

All employees of this employer who are entitled to benefits of the Administrative Workers' Compensation Act are hereby notified that this employer has complied with all rules of the Workers' Compensation Commission and that this employer has secured payment of compensation for all employees and their dependents in accordance with the Act. All employees are further notified this employer will furnish first aid, medical, surgical, hospital, optometric, podiatric, and nursing services, medicine, crutches and other apparatus as may be reasonably necessary in connection with the injury received by the employee, as well as payments of compensation to any injured employee or the employee's dependents as provided in the Act.

Any employee who has suffered a compensable injury covered by the Administrative Workers' Compensation Act is entitled to vocational rehabilitation services, including retraining and job placement, if, as a result of the injury, the employee is unable to perform work for which the person has previous training or experience.

The Oklahoma Workers' Compensation Commission has a Counselor Division to provide information to injured workers, employers, and other interested persons.

Mediation is available to help resolve certain workers' compensation disputes. For information, call the Counselor Division at 405-522-5308 or In-State Toll Free 855-291-3612.



Signature of Employer

Insurer Name and Address

Date of Expiration of Insurance Policy (Not applicable to employers authorized to self-insure.)

Employee's Responsibilities In Case of Work Related Injury

If accidentally injured or affected by cumulative trauma or an occupational disease arising out of and in the course of employment, however slight, the employee should notify the employer immediately. If this employer is a partnership, notice shall be given to any partner. If this employer is a corporation, notice shall be given to any agent or officer of the corporation upon whom legal process may be served. Notice shall also be given to the person in charge of business at the location of operations where the injury occurred. Unless oral or written notice is given to the employer within thirty (30) days, the claim for compensation may be forever barred.

The employee may file a claim for compensation with the **WORKERS' COMPENSATION COMMISSION** for an accidental injury, death, cumulative trauma or occupational disease or illness occurring **ON OR AFTER** February 1, 2014. Forms to file a compensation claim should be furnished by this employer and also are available from the Workers' Compensation Commission. The forms are posted on the Commission's website, www.wcc.ok.gov.

A claim for compensation must be filed with the Commission within the time specified by law, or be forever barred. Based on law effective February 1, 2014, a claim for compensation for any accidental injury must be filed with the Commission within one (1) year of the date of injury; a death claim must be filed within two (2) years of the date of death; a claim for compensation for occupational disease or illness must be filed within two (2) years of the last injurious exposure; and a claim for compensation for cumulative trauma must be filed within one (1) year of the date of injury. A claim for additional compensation is barred unless filed within one (1) year of the last payment of disability compensation or two (2) years from the date of injury, whichever is longer.

Claims for compensation for accidental injury, death, cumulative trauma or occupational disease or illness occurring BEFORE February 1, 2014 may be filed with the WORKERS' COMPENSATION COURT OF EXISTING CLAIMS and are subject to different notice of injury requirements and claims filing deadlines than those for accidental injury, death, cumulative trauma or occupational disease or illness occurring on or after February 1, 2014. Failure to comply with applicable notice requirements and deadlines may operate to forever bar the claim. Contact the WORKERS' COMPENSATION COURT OF EXISTING CLAIMS for additional information.

Employer's Responsibilities

The employer must provide employees with immediate first aid, medical, surgical, hospital, optometric, podiatric, and nursing services, medicine, crutches and other apparatus as may be reasonably necessary in connection with the injury received by the employee. This applies to care for all injuries and illnesses arising out of and in the course of employment, regardless of their character. Within ten (10) days after the date of receipt of notice or knowledge of death or injury that results in more than three days' absence from work for the injured employee, the employer **MUST** send a report thereof to the Workers' Compensation Commission on a CC-Form 2, and also send a copy of the CC-Form 2 to the employer's insurance carrier, if any, within the ten-day period.

No agreement by any employee to pay any portion of the premium paid by the employer to a carrier or a benefit fund or department maintained by the employer for the purpose of providing compensation or medical services and supplies as required by the workers' compensation laws, shall be valid. Any employer who makes a deduction for such purposes from the pay of any employee entitled to benefits under the workers' compensation laws shall be guilty of a misdemeanor.

No agreement by any employee to waive workers' compensation rights and benefits shall be valid.

Any person who commits workers' compensation fraud, upon conviction, shall be guilty of a felony punishable by imprisonment, a fine or both.

**Workers' Compensation Commission
1915 North Stiles Avenue
Oklahoma City, Oklahoma 73105-4918**

**Tele. 405-522-5308 (OKC) · 918-295-3732 (TU) · In-State Toll Free 855-291-3612
Web Site · www.wcc.ok.gov**

Aviso e Instrucción de Compensación de Trabajadores de Oklahoma para Empresarios y Trabajadores

Se notifica por la presente a todos los empleados de esta empresa que tengan derecho a los beneficios de la Ley de Compensación para Trabajadores Administrativos que este empleador ha cumplido con todas las reglas de la Comisión de Compensación de Trabajadores, y que este empleador ha asegurado el pago de compensación a todos los empleados y sus dependientes en conformidad con la ley. Asimismo, se notifica a todos los empleados que este empleador proporcionará primeros auxilios, servicios médicos, quirúrgicos, hospitalarios, de optometría, podología y enfermería, medicina, muletas y otros aparatos que sean razonablemente necesarios en relación con la lesión sufrida por el trabajador, así como los pagos de compensación a cualquier empleado lesionado o sus dependientes conforme a lo dispuesto por la ley.

