

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.

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

DWC FORM-001
(Employer's First Report of Injury or Illness)

The **employer** is required to file an **Employer's First Report of Injury or Illness** [DWC FORM-001 Rev. 10/05] with the injured worker's insurance carrier, and the injured claimant or the claimant's representative within 8 days after the employee's absence from work or receipt of notice of occupational disease.

The **Employer's First Report of Injury or Illness** provides information on the claimant, employer, insurance carrier and medical practitioner necessary to begin the claims process. Details of the claimant's employment and circumstances surrounding the injury or illness are also requested.

Send the specified copies to your **Workers' Compensation Insurance Carrier** and the injured employee. ***Employers - Do not send this form to the Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation, unless the Division specifically requests a direct filing.**

[Workers' Compensation Rule 120.2]

**INSTRUCTIONS FOR EMPLOYERS FIRST REPORT OF
INJURY OR ILLNESS (DWC FORM-001)**

Type (or print in black ink) each item on this form. Failure to complete each item may delay the processing of the injury claim.

Section 409.005, Texas Workers' Compensation Act, requires an Employers First Report of Injury or Illness (DWC FORM-001 Rev. 10/05) to be filed with the Workers' Compensation Insurance Carrier not later than the eighth day after the receipt of notice of occupational disease, or the employee's first day of absence from work due to injury or death. A copy of this report must be sent to the employee or the employee's representative. For purposes of this section, a report is filed when personally delivered, or postmarked. Send the specified copies to your **Workers' Compensation Insurance Carrier** and the injured employee. ***Employers - Do not send this form to the Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation, unless the Division specifically requests a direct filing.**

If a report has not been received by the carrier, the employer has the burden of proving that the report was filed within the required time frame. The employer has the burden of proving that good cause existed if the employer failed to file the report on time.

An employer who fails to file the report without good cause may be assessed an administrative penalty. An employer who fails to file the report without good cause waives the right to reimbursement of voluntary benefits even if no administrative penalty is assessed.

Once the employer has completed all information pertaining to the injury the employer should maintain the copy of this report to serve as the Employers Record of Injury required by Section 409.006. Send the specified copies to your **Workers' Compensation Insurance Carrier** and the injured employee. ***Employers - Do not send this form to the Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation, unless the Division specifically requests a direct filing.** The Division's Health and Safety will use data from this report for the Job Safety Information System established in Section 411.032 of the Texas Workers' Compensation Act.

This report may not be considered admission or evidence against the employer or the insurance carrier in any proceeding before the Division or a court in which facts set out in the report are contradicted by the employer or insurance carrier.

"SPECIAL INSTRUCTIONS FOR CERTAIN ITEMS"

- Items 2,7,8: Section 402.082, Texas Workers' Compensation Act requires the Division to maintain information as to the race, ethnicity and sex on every compensable injury. This information will be maintained for non-discriminatory statistical use.
- Item 4: If no home phone, please provide a phone number where the employee can be reached.
- Items 5,15,17, 26,29,30: Enter data in month, day, year format. Example: 08-13-54.
- Item 18: List nature of accident or exposure, e.g., fall from scaffold, contact with radiation, etc. If occupational disease, so state.
- Item 19: List specific body part, e.g., chin, right leg, forehead, left upper arm, etc. If more than one body part is affected, list each part.
- Item 20: Describe in detail (1) the events leading up to the injury/illness, (2) the actual injury, e.g., cut left forearm, broken right foot, etc., and (3) the reason(s) why accident/injury occurred. Use an additional sheet of paper if necessary.
- Item 22: State the exact work-site location of the injury, e.g., construction site, office area, storage area, etc.
- Item 24: List object, substance, or exposure that directly inflicted the injury or illness, e.g., floor, hammer, chemicals, etc.
- Items 32,33: Enter date in month-year format. Example: 02-56.
- Item 37: Enter the number of days or hours that make up a full work week for your employees.
- Item 45: Enter the 6-digit North American Industry Classification System (NAICS) Code of the employer. The primary code is the code which appears in block 5 of Form C-3, "Employers Quarterly Report" to the Texas Workforce Commission.
- Item 46: For companies with a single NAICS code, the specific code is the same as the primary code. For companies with multiple NAICS codes, enter the code that identifies the specific business, activity, or work-site location the employee was working in at the time of the injury. This may or may not be the same as the primary code.

