



976 Mountain City Hwy, Elko Nevada 89801  
Phone: 775-777-7587 Fax: 775-738-9584

## Compensación de trabajadores Reconocimiento Forma

Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Nombre de contacto: \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Reclamación #: \_\_\_\_\_

Al firmar abajo, yo, \_\_\_\_\_, reconozco que me han informado que mi empleador debe proporcionar el número de reclamación de compensación para los trabajadores de mi caso al final de la **tercer día hábil** de ser visto en A+ Total Care. Mi empleador también debe proporcionar el nombre de la compañía de seguros, dirección y número de teléfono. También entiendo que mi compañía de seguro de salud no puede ser facturada por lesiones/enfermedades relacionadas con el trabajo si no se recibe la información mencionada anteriormente.

En caso de que el aseguradora o de terceros niega la responsabilidad por la enfermedad/lesión mi compañía de seguro médico se ser facturado por la visita.

También acuso recibo del formulario D-2 "breve descripción de los derechos y responsabilidades".

-----

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/guardián

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Imprimir nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de hoy

\_\_\_\_\_  
Fecha de accidente

## **Breve descripción de los derechos y beneficios (de acuerdo con los 616C. 050)**

**Aviso de lesión o enfermedad ocupacional (formulario de informe de incidentes C-1):** Si una lesión o enfermedad ocupacional (OD) surge de y en el curso del empleo, usted debe proporcionar una notificación por escrito a su empleador tan pronto como sea posible, pero no más tarde de 7 días después del accidente o EP. Su empleador mantendrá un suministro suficiente de los formularios requeridos.

**Reclamación de indemnización (formulario C-4):** Si se busca tratamiento médico, el formulario C-4 está disponible en el lugar del tratamiento inicial. Una "reclamación de indemnización" completada (formulario C-4) debe presentarse en un plazo de 90 días después de un accidente o sobredosis. El médico o el quiropráctico deben, dentro de 3 días hábiles después del tratamiento, completar y enviar por correo al empleador, al asegurador del empleador y al administrador de terceros, la reclamación de indemnización.

**Tratamiento médico:** Si usted requiere tratamiento médico para su lesión en el trabajo o OD, usted puede ser requerido a seleccionar a un médico o quiropráctico de una lista proporcionada por su aseguradora de compensación de trabajadores, si ha contratado con una organización para la atención administrada (MCO) o prefiere Organización de proveedores (PPO) o proveedores de atención médica. Si su empleador no ha celebrado un contrato con una MCO o PPO, puede seleccionar un médico o un quiropráctico del panel de médicos y quiroprácticos. Cualquier **gastos médicos** relacionado con su lesión industrial o OD será pagado por su aseguradora.

**Incapacidad total temporal (ITT):** Si su doctor ha certificado que usted no puede trabajar por un período de por lo menos 5 días consecutivos, o 5 días acumulados en un período de 20 días, o coloca restricciones en usted que su patrón no acomoda, usted puede tener derecho a la compensación TTD.

**Incapacidad parcial temporal (IPT):** Si el salario que recibe al reemplazo es menor que la indemnización por TTD a la que tiene derecho, el asegurador puede estar obligado a pagarle una indemnización de TPD para compensar la diferencia. El TPD sólo puede ser pagado por un máximo de 24 meses.

**Incapacidad parcial permanente (IPP):** Cuando su condición médica es estable y hay una indicación de un PPD como resultado de su lesión o OD, en el plazo de 30 días, su aseguradora debe arreglar para una evaluación de un médico de calificación o un quiropráctico para determinar el grado de su PPD. El monto de su premio PPD depende de la fecha de la lesión, los resultados de la evaluación del PPD y su edad y salario.

**Incapacidad total permanente (IPT):** Si usted es médicamente certificado por un médico o un quiropráctico como permanentemente y totalmente discapacitado y se le ha concedido el estatus de DPT por su aseguradora, usted tiene derecho a recibir beneficios mensuales que no excedan 66 2/3% de su salario mensual promedio. El monto de sus pagos de DPT está sujeto a reducción si previamente recibió un premio PPD.

**Servicios de rehabilitación vocacional:** Usted puede ser elegible para los servicios de rehabilitación vocacional si usted no puede regresar al trabajo debido a una incapacidad física permanente o restricciones permanentes como resultado de su lesión o enfermedad ocupacional.

**Reembolso de transporte y viáticos:** Usted puede ser elegible para gastos de viaje y viáticos asociados al tratamiento médico.

**Reapertura:** Es posible que pueda reabrir su reclamación si su condición empeora después del cierre de la reclamación.

**Proceso de apelación:** Si no está de acuerdo con una determinación escrita emitida por el asegurador o el asegurador no responde a su solicitud, usted puede apelar a la **Departamento de administración, oficial de audiencias**, siguiendo las instrucciones contenidas en su carta de determinación. Usted debe apelar la determinación dentro de 70 días a partir de la fecha de la carta de determinación en 1050 E. William Street, Suite 400, Carson City, Nevada 89701, o 2200 S. Rancho Drive, Suite 210, las Vegas, Nevada 89102. Si no está de acuerdo con la decisión del oficial de audiencia, puede apelar al **Departamento de administración, oficial de Apelaciones**. Usted debe presentar su apelación dentro de 30 días a partir de la fecha de la carta de decisión del oficial de audiencia en 1050 E. William Street, Suite 450, Carson City, Nevada 89701, o 2200 S. Rancho Drive, Suite 220, las Vegas, Nevada 89102. Si no está de acuerdo con la decisión de un funcionario de Apelaciones, puede presentar una **petición de revisión judicial ante el Tribunal de distrito**. Debe hacerlo dentro de los 30 días siguientes a la decisión del oficial de apelación. Usted puede ser representado por un abogado a su propio costo o puede ponerse en contacto con el NAIW para su posible representación.

**Abogado de Nevada para trabajadores lesionados (NAIW):** Si no está de acuerdo con la decisión de un funcionario de audiencia, puede solicitar que NAIW le represente sin cargos en una audiencia de un funcionario de Apelaciones. Para información sobre la denegación de beneficios, puede ponerse en contacto con el NAIW en: 1000 E. William Street, Suite 208, Carson City, NV 89701, (775) 684-7555, o 2200 S. Rancho Drive, Suite 230, las Vegas, NV 89102, (702) 486-2830

**Para presentar una queja ante la División:** Si desea presentar una queja ante el administrador de la división de relaciones laborales (dir), por favor comuníquese con la sección de compensación al trabajador, 400 West King Street, Suite 400, Carson City, Nevada 89703, teléfono (775) 684-7270, o 1301 North Green Valley Parkway, Suite 200, Henderson, Nevada 89074, teléfono (702) 486-9080.

**Para asistencia con las cuestiones de compensación a los trabajadores:** Usted puede ponerse en contacto con la oficina del gobernador asistencia para la salud del consumidor, 555 E. Washington Avenue, Suite 4800, las Vegas, Nevada 89101, Toll Free 1-888-333-1597, Sitio web: <http://govcha.state.NV.US>, Correo Cha@govcha.state.nv.us