

How to respond to a workplace injury:

For life-threatening medical emergencies, call **911**.

For non-life-threatening injuries, call the **24/7 Nurse Line at (844) 581-0828** to report the incident and get your employee the right care



Workers' comp claims

You can file your first report of injury for a workers' comp claim in three simple ways:

Call the 24/7 claim intake line within 24 hours of the incident: **(844) 581-0828**

Submit the claim information online here

Email the claims team within 24 hours of the incident: **claims@pieinsurance.com**

- **In your email, please include the following:**
- The name of your business
- The policy number
- Reporting party's contact information (name, phone, email)
- The name, phone, and email address of the injured employee
- Date of the injury or accident
- A description of the injury or accident

Thank you.



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



Complete if known:

DWC claim #

Insurance carrier claim #

Employer's first report of injury or illness

Part 1: Injured employee information

1. Name (first, middle, last)		2. Address (street or PO box, city, state, ZIP code)	
3. Phone number	4. Email address	5. Social Security number (XXX-XX-XXXX)	6. Date of birth (mm/dd/yyyy)
7. Marital status		8. Sex <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Unknown	
9. Spouse's name (first, middle, last)			10. Number of dependent children
11. Does the employee speak English? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If no, specify language			
12. Doctor's name (first, last)		13. Doctor's mailing address (street or PO box, city, state, ZIP code)	

Part 2: Injury information

14. Date of injury or illness (mm/dd/yyyy)	15. Time of injury : <input type="checkbox"/> a.m. or <input type="checkbox"/> p.m.	16. First day absent from work (mm/dd/yyyy)
17. Supervisor's name (first, last)		18. Date injury reported (mm/dd/yyyy)
19. Nature of injury or illness (Examples: cut, burn, bruise, fracture, sprain, chemical burn. For more than one injury, list the most serious injury.)		20. Body parts affected
21. Describe in detail how and why the injury, illness, or death occurred (Include the events leading up to the injury or illness, state the actual injury, and list the reasons why the accident or injury occurred.)		
22. Reported cause of injury (Examples: overexertion due to lifting or pushing, slip, trip, fall.)		
23. Was the employee doing their regular job? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
24. Address and name of the location where the injury, exposure, or death occurred (business name, street or PO box, city, state, ZIP code)		
25. List all witnesses (first, last names)		



26. Number of days absent from work, not including the day of injury or the day of return to work

☐ One day or less (work-related illness only) ☐ Two to seven days ☐ Eight days or more

27. Return-to-work date (mm/dd/yyyy)

☐ Actual date or ☐ Expected date

28. Did the employee die?

☐ Yes ☐ No

If yes, provide the date of death. (mm/dd/yyyy)

Part 3: Employment information**29. Date of hire** (mm/dd/yyyy)**30. Occupation of injured employee****31. Length of service in current position**

Years Months

32. Length of service in current occupation

Years Months

33. Employee payroll classification code**34. Was the employee hired or recruited in Texas?**

☐ Yes ☐ No

35. Rate of pay at this job

\$ Hourly \$ Weekly

36. Full work week is

Hours Days

37. Last paycheck was

\$ for Hours or Days

38. Is the employee an owner, partner, or corporate officer?

☐ Yes ☐ No

Part 4: Employer information**39. Name and title of person completing form**

(first, middle, last, title)

40. Business name**41. Business mailing address** (street or PO box, city, state, ZIP code)**42. Phone number****43. Email address****44. Business location** (if different from mailing address)**45. Federal employer identification number****46. Primary North American Industry Classification System (NAICS) code** (six digits)**47. Specific NAICS code** (six digits)**48. Texas comptroller taxpayer number****49. Workers' compensation insurance carrier****50. Policy number****51. Did you request accident prevention services in the past 12 months?**

☐ Yes ☐ No

If yes, did you receive them? ☐ Yes ☐ No

Part 5: Certification**52. Certify with your signature:**

I certify the information in this form is true and correct.

Signature_____

Date_____



FAQ

Employer's first report of injury or illness

Who do I send this form to?

Send this form to your workers' compensation insurance carrier and to the injured employee or the injured employee's representative. Do not send this form to the Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation (DWC), unless DWC specifically requests it.