Send the specified copies to your
Workers' Compensation Insurance Carrier
and the injured employee.

*Employers - Do not send this form to the
Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation,
Unless the Division specifically requests a direct filling.

| |
|----------------|
| CLAIM # |
|----------------|

| |
|--------------------------|
| CARRIER'S CLAIM # |
|--------------------------|

EMPLOYER'S FIRST REPORT OF INJURY OR ILLNESS

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|--|--|---|--|
| 1. Name (Last, First, M.I.) | | 2. Sex F • M • | | 15. Date of Injury (m-d-y) - - - | | 16. Time of Injury : am • pm • | | 17. Date Lost Time Began (m-d-y) - - - | |
| 3. Social Security Number | | 4. Home Phone () - - | | 5. Date of Birth (m-d-y) - - - | | 18. Nature of Injury' | | 19. Part of Body Injured or Exposed* | |
| 6. Does the Employee Speak English? If No, Specify Language YES • NO • | | | | | | | | | |
| 7. Race White • Black • Asian • | | | 8. Ethnicity Hispanic • Native American • Other • | | | 21. Was employee doing his regular job? YES • NO | | 22. Worksite Location of Injury (stairs, dock, etc.)* | |
| 9. Mailing Address Street or P.O. Box City State Zip Code County | | | | | | | | | |
| 10. Marital Status Married U Widowed U Separated U Single U Divorced U | | | | | | | | | |
| 11. Number of Dependent Children | | | 12. Spouse's Name | | | 23. Address Where Injury or Exposure Occurred Name of business if incident occurred on a business site Street or P.O. Box County City State Zip Code | | | |
| 13. Doctors Name | | | | | | | | | |
| 14. Doctors Mailing Address (Street or P.O. Box) City State Zip Code | | | | | | | | | |
| 26. Return to work date/or expected (m-d-y) | | 27. Will employee die? YES • NO | | 28. Supervisors Name | | 29. Date Reported (m-d-y) | | | |
| 25. List Witnesses | | | | | | | | | |
| 30. Date of Hire (m-d-y) | | 31. Was employee hired or recruited in Texas? YES ^o NO ^o | | 32. Length of Service in Current Position Months ____ Years ____ | | 33. Length of Service in Occupation Months ____ Years ____ | | | |
| 34. Employee Payroll Classification Code | | | 35. Occupation of Injured Worker | | | | | | |
| 36. Rate of Pay at this Job \$ ____ Hourly \$ ____ Weekly | | 37. Full work week is: ____ Hours ____ Days | | 38. Last Paycheck was: \$ ____ for Hours or Days | | 39. Is employee an Owner, Partner, or Corporate Officer? YES 0 NO 0 | | | |
| 40. Name and Title of Person Completing Form | | | | | 41. Name of Business | | | | |
| 42. Business Mailing Address and Telephone Number Street or P.O. Box Telephone () | | | | | 43. Business Location (If different from mailing address) Number and Street City State Zip Code | | | | |
| 44. Federal Tax Identification Number | | 45. Primary North American Industry Classification System Code: ^(6 digit) | | 46. Specific NAICS Code (6 digit) | | 47. Texas Comptroller Taxpayer No. | | | |
| 48. Workers' Compensation Insurance Company | | | | | 49. Policy Number | | | | |
| 50. Did you request accident prevention services in past 12 months? YES • NO • If yes, did you receive them? YES • NO | | | | | | | | | |
| 51. Signature and Title (READ INSTRUCTIONS ON INSTRUCTION SHEET BEFORE SIGNING) X _____ Date _____ | | | | | | | | | |