Cualquier empleado que haya sufrido una lesión indemnizable amparado por la Ley de Compensación para Trabajadores Administrativos tiene derecho a los servicios de rehabilitación vocacional, esto incluye la re-capacitación e inserción laboral si el empleado ya no pudiese realizar el trabajo para el cual tuviese formación o experiencia previa como consecuencia de la lesión.

La Comisión de Compensación de Trabajadores de Oklahoma cuenta con una División de Asesoría para proporcionar información a los trabajadores lesionados, empleadores y otras personas interesadas.

Existe la posibilidad de mediación para ayudar a resolver disputas de compensación para ciertos trabajadores. Para obtener más información, llame a la División de Consejería al 405-522-5308 o al número gratuito (dentro del estado) 855-291-3612.



Firma del Empleador

Nombre y Dirección del Asegurador

Fecha de Vencimiento de la Póliza de Seguro (No aplicable a los empleadores autorizados para auto-asegurarse.)

Responsabilidades del empleado en caso de sufrir una lesión relacionada trabajo

De resultar dañado o afectado por trauma acumulativo o una enfermedad profesional que surja del empleo y en el transcurso de su desempeño, por leve que sea, el empleado debe notificar al empleador inmediatamente. Si este empleador es una sociedad, se debe notificar a cualquier socio. Si este empleador es una corporación, la notificación se hará a cualquier agente o funcionario de la corporación autorizado a recibir tal notificación. Se notificará también a la persona a cargo de los negocios en el lugar de operaciones donde se haya producido la lesión. De no haber notificado verbalmente o por escrito al empleador dentro de los treinta (30) días, el reclamo de indemnización puede prescribir de forma definitiva.

El empleado puede presentar un reclamo de indemnización ante la **COMISIÓN DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES** por una lesión accidental, muerte, trauma acumulativo o enfermedad profesional o enfermedad accidental que ocurra **EL 1 de febrero de 2014, O DESPUÉS** de esa fecha. Este empleador debe suministrar los formularios para presentar un reclamo de compensación, y también se encuentran disponibles en la Comisión de Compensación de Trabajadores. Los formularios se encuentran publicados en el sitio web de la Comisión, www.wcc.ok.gov.

El reclamo de compensación debe ser presentado ante la Comisión en el plazo fijado por la ley, o prescribirá para siempre. En virtud de la ley vigente a partir del 1 de febrero de 2014, los reclamos de indemnización por cualquier lesión accidental se deben presentar ante la Comisión dentro de un (1) año transcurrido a partir de la fecha de la lesión; debe presentarse un reclamo por muerte dentro de los dos (2) años de la fecha de muerte; los reclamos de indemnización por males o enfermedades profesionales se deben presentar dentro de los dos (2) años transcurridos a partir de la última exposición perjudicial; y los reclamos de indemnización por trauma acumulativo se deben presentar dentro de un (1) año transcurrido a partir de la fecha de la lesión. Se prohíben los reclamos de indemnización adicional a menos que sean presentados dentro de un (1) año transcurrido a partir del último pago de compensación por discapacidad o dos (2) años desde la fecha de la lesión, el periodo que sea mayor.

Los reclamos de indemnización por lesiones, muerte, trauma acumulativo o males o enfermedades profesional accidentales que ocurrieran ANTES del 1 de febrero de 2014 se pueden presentar ante el TRIBUNAL DE RECLAMOS EXISTENTES DE COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR y estarán sujetos a diferentes requisitos de notificación de la lesión y distintos plazos para presentar reclamos a los requeridos para los correspondientes a lesiones accidentales, muerte, trauma acumulativo o males o enfermedades profesionales que ocurrieran a partir del 1 de febrero de 2014. El incumplimiento de los requisitos y los plazos de notificación aplicables puede resultar en la prescripción definitiva del reclamo. Póngase en contacto con el Tribunal de Reclamos Existentes de Compensación al Trabajador para obtener información adicional.

Responsabilidades del Empleador

El empleador debe proporcionar a los empleados primeros auxilios, servicios médicos, quirúrgicos, hospitalarios, de optometría, podología, así como servicios de enfermería, medicina, muletas y otros aparatos que sean razonablemente necesarios en relación con la lesión sufrida por el empleado. Esto es aplicable al cuidado de todas las lesiones y enfermedades que surjan del empleo y el transcurso de su desempeño, independientemente de su carácter. El empleador DEBERÁ enviar, dentro de los diez (10) días a partir de la fecha de recepción de la notificación o el conocimiento de la muerte o lesión que resulte en más de tres días de ausencia del trabajo del empleado lesionado, un informe sobre esto a la Comisión de Compensación de Trabajadores en un formulario CC-Form 2, y también deberá enviar una copia de ese formulario a la compañía aseguradora del empleador, si la hubiere, en el plazo de diez días.

