNICABLE
DISEASES AND ELIGIBILITY FOR WORKERS'
COMPENSATION BENEFITS**

**TO: LAW ENFORCEMENT OFFICERS, FIRE FIGHTERS, EMERGENCY MEDICAL
SERVICE EMPLOYEES, PARAMEDICS, AND CORRECTIONAL OFFICERS**

In order to qualify for workers' compensation benefits, an employee who claims a possible work-related exposure to a reportable disease, including HIV infection, must be tested for the disease not later than the 10th day after the exposure and must provide their employer with documentation of the test and a sworn affidavit of the date and circumstances of the exposure. The test result must indicate the absence of the disease. The employee is not required to pay for the test.

Reportable diseases are those communicable diseases and health conditions required to be reported to the Texas Department of State Health Services. Exposure criteria and testing protocol must conform to Texas Department of State Health Services requirements.

TO: ALL STATE EMPLOYEES

In order to qualify for workers' compensation benefits, a state employee who claims a possible work-related exposure to human immunodeficiency virus (HIV) infection, must be tested for HIV within 10 days after the exposure and must provide their employer with documentation of the test and a written statement of the date and circumstances of the exposure. The test result must indicate the absence of HIV infection. The employee is not required to pay for the test.

For additional information: Talk to your employer or call the Division of Workers' Compensation at 1-800-252-7031. Also, contact the Texas Department of State Health Services (DSHS) to ensure full compliance with the Health and Safety Code and DSHS rules.

EMPLOYERS OF EMERGENCY MEDICAL SERVICE EMPLOYEES, PARAMEDICS, FIRE FIGHTERS, LAW ENFORCEMENT OFFICERS OR CORRECTIONAL OFFICERS:

Pursuant to Workers' Compensation Rule 110.108, employers of emergency medical service employees, paramedics, fire fighters, law enforcement officers or correctional officers must post a notice informing employees about requirements contained in the Health and Safety Code which could affect qualifying for workers' compensation benefits following a work-related exposure to a reportable communicable disease. This notice must:

- 1) be posted in the employer's personnel office, if any;
- 2) be posted in the workplace where employees are likely to read the notice on a regular basis
- 3) be printed with a title in at least 15 point bold type and the text in at least 14 point normal type
- 4) contain the text as set out in rule 110.108(d)
- 5) be posted in English and Spanish, or in English and any other language common to the employee's affected employee population.

The notice on the reverse side meets the above requirements. Failure to post the notice as required by this rule is a violation of the Texas Workers' Compensation Act and Division rules and may subject the violator to administrative penalties.

The cost of testing for exposure to a reportable communicable disease shall be paid by the employer's workers' compensation insurance carrier.

STATE AGENCIES:

Pursuant to Workers' Compensation Rule 110.108 each state agency must post a notice informing employees about requirements which may affect qualifying for workers' compensation benefits following a work related exposure to human immunodeficiency virus (HIV). The notice must:

- 1) be posted in the agency's personnel office;
- 2) be posted in the workplace where employees are likely to read the notice on a regular basis
- 3) be printed with a title in at least 15 point bold type and the text in at least 14 point normal type
- 4) contain the text as set out in rule 110.108(d)
- 5) be posted in English and Spanish, or in English and any other language common to the employee's affected employee population.

The notice on the reverse side meets the above requirements. Failure to post the notice as required by this rule is a violation of the Texas Workers' Compensation Act and Division rules and may subject the violator to administrative penalties.

The cost of testing for exposure to a reportable communicable disease shall be paid by the employer's workers' compensation insurance carrier.