Employer Rights and Responsibilities

Information for Employers from the Division of Workers' Compensation

Workers' Compensation Insurance Coverage

Workers' compensation insurance coverage provides covered employees with income and medical benefits if they sustain a work-related injury or illness. Except as otherwise provided by law; Texas private employers can choose whether or not to provide workers' compensation insurance coverage for their employees. Except in cases of gross negligence or an intentional act or omission of the employer, workers' compensation insurance limits an employer's liability if an employee brings suit against the employer for damages. Certain building or construction employers who contract with governmental entities are required to provide workers' compensation coverage for each employee working on the public project. Some clients may also require their contractors to have workers' compensation insurance.

Providing Workers' Compensation Insurance

If employers choose to provide workers' compensation, they must do so in one of the following ways:

- purchase a workers' compensation insurance policy from an insurance company licensed by the Texas Department of Insurance (TDI) to sell the coverage in Texas;
- be certified by the Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation (TDI-DWC) to self-insure workers' compensation claims; or
- join a self-insurance group that has received a certificate of approval from the TDI.

Note: Political subdivisions may self-insure, buy coverage from insurance companies, or enter into inter-local agreements with other political subdivisions that self-insure.

EMPLOYER RIGHTS

Covered employers have the following rights:

- the right to contest the compensability of a workers' compensation claim if the insurance carrier accepts liability for payment of benefits;
- the right to be notified of a proposal to settle a claim or of any administrative or judicial proceeding related to resolution of a claim (after making a written request to the insurance carrier);
- the right to attend dispute resolution proceedings related to an employee's claim and present relevant evidence about the disputed issues;

- the right to report suspected fraud to the TDI-DWC or to the insurance carrier;
- the right to contest the failure of the insurance carrier to provide required accident prevention services; and
- the right to receive return-to-work coordination services as necessary to facilitate an employee's return to employment.

To dispute a workers' compensation claim, an employer may file the DWC Form-004, and the DWC Form-045, *Request to Schedule, Reschedule or Cancel a Benefit Review Conference (BRC)*, which may be obtained from the TDI website at <http://www.tdi.texas.gov/forms/form20employer.html> or by calling 1-800-252-7031.

Non-Reimbursable Employer Payments

An employer is not entitled to and cannot seek reimbursement from the employee or insurance carrier if after a work-related injury or illness they voluntarily:

- continue to pay the injured employee's salary continuation; or
- pay the injured employee salary supplementation to supplement income benefits paid by the insurance carrier.

Employer Voluntary Payments of Benefits

An employer may voluntarily pay income or medical benefits to an employee during a period in which the insurance carrier has:

- contested compensability of the injury;
- contested liability for the injury; or
- has not completed its initial investigation of the injury. *Note:* an employer is only allowed to pay benefits in this situation for the first two weeks after the injury.

For reimbursement, the employer is required to timely report the injury to the insurance carrier and to let the insurance carrier know, within 7 days of beginning

For further assistance, call

1-800-252-7031 or visit

<http://www.tdi.texas.gov/wc/employer/index.html>

voluntary payments, that voluntary payments are being made. The insurance carrier is only required to reimburse the employer for the amount of benefits the insurance carrier would have paid. If the employer made payments in excess of what the insurance carrier would have paid, the excess amount is not reimbursable, unless there is a written agreement between the injured employee and the employer that the excess amount can be recouped from future impairment income benefits paid by the insurance carrier, if any. The employer must file the DWC Form-002, *Employer's Report for Reimbursement of Voluntary Payment*. The DWC Form-002 may be obtained from the TDI website at <http://www.tdi.texas.gov/forms/form20employer.html> or by calling 1-800-252-7031.

EMPLOYER RESPONSIBILITIES

Reporting Workers' Compensation Insurance Coverage to Employees

Employers must tell their employees that they carry workers' compensation insurance by providing a written notice of coverage to new employees upon hire. The written notice must inform employees of their right to reject workers' compensation coverage and retain their common law right of action. This notice must be in the wording and format prescribed by TDI-DWC's *New Employee Notice*.

