



Orientación para un Empleado Lesionado





Established 1915

BROWARD
County Public Schools





CHIEF FINANCIAL OFFICER
JIMMY PATRONIS
STATE OF FLORIDA

Estimado Empleado Lesionado:

Su compañía de seguros le está proporcionando esta información en representación de la Oficina de Asistencia para el Empleado de la División de Compensación de los Empleados.

La Oficina de Asistencia para el Empleado de la División de Compensación de los Empleados es un despacho dentro del Departamento de Servicios Financieros de Florida. Brindamos los siguientes servicios:

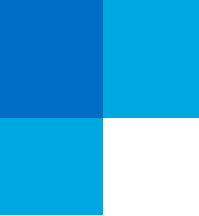
- Sirve como un recurso para empleados lesionados y patrones proporcionando información acerca del sistema de compensación de los empleados.
- Educa e informa a los empleados lesionados, patrones, aseguradoras, prestadores de servicios médicos y atención médica administrada acerca de sus responsabilidades ante la ley.
- Proporciona asistencia para evitar cualquier problema o disputa relacionada con su reclamación.

Dentro de tres (3) días después de recibir la notificación de que usted ha sido lesionado, el seguro de compensación de los empleados le enviará por correo un folleto informativo explicándole sus derechos y responsabilidades así como las obligaciones de la compañía de seguros. Contiene información valiosa que usted necesita saber acerca del sistema de compensación de los empleados. Puede ser que ya haya recibido el folleto informativo junto con esta carta. Puede obtener el folleto llamándonos al 1-800-342-1741 o mandándonos un correo electrónico a: wceao@dfs.state.fl.us.

También puede visitar una de nuestras Oficinas de Asistencia para el Empleado para recibir servicio personal, uno a uno. Para localizar la oficina más cercana, llame sin costo al 1-800 antes mencionado o visite el sitio web de la División en: www.myfloridacfo.com/wc/organization/eao_offices.htm.

Atentamente,

Oficina de Asistencia para el Empleado de la
División de Compensación de los Empleados
Departamento de Servicios
Financieros de Florida



Índice

Requerimientos Legales y Relacionados 1

Formas Requeridas e Información Crítica 2-3

¡ACCIÓN REQUERIDA! Favor de Leer Atentamente

- Forma de Reconocimiento 3
 - Autorización Médica y/u Hospitalaria
 - Declaración de Fraude
 - Hechos del Empleado – Información Importante de la Compensación de los Empleados para Empleados de Florida
 - Información Médica Confidencial (IMC)

Información General 4-7

- ¿Qué es la Compensación de los Empleados? 4
- Derechos y Beneficios del Empleado 4
- ¿Qué es un Ajustador? 4
- ¿Qué es una Enfermera Administradora del Caso? 5
- Beneficios de Salarios Perdidos 5
- Permanencia en el Trabajo, Regreso al Trabajo 5
- Máximo Mejoramiento Médico 6
- Responsabilidades de las Escuelas Públicas del Condado de Broward 6
- Responsabilidades del Empleado Lesionado 6-7
- Mientras Recibe Tratamiento 7
- Seguridad 7
- Temporada de Huracanes 7

Formas de Beneficios 8-15

- Formas Médicas de Millaje de Compensación de los Empleados 8
- Forma para Solicitud de Cambio Único de Médico Tratante 9
- Forma de Encuesta de Compensación del Empleado Lesionado 11
- Forma de Reporte de Ingresos del Empleado 13
- Información Importante: Salarios Pre-lesión 15

Los empleados están cubiertos desde el primer día de trabajo en el empleo.

Requerimientos Legales y Relacionados

Información Crítica

Su reclamación está siendo procesada bajo el Estatuto 440.20(4) de Florida, el cual requiere que las Escuelas Públicas del Condado de Broward inicien el pago de la compensación mientras se reúne información acerca de su reclamación. De buena fe, podremos iniciar el pago de beneficios para facilitar su carga financiera y atender sus necesidades médicas. Si se determinara que por cualquier motivo, parte o el total de su reclamación será denegada, debemos hacerlo, y notificarle por escrito, dentro de los 120 días de la provisión inicial de beneficios. Si su reclamación fuera denegada, las Escuelas Públicas del Condado de Broward pagarán por todo el cuidado que fue autorizado por nosotros hasta la fecha de nuestra notificación por escrito de la negación.