Se invalidará cualquier acuerdo hecho por un empleado para pagar cualquier porción de la prima pagada por el empleador a un operador, fondo de prestaciones o departamento mantenido por el empleador con el fin de indemnizar o proveer servicios y suministros médicos, tal como lo requieren las leyes de compensación de los trabajadores. Cualquier empleador que realice una deducción del pago de cualquier empleado con derecho a prestaciones en virtud de las leyes de compensación de los trabajadores para tales propósitos será culpable de un delito menor.

Se invalidará cualquier acuerdo hecho por un empleado para renunciar a los derechos y beneficios de compensación del trabajador.

**Toda persona que cometa fraude de compensación del trabajador, será culpable, de ser condenada,
de un delito grave punible con pena de prisión, una multa o ambas.**

**Comisión de Compensación de Trabajadores
1915 North Stiles Avenue
Oklahoma City, Oklahoma 73105-4918**

**Tel. 405-522-5308 (OKC) · 918-295-3732 (TU) · Línea gratuita (dentro del estado) 855-291-3612
Sitio Web · www.wcc.ok.gov**

CC-FORM-2

Applicable to Injuries /Deaths Occurring On or After 2/1/14

WORKERS' COMPENSATION COMMISSION
1915 NORTH STILES AVENUE STE 231
OKLAHOMA CITY, OK 73105

THIS SPACE FOR COMMISSION USE ONLY

Send original to Workers' Compensation Commission and
1 copy to Insurance Carrier

Please type or print. Enter all dates in MM/DD/YY format.

EMPLOYER'S FIRST NOTICE OF INJURY

Full Name of Employee - LAST, FIRST, MIDDLE		Employee Email Address	
Complete Address	City	State	Zip
Telephone Number	Employee's Social Security Number (LAST 4 DIGITS ONLY) XXX-XX-_____		
Date of Birth	Sex	Length of Employment: Years ____ Months ____ Date of Hire: _____	
Average Weekly Wage	Occupation (job description)	Was employment agreement made in Oklahoma? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

NOTE: Mediation is available to help resolve certain workers' compensation disputes. For information, call (405) 522-5308 or In-State Toll Free (855) 291-3612.

Date of accident or last exposure	Time of accident or exposure o'clock AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	Date Employer Notified	Time workday began o'clock AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>
Last date employee worked	Has employee returned to work? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> If yes, on what date? _____	Did the employee die? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> If yes, on what date? _____	
OSHA Log Case #	Place of Accident or Occurrence City: _____ County: _____ State: _____		
Injury Resulted from:	Single Incident <input type="checkbox"/> Cumulative Trauma <input type="checkbox"/> Occupational Disease <input type="checkbox"/>		
Nature of Injury or Illness	Does employee participate in a certified workplace medical plan: YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> If yes, name of CWMP: _____		
Describe activities when injury occurred with details of how event occurred. Include object or substance which directly injured the employee.			
Identify part(s) of body involved in injury or illness			
Full Name and address of Treating Physician (please be complete)			
Employer's Insurance Carrier or Own Risk Group		Policy/Self-Insured Number _____	
Name	Phone	Policy Period: From _____ To _____	
Address	City	State	Zip
Employer's Name and Complete Address			
Name	Federal ID#	Phone #	State Zip
Address	City	State	Zip
Type of business (Example: manufacturing, food service, construction)			NAICS Number
Type of Ownership:	Private <input type="checkbox"/>	State Government <input type="checkbox"/>	County Government <input type="checkbox"/> Local Government <input type="checkbox"/>

Administrative Workers' Compensation Act, 85A O.S., §6(A)(1)(a): "Any person or entity who makes any material false statement or representation, who willfully and knowingly omits or conceals any material information, or who employs any device, scheme, or artifice, or who aids and abets any person for the purpose of: (1) obtaining any benefit or payment ... shall be guilty of a felony."

Any person who commits workers' compensation fraud, upon conviction, shall be guilty of a felony punishable by imprisonment, a fine or both.

The undersigned hereby declares under PENALTY OF PERJURY that they have examined this notice and all statements contained herein are true, correct and complete, to the best of their knowledge. The undersigned certifies this CC-Form 2 was sent to the Workers' Compensation Commission and a copy thereof to the employer's insurer on the date noted below:

Signed _____
Signature of Preparer

By _____
Name and Title of Preparer (Please Print)

Telephone Number _____
Area Code and Number

Date _____

A CC-Form 2 must be sent to the Workers' Compensation Commission and to the employer's workers' compensation insurance carrier within 10 days after the date of receipt of notice or knowledge of death or injury that results in more than three days' absence from work for the injured employee.

PROVIDING THIS FORM TO THE COMMISSION IS NOT EVIDENCE OF ANY FACT STATED IN THE REPORT IN ANY PROCEEDING WITH RESPECT TO THE INJURY OR DEATH ON ACCOUNT OF WHICH THE REPORT IS MADE.