Employers must also post a written notice at their place of business telling their employees that they carry workers' compensation insurance. This notice must be in the wording and format prescribed by TDI-DWC's Notice 6, *Notice to Employees Concerning Workers' Compensation in Texas*. The notice must be in English, Spanish, and any other language that is common to the employees and must be posted at conspicuous locations at the employers' place of business.

A written notice must be provided again to each employee and the Notice 6 must be updated when changes in coverage status (obtained, terminated, or canceled) occur. The TDI-DWC's *New Employee Notice* and Notice 6 may be obtained from the TDI website at <http://www.tdi.texas.gov/forms/form20employer.html> or by calling 1-800-252-7031.

Reporting Injuries and Illnesses

Employers are required to report to its insurance carrier, within 8 days, any:

- work-related injury resulting in the employee's absence from work for more than one day;

- occupational disease of which the employer has knowledge; and
- work-related fatality.

Employers should report these injuries and illnesses using the DWC Form-001, *Employer's First Report of Injury or Illness*. An employer must keep a record of all work-related injuries, illnesses and fatalities for at least 5 years after the date the record was created, or for the period of time required by the Occupational Safety and Health Administration (OSHA), whichever is longer.

The employer must also provide a copy of the completed DWC Form-001 to the injured employee, along with a copy of the *Notice of the Injured Employee Rights and Responsibilities in the Texas Workers' Compensation System*. The DWC Form-001 may be obtained from the TDI website at <http://www.tdi.texas.gov/forms/form20employer.html>. The employee's notice of rights and responsibilities may be obtained from the TDI website at <http://www.oiec.texas.gov/resources/ierightsresp.html>. Both forms may also be obtained by calling 1-800-252-7031.

Employer's Wage Statement & Supplemental Report of Injury

An employer must report an injured employee's wages and other fringe benefits (i.e. health premiums, uniform allowance, etc.) to the insurance carrier. The employer is required to send the DWC Form-003, *Employer's Wage Statement*, to the insurance carrier and the injured employee within 30 days of the earliest of: the date the employer is notified that the employee is entitled to income benefits; or the date of employee's death as a result of a compensable injury.

An employer must also report any changes in an injured employee's pay or employment status to the insurance carrier. The employer must send the DWC Form-006, *Supplemental Report of Injury*, to the insurance carrier and the injured employee within:

- 10 days from the end of a pay period in which an employee's pay changes;
- 10 days from the date an employee resigns or is terminated;
- 3 days from the date the employee begins to lose time from work as a result of the injury;
- 3 days from the date an employee returns to work; and
- 3 days from the date an injury causes an employee to miss additional work after returning to work.

Safe Workplace

Employers must take all actions reasonably necessary to ensure a safe workplace and take all steps reasonably necessary to protect the life, health and safety of the employees.

Compliance

Employers that fail to comply with workers' compensation requirements commit an administrative violation and may be subject to administrative penalties. The information provided in this fact sheet and workers' compensation requirements are pursuant to: Texas Labor Code §§406.002, 406.005, 406.007, 406.033, 406.034, 406.096, 408.003, 408.001, 409.011, 409.005, 409.006, 411.032, 411.103 and 413.021; and 28 Texas Administrative Code §§110.101, 120.1, 120.2, 120.3, 120.4, 126.13, 129.7 and 160.3.

If you have any questions regarding reporting requirements or compliance with the law, contact TDI-DWC at 1-800-252-7031. For more information on workers' compensation for employers, visit the TDI website at <http://www.tdi.texas.gov/wc/employer/index.html>.