Ley de Prescripción

Una vez que usted se haya lesionado en el trabajo o que se ha dado cuenta de la lesión compensada de un trabajador, usted tiene 30 días para reportar su lesión a su patrón. Generalmente, usted tiene dos años a partir de la fecha de la lesión para presentar una reclamación. El no reportar su lesión dentro de los 30 días puede ser usado como defensa en contra de su reclamación independientemente del estatuto de los dos años de limitación para presentar una reclamación. Su elegibilidad para los beneficios también puede ser eliminada un año a partir de la última fecha que recibió un cheque de prestaciones económicas o cualquier tratamiento/cuidado médico.

Si usted no está seguro acerca, o quisiera asegurarse de que la información proporcionada por las Escuelas Públicas del Condado de Broward es precisa, se le anima para que llame al siguiente número mencionado abajo:

El Departamento de Servicios Financieros de
Florida División de Compensación de los Empleados
Oficina de Asistencia para el Empleado

Número Telefónico:

1-800-342-1741

El Estado de Florida, Departamento de Servicios Financieros, División de Compensación de los Empleados, le ayudará con cualquier pregunta que pueda tener como un empleado lesionado de Florida, y puede ayudarle a resolver cualquier asunto que pueda presentarse entre usted y las Escuelas Públicas del Condado de Broward.

Formas Requeridas e información Crítica

Toda la información en este paquete de Orientación para Empleados Lesionados es **IMPORTANTE**. Por favor siga los pasos indicados y tómese el tiempo para leerla atenta y completamente.

Paso 1

- Por favor, inmediatamente y con cuidado **LEA, FIRME, PONGA FECHA Y DEVUELVA** las formas/documentos adjuntas(os) en las siguientes páginas en el sobre auto-dirigido, pre pagado. También puede devolver las formas/documentos firmadas(os) por correo electrónico a: browardmail@s1-medical.com.

LISTA DE VERIFICACIÓN:

- ☐ Forma de Reconocimiento - (Página 3)
 - Forma de Autorización de Alta Médica
 - Declaración de Fraude
 - Recepción del Folleto del Estado de Florida llamado "Hechos del Empleado – Información Importante de Compensación de los Empleados para Empleados de Florida"
 - Carta del Departamento de Servicios Financieros de Florida/División de Compensación de los Empleados
 - Información Médica Confidencial (IMC)
- ☐ Forma de Encuesta de Compensación del Empleado Lesionado – (Página 11)

IMPORTANTE – LEA ATENTAMENTE:

- Bajo el Estatuto 440.105(7) de Florida: Un empleado lesionado o cualquier otra parte haciendo una reclamación bajo este capítulo debe proporcionar su firma personal constanding que él o ella ha revisado, entiende y reconoce la siguiente declaración: "Cualquier persona que,

sabiendo y con intención lesione, defraude o engañe a cualquier patrón o empleado compañía de seguro o programa de auto aseguramiento, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa o que se pueda mal interpretar comete fraude de seguro, que se castiga según s.817.234." Si el empleado lesionado u otra parte se rehúsa a firmar el documento constanding que él o ella ha revisado, entiende y reconoce la declaración, los beneficios o pagos bajo este capítulo deberá ser suspendidos hasta obtener dicha firma.

Paso 2

- Siga las órdenes de su médico.
- El no mantener citas programadas puede poner en riesgo sus beneficios de compensación del empleado.
- Si necesita cualquier asistencia con su cuidado médico, favor de ponerse en contacto con el ajustador.

Paso 3

- Comuníquese regularmente con su ajustador, enfermera administradora del caso y su supervisor.

Forma de Reconocimiento

ACCIÓN REQUERIDA

Por favor **LEA, FIRME y DEVUELVA** esta Forma de Reconocimiento en el sobre pre-pagado proporcionado en este paquete.

Autorización Médica y/u Hospitalaria

- Por medio de la presente doy mi permiso, y esta es su autoridad de permitir que las Escuelas Públicas del Condado de Broward y o sus representantes designados examinen, hagan o sean proporcionados con copias de cualquier archivo o información, rayos x y reportes de rayos x en conexión con cualquier enfermedad o lesión que requiere confinamiento y/o tratamiento por usted.
- Acepto que una copia Fotostática de esta autorización sea considerada tan efectiva y válida como la original.
- Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento.