When do I need to send this form?

You must send the DWC Form-001 within eight days after:

1. The employee's first day of absence from work due to the injury;
2. You receive notice of occupational disease; or
3. An employee dies.

Why do I need to send this form?

Employers must file this form so the insurance carrier has the information they need to begin the claims process. You may be fined if you fail to send this report without having a good reason (good cause.)

How should I send this form?

You can file the form with the insurance carrier and send it to the injured employee or the injured employee's representative by email, fax, U.S. Postal Service, or personal delivery.

Do I need to keep a copy of this form?

Yes, you should keep a copy of this form to serve as the Employer's Record of Injury required by Texas Labor Code Section 409.006. For more requirements refer to DWC rule 120.2, *Employer's first report of injury and notice of injured employee rights and responsibilities*.

Questions?

Call 800-252-7031, Monday through Friday, 8 a.m. to 5 p.m., Central time.

Go to www.tdi.texas.gov/wc to learn more about workers' compensation.

Note: With few exceptions, on your request, you are entitled to:

- Be informed about the information DWC collects about you.
- Receive and review the information (Government Code Sections 552.021 and 552.023).
- Have DWC correct information that is incorrect (Government Code Section 559.004).

For more information, contact DWCLegalServices@tdi.texas.gov or go to the Corrections Procedure section at 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.”

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.

1-866-EZE-OIEC
(1-866-393-6432)

www.oiec.texas.gov
OIECInbox@oiec.state.tx.us

Office of Injured Employee Counsel Central Office
7551 Metro Center Drive, Suite 100, MS-50
Austin, TX 78744-1609

Local Field Offices exist throughout
the State of Texas and are staffed to assist you.



The statutory authority for the
Office of Injured Employee Counsel
is found in the Texas Labor Code, Chapter 404.

Publication 448.2e
Revised 06/2012

Injured Employee Rights and Responsibilities

in the Texas Workers'
Compensation System



YOUR RIGHTS IN THE TEXAS WORKERS' COMPENSATION SYSTEM

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 www.texasbar.com. Attorney referral information can also be found on OIEC's website at www.oiec.texas.gov.

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.

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.

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.

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.

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.

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 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.

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

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.

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 www.tdi.texas.gov/consumer/complfrm.html#wc.

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.

You have the responsibility to tell your doctor how you were injured and whether the injury is work-related.

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.

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.

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).

Eligible beneficiaries or persons seeking death and burial benefits have the responsibility to send a completed Beneficiary Claim for Death Benefits (DWC042) to DWC within one year following the employee's date of death.

You are prohibited from making frivolous or fraudulent claims or demands.

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 Web: www.tdi.texas.gov.

1-866-EZE-OIEC
(1-866-393-6432)

www.oiec.texas.gov
OIECInbox@oiec.texas.gov

La Oficina de Asesoría Pública
para el Empleado Lesionado
7551 Metro Center Drive, Suite 100, MS-50
Austin, TX 78744-1609

Las oficinas locales de la Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado están localizadas dentro de las oficinas locales de la División de Compensación para Trabajadores.



La autoridad de la Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado que ha sido establecida por la ley puede ser encontrada en el Código Laboral de Texas, Capítulo 404.

Publication 448.2s
Revised 09/2013

Aviso sobre los Derechos y Responsabilidades para los Empleados Lesionados

en el Sistema de Compensación
para Trabajadores de Texas



SUS DERECHOS DENTRO DEL SISTEMA DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES DE TEXAS

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.

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 Ombudsmen 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 Ombudsmen 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.

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.

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.

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.

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.

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.

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

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.

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.

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.

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.

Usted tiene la responsabilidad de completar y enviar a DWC el Formulario DWC041, *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 DWC041 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 DWC041 comuníquese con DWC o con OIEC.

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.

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).

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 DWC042, *Reclamación del Beneficiario para Obtener Beneficios por Causa de Muerte* dentro de un año, a partir de la fecha en que el empleado falleció.

Usted tiene prohibido hacer reclamaciones o demandas injustificadas o fraudulentas.