Derechos y Responsabilidades del Empleador

Información para los Empleadores por parte de la División de Compensación para Trabajadores

Cobertura de Seguro de Compensación para Trabajadores

Una cobertura de seguro de compensación para trabajadores proporciona a los empleados que están cubiertos, beneficios de ingresos y beneficios médicos, si sufren una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. Excepto cuando la ley lo disponga de diferente manera, los empleadores privados en Texas pueden elegir si proveen o no a sus empleados una cobertura de seguro de compensación para trabajadores. Excepto en casos de negligencia grave, o en un acto u omisión intencional por parte del empleador, el seguro de compensación para trabajadores limita la responsabilidad del empleador si un empleado trata de demandar al empleador por daños y perjuicios. Ciertos empleadores en el campo de la construcción que tienen contratos con entidades gubernamentales, tienen la obligación de proporcionar una cobertura de compensación para trabajadores a cada uno de los empleados que trabajan en el proyecto público. Algunos clientes también pueden requerir a sus contratistas que tengan un seguro de compensación para trabajadores.

Cómo Proporcionar un Seguro de Compensación para Trabajadores

Si los empleadores optan por proporcionar compensación para trabajadores, deben hacerlo de una de las siguientes maneras:

- comprar una póliza de seguro de compensación para trabajadores de una compañía de seguros que tenga licencia por parte del Departamento de Seguros de Texas (Texas Department of Insurance – TDI, por su nombre y siglas en inglés) para vender la cobertura en Texas;
- estar certificado por parte del 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) para auto asegurar las reclamaciones de compensación para trabajadores; o
- unirse a un grupo auto asegurador que ha recibido un certificado de aprobación por parte de TDI.

Nota: Las subdivisiones políticas pueden auto asegurarse, comprarle una cobertura a las compañías de seguros, o suscribirse en acuerdos inter-locales con otras subdivisiones políticas que se auto aseguren.

DERECHOS DE LOS EMPLEADORES

Los empleadores que cuentan con una cobertura tienen los siguientes derechos:

- el derecho a disputar la indemnización de una reclamación de compensación para trabajadores si la aseguradora acepta la responsabilidad para pagar los beneficios;
- el derecho a que se le notifique sobre una oferta para liquidar una reclamación o sobre cualquier procedimiento administrativo o judicial que esté relacionado con la resolución de una reclamación (después de hacer una petición por escrito a la aseguradora);
- el derecho a asistir a los procedimientos de resolución de disputas relacionados con la reclamación de un empleado y presentar las pruebas pertinentes sobre los asuntos en disputa;
- el derecho a reportar cualquier sospecha de fraude a TDI-DWC o a la aseguradora;
- el derecho a disputar cualquier falla por parte de la aseguradora para proporcionar los servicios de prevención de accidentes que son requeridos; y
- el derecho a recibir los servicios necesarios de coordinación de regreso al trabajo para facilitar el regreso de un empleado a su trabajo.

Para disputar una reclamación de compensación para trabajadores, el empleador puede presentar el Formulario DWC-004, *Employer's Contest of Compensability*, así como el Formulario DWC-045, *Solicitud para Programar, Reprogramar, o Cancelar una Conferencia para Revisión de Beneficios*. Ambas solicitudes pueden ser obtenidas en el sitio Web de TDI en <http://www.tdi.texas.gov/forms/form20employer.html> o llamando al 1-800-252-7031.

Pagos No Reembolsables por Parte del Empleador

Un empleador no tiene derecho y no puede solicitar un reembolso por parte del empleado o de la aseguradora si después de una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo ellos voluntariamente:

- siguen pagando la continuación del salario del empleado; o
- pagan al empleado lesionado un salario suplementario para suplementar los beneficios de ingresos que son pagados por la aseguradora.

Pagos Voluntarios de los Beneficios por Parte del Empleador

Un empleador puede pagar voluntariamente los beneficios médicos o de ingresos a un empleado durante un periodo en el cual la aseguradora:

- ha disputado la indemnización de la lesión;
- ha negado su responsabilidad por la lesión, o
- no ha terminado con su investigación inicial sobre la lesión. Nota: en esta situación, solamente es permitido que un empleador pague beneficios por las primeras dos semanas después de la lesión.