DO NOT POST THIS SIDE

**DIVISIÓN DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES
AVISO SOBRE CIERTAS ENFERMEDADES CONTAGIOSAS
RELACIONADAS CON EL TRABAJO Y LA ELEGIBILIDAD PARA OBTENER
BENEFICIOS DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES**

PARA: POLICÍAS, BOMBEROS, EMPLEADOS DE SERVICIOS MÉDICOS DE EMERGENCIA, PARAMÉDICOS, Y OFICIALES DEL DEPARTAMENTO DE CORRECCIONALES

Para poder calificar para recibir beneficios de compensación para trabajadores, el empleado que reclama que posiblemente fue expuesto a una enfermedad relacionada con el trabajo que debe ser reportada, incluyendo la infección del virus del VIH, debe hacerse un análisis de la enfermedad a no más tardar del 10º día después de haber sido expuesto y debe proporcionar al empleador documentación sobre el análisis y una declaración jurada por escrito (sworn affidavit, por su nombre en inglés) con la fecha y las circunstancias de la causa por la cual fue expuesto. Los resultados del análisis deben indicar la ausencia de la enfermedad. No es requerido que el empleado pague por el análisis.

Las enfermedades que deben ser reportadas son todas las enfermedades contagiosas y condiciones de salud que se requiere sean reportadas al Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (Texas Department of State Health Services, por su nombre en inglés). Los criterios de exposición y el protocolo del análisis deben cumplir con los requisitos del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas.

PARA: TODOS LOS EMPLEADOS ESTATALES

Para poder calificar para recibir beneficios de compensación para trabajadores, el empleado estatal que reclama que posiblemente fue expuesto a la infección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), la cual está relacionada con el trabajo, deberá hacerse un análisis de VIH dentro del transcurso de 10 días, después de haber sido expuesto y debe proporcionar al empleador documentación sobre el análisis y una declaración jurada por escrito (sworn affidavit, por su nombre en inglés) con la fecha y las circunstancias de la causa por la cual fue expuesto. Los resultados del análisis deben indicar la ausencia de la infección del VIH. No es requerido que el empleado pague por el análisis.

Para obtener más información: Hable con su empleador o llame a la División de Compensación para Trabajadores (Division of Workers' Compensation, por su nombre en inglés) al 1-800-252-7031. También, comuníquese con el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas para asegurarse que ha cumplido con los reglamentos del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas.

EMPLEADORES DE LOS EMPLEADOS DE SERVICIOS MÉDICOS DE EMERGENCIA, PARAMÉDICOS, BOMBEROS, POLICÍAS U OFICIALES DEL DEPARTAMENTO DE CORRECCIONALES:

Según lo dispuesto en el Reglamento 110.108, los empleadores de los empleados de servicios médicos de emergencia, paramédicos, bomberos, policías, u oficiales del departamento de correccionales deben poner a la vista avisos para informar a los empleados sobre los requisitos que contiene el Código de Seguridad y Salud (Health and Safety Code, por su nombre en inglés) el cual podría afectar el proceso de calificación para recibir los beneficios de compensación para trabajadores después de haber sido expuesto a una enfermedad contagiosa que debe ser reportada. Este aviso debe:

- 1) ser puesto a la vista en la oficina de personal del empleador, si es que la hay
- 2) ser puesto a la vista en el área de trabajo de tal manera que los empleados puedan leer el aviso regularmente
- 3) ser impreso con un título en letras de por lo menos un tamaño de 15 puntos en letra negrita, y el texto en por lo menos tamaño 14 puntos tipo normal
- 4) contener el texto que ha sido establecido en el Reglamento 110.108(d)
- 5) ser puesto a la vista en inglés y español, o en inglés y cualquier otro idioma común para la población de los empleados del empleador.

El aviso que se muestra al reverso de esta página cumple con los requisitos señalados en la parte de arriba. El negarse a mostrar o proporcionar esta información, según lo requerido por este reglamento es una violación a la Ley de Compensación para Trabajadores de Texas y a los reglamentos de la División y el infractor puede estar sujeto a recibir multas administrativas.

El costo del análisis de una enfermedad contagiosa que debe ser reportada deberá ser pagado por la aseguradora de compensación para trabajadores del empleador.