Declaración de Fraude

- Entiendo y reconozco que "Cualquier persona que, sabiendo y con intención lesione, defraude o engañe a cualquier empleado o patrón, compañía de seguro o programa de auto aseguramiento, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa o que se pueda mal interpretar comete fraude de seguro, que se castiga según s.817.234."

Hechos del Empleado - Información Importante de la Compensación de los Empleados para Empleados de Florida

- Reconozco que he recibido la copia adjunta del folleto titulado Hechos del Empleado – Hechos importantes de la compensación de los empleados para Empleados de Florida y una carta (al principio de este paquete de orientación) por parte del Departamento de Servicios Financieros de Florida/División de Compensaciones de los Empleados acerca de los servicios proporcionados por la Oficina de Asistencia del Empleado.

Información Médica Confidencial (IMC)

- De acuerdo a HIPAA, una entidad cubierta (proveedor de servicios de la salud, etc.) puede divulgar información acerca de la salud de un empleado u otra información médica confidencial (IMC) "como autorizado por y en la medida que sea necesario el cumplir con las leyes relacionadas con la compensación de los trabajadores u otros programas similares, establecidos por ley, que brindan beneficios para lesiones relacionadas con el empleado o enfermedad sin admitir prueba." 45 C.F.R. 164.512(l).

Escriba su Nombre: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Información General

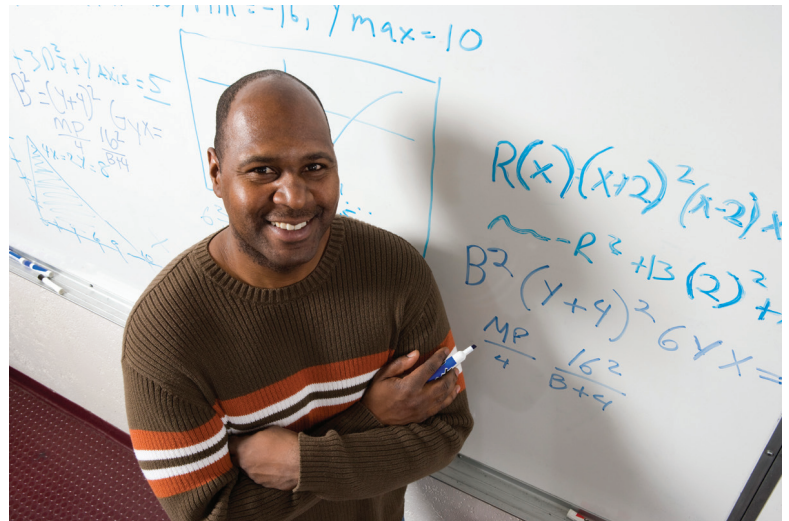
Se le está proporcionando esta información para explicarle sus derechos y responsabilidades. Este folleto le explicará sus derechos legales, de acuerdo al Estado de Florida, para recibir salarios perdidos, cuidado médico e información de permanencia en el trabajo. Si usted tiene preguntas adicionales, por favor no dude en llamar a su ajustador en las Escuelas Públicas del Condado de Broward.

¿Qué es la Compensación de los Empleados?

POR FAVOR NOTE: Las Escuelas Públicas del Condado de Broward no establecen niveles de beneficios. La Compensación de los Empleados es regulada por el Estado de Florida y la ley establece los niveles de beneficios. Usted está protegido bajo la compensación de los empleados si sufre una lesión o una enfermedad ocupacional "surgida fuera del ámbito" de su trabajo.

Derechos y Beneficios del Empleado

- La cobertura de seguro de compensación de los empleados es proporcionada por el patrón sin costo para el empleado lesionado.
- Pagará por todo cuidado médico razonable y necesario si un empleado se lesiona en el trabajo o desarrolla una enfermedad ocupacional "surgida fuera del ámbito" de su trabajo.
- Los empleados están cubiertos desde el primer día de trabajo en el empleo.
- Si un empleado se lesiona en el trabajo, él/ella puede ser requerido a tomar un examen de drogas y alcohol. Si el examen de él/ella resultara positivo para alcohol o drogas en el tiempo de la lesión, la reclamación del empleado lesionado puede ser denegada, y él/



ella podrán no recibir beneficios.

- Un empleado lesionado tiene el derecho a obtener copias de cualquier reporte médico que solicite. Puede haber un cargo de \$.50 por hoja por parte de la oficina médica para copias regulares; costos actuales