Para obtener un reembolso, es requerido que el empleador reporte la lesión de manera oportuna a la aseguradora y que le informe a la aseguradora, dentro del lapso de tiempo de 7 días, a partir de la fecha en la que se iniciaron los pagos voluntarios. La aseguradora solamente está obligada a reembolsarle al empleador la cantidad de los beneficios que la aseguradora hubiera pagado. Si el empleador llegara a pagar más de lo que la aseguradora hubiera pagado, la cantidad en exceso no es reembolsable, a menos que exista un acuerdo por escrito entre el empleado lesionado y el empleador, que indique que la cantidad en exceso puede ser recuperada de los beneficios de ingresos de impedimento que son pagados por la aseguradora, si es que los hay. El empleador debe presentar el Formulario DWC-002, *Reporte del Empleador para Reembolso por Pago Voluntario* (Employer's Report for Reimbursement of Voluntary Payment, por su nombre en inglés). El Formulario DWC-002 puede obtenerse en el sitio Web de TDI en <http://www.tdi.texas.gov/forms/form20employer.html> o llamando al 1-800-252-7031.

RESPONSABILIDADES DEL EMPLEADOR

Cómo Reportar a los Empleados que se Cuenta con una Cobertura de Seguro de Compensación para Trabajadores

El empleador debe informar a sus empleados que cuenta con un seguro de compensación para trabajadores, proporcionándoles un aviso de cobertura por escrito a los nuevos empleados cuando son contratados. El aviso por escrito debe informar a los empleados sobre su derecho para rechazar la cobertura de compensación para trabajadores y conservar el derecho común de acción de la ley (common law right of action, por su nombre en inglés). Este aviso debe contener el texto y el formato que ha sido establecido en el *Aviso a los Nuevos Empleados* de TDI-DWC (TDI-DWC's New Employee Notice, por su nombre en inglés).

Los empleadores también deben mostrar el aviso por escrito en el área del negocio para de esta manera comunicarles a los empleados que ellos cuentan con un seguro de compensación para trabajadores. Este aviso debe contener el texto y el formato que ha sido establecido en el Aviso 6 de TDI-DWC (TDI-DWC's Notice 6, por su nombre en inglés), *Aviso a los Empleados Sobre la Compensación para Trabajadores en Texas*. El aviso se debe mostrar en inglés, español y cualquier otro idioma que sea común para los empleados y debe ser colocado en lugares visibles en el negocio del empleador.

El aviso por escrito debe ser proporcionado una vez más a cada empleado y el Aviso 6 debe ser actualizado cuando ocurren cambios en el estado de la cobertura (ya sea cuando se obtenga, se termine, o se cancele). El Aviso 6 de TDI-DWC, y el *Aviso a los Empleados Sobre la Compensación para Trabajadores en Texas* pueden obtenerse en el sitio Web de TDI en <http://www.tdi.texas.gov/forms/form20employer.html> o llamando al 1-800-252-7031.

Cómo Reportar las Lesiones y las Enfermedades

Los empleadores tienen la obligación de reportar a su aseguradora, dentro del lapso de tiempo de 8 días, cualquier:

- lesión relacionada con el trabajo que haya dado como resultado la ausencia del empleado en su trabajo por más de un día;
- enfermedad ocupacional de la cual el empleado tiene conocimiento; y
- fatalidad relacionada con el trabajo.

Los empleadores deben reportar estas lesiones y enfermedades usando el Formulario DWC-001, *Reporte Inicial del Empleador para una Lesión o Enfermedad* (Employer's First Report of Injury or Illness, por su nombre en inglés). El empleador debe mantener un registro de todas las lesiones, enfermedades y fatalidades relacionadas con el trabajo por al menos 5 años después de la fecha en que el registro fue creado, o por el periodo de tiempo que es requerido por la Administración de la Seguridad y Salud Ocupacional (Occupational Safety and Health Administration – OSHA, por su nombre y siglas en inglés), cualquiera de las fechas que represente más tiempo.