AGENCIAS ESTATALES:

Según lo dispuesto en el Reglamento de Compensación para Trabajadores 110.108 cada agencia estatal debe poner a la vista avisos donde se les informa a los empleados sobre los requisitos, los cuales pueden afectar el proceso de calificación para recibir los beneficios de compensación para trabajadores después de haber sido expuesto al virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Este aviso debe:

- 1) ser puesto a la vista en la oficina de personal de la agencia
- 2) ser puesto a la vista en el área de trabajo de tal manera que los empleados puedan leer el aviso regularmente
- 3) ser impreso con un título en letras de por lo menos un tamaño de 15 puntos en letra negrita, y el texto en por lo menos tamaño 14 puntos tipo normal
- 4) contener el texto que ha sido establecido en el Reglamento 110.108(d)
- 5) ser puesto a la vista en inglés y español, o en inglés y cualquier otro idioma común para la población de los empleados del empleador.

El aviso que se muestra al reverso de esta página cumple con los requisitos señalados en la parte de arriba. El negarse a mostrar o proporcionar esta información, según lo requerido por este reglamento es una violación a la Ley de Compensación para Trabajadores de Texas y a los reglamentos de la División y el infractor puede estar sujeto a recibir multas administrativas.

El costo del análisis de una enfermedad contagiosa que debe ser reportada deberá ser pagado por la aseguradora de compensación para trabajadores del empleador.

NO MOSTRAR ESTE LADO



PO Box 152539
Tampa, FL 33684-2539

EMPLOYERS®

America's small business insurance specialist®

MAKING IT EASY TO GET WORKERS' COMPENSATION PRESCRIPTIONS FILLED

Optum has been chosen to manage your workers' compensation pharmacy benefits for your employer or their insurer. Below is your First Fill card that will allow you to receive your injury-related prescriptions at your local pharmacy. Please fill out the card based on the instructions below.

Injured person:



If you need a prescription filled for a work-related injury or illness, go to an Optum Tmesys® network pharmacy. Give this temporary card to the pharmacist. The pharmacy will fill the prescription at no cost to you.



If your workers' compensation claim is accepted, you will receive a permanent pharmacy card in the mail. Please use that card for other work-related injury or illness prescriptions.



Employer:

Immediately upon receiving notice of injury, fill in the information below and give this form to the employee.





Finding a network pharmacy

Most pharmacies and all major chains are included in the network. To find a network pharmacy call 1-866-599-5426 or visit tmesys.com.



Questions? Need Help?

1-866-599-5426


America's small business insurance specialist®

WORKERS' COMPENSATION PRESCRIPTION DRUG PROGRAM

CARRIER/TPA

EMPLOYER

INJURED PERSON NAME

Please provide directly to Pharmacist

SOCIAL SECURITY NUMBER

DATE OF INJURY (YYMMDD)

Notice to Cardholder: Present this card to the pharmacy to receive medication for your work-related injury. To locate a pharmacy: 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.

Tmesys Pharmacy Help Desk
1-800-964-2531

	NDC		Envoy
RxBIN	004261	or	002538
RxPCN	CAL	or	Envoy Acct. #
GROUP	EMPLFF		

NOTE: This First Fill card is only valid for your workers' compensation injury or illness.



PO Box 152539
Tampa, FL 33684-2539

EMPLOYERS®

America's small business insurance specialist®

HACEMOS MÁS SENCILLO QUE SE LE ABASTEZCA LAS RECETAS DE SU PROGRAMA DE COMPENSACIÓN POR ACCIDENTES LABORALES

Optum ha sido elegido para administrar los beneficios farmacéuticos de su programa de compensación por accidentes laborales para su empleador o asegurador. 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.

Persona lesionada:



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 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.



Empleador:

Inmediatamente después de recibir un aviso sobre una lesión, llene la información que aparece a continuación y entregue este formulario al empleado.



Cómo encontrar una farmacia de la red

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



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

1-866-599-5426


America's small business insurance specialist®

WORKERS' COMPENSATION PRESCRIPTION DRUG PROGRAM

PORTADORA

EMPLEADOR

NOMBRE DEL PERSONA LESIONADA

Please provide directly to Pharmacist

NUMERO DE SEGURO SOCIAL

FECHA DE LA 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.

**Tmesys Pharmacy Help Desk
1-800-964-2531**

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

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