El empleador debe también proporcionar una copia al empleado lesionado del formulario completo DWC-001, junto con una copia del *Aviso Sobre los Derechos y Responsabilidades para los Empleados Lesionados en el Sistema de Compensación para Trabajadores de Texas*. El Formulario DWC-001 puede ser obtenido en el sitio Web de TDI en <http://www.tdi.texas.gov/forms/form20employer.html>. El aviso sobre los derechos y responsabilidades del empleado pueden ser obtenidos en el sitio Web de TDI en <http://www.oiec.texas.gov/resources/ierightsresp.html>. Ambos formularios también pueden ser obtenidos llamando al 1-800-252-7031.

Declaración de Salarios del Empleador y Reporte Suplementario del Empleador

Un empleador debe reportar a la aseguradora el salario de un empleado lesionado al igual que otros beneficios extra salariales (p. ej., las primas de seguro médico, dinero para el pago de uniformes de la compañía, etc.). El empleador tiene la obligación de enviar el Formulario DWC-003, *Declaración de Salario del Empleador* (Employer's Wage Statement, por su nombre en inglés) a la aseguradora y al empleado lesionado dentro de 30 días, a partir de (lo que ocurra primero): la fecha en que el empleador es notificado que el empleado lesionado tiene derecho a recibir beneficios de ingresos o la fecha en que falleció el empleado como resultado de una lesión que es compensable.

Un empleador también debe reportar a la aseguradora cualquier cambio en el pago o estado de empleo de un empleado lesionado. El empleador debe enviar el Formulario DWC-006, *Reporte Suplementario de Lesión* (Supplemental Report of Injury, por su nombre en inglés) a la aseguradora y al empleado lesionado dentro de:

- 10 días a partir del final de un periodo de pago en el cual el pago de un empleado lesionado cambia;
- 10 días a partir de la fecha en que un empleado lesionado renuncia o es despedido;
- 3 días a partir de la fecha en que un empleado empieza a perder tiempo de su trabajo como resultado de la lesión;
- 3 días a partir de la fecha en que un empleado lesionado regresa a trabajar; y
- 3 días a partir de la fecha en que una lesión causa que un empleado pierda días adicionales de trabajo después de haber regresado a trabajar.

Área de Trabajo Segura

Los empleadores deben tomar todas las medidas necesarias y razonables para garantizar un área de trabajo segura y tomar todos los pasos razonables y necesarios para proteger la vida, salud y seguridad de los empleados.

Cumplimiento

Los empleadores que no cumplen con los requisitos de compensación para trabajadores cometen una falta administrativa y pueden estar sujetos a recibir sanciones administrativas. La información que es proporcionada en esta hoja informativa, así como los requisitos de compensación para trabajadores son de conformidad con: El Código Laboral de Texas §§406.002, 406.005, 406.007, 406.033, 406.034, 406.096, 408.003, 408.001, 409.011, 409.005, 409.006, 411.032, 411.103 y 413.021; y el Código Administrativo de Texas No. 28 §§110.101, 120.1, 120.2, 120.3, 120.4, 126.13, 129.7 y 160.3.

Si usted tiene alguna pregunta sobre los requisitos para reportar o preguntas sobre el cumplimiento de la ley, comuníquese con TDI-DWC al 1-800-252-7031. Para obtener más información para los empleadores sobre la compensación para trabajadores, visite el sitio Web de TDI en http://www.oiec.texas.gov/documents/448.2s_r_and_r.pdf.

Esta publicación es un resumen y es presentado con motivos informativos solamente. De ninguna manera esta información substituye a los estatutos ni a los reglamentos de TDI-DWC. Para preguntas sobre los reglamentos de TDI-DWC por favor comuníquese con nuestro Programa de Asistencia al Consumidor al 1-800-252-7031. CS05-017F(12-11)

Para más información, llame al

1-800-252-7031 o visite

<http://www.tdi.texas.gov/wc/employer/index.html>



Texas Department of Insurance

Division of Workers' Compensation

7551 Metro Center Drive, Suite 100 • Austin, Texas 78744-1645
512-804-4000 telephone • 512-804-4001 fax • www.tdi.texas.gov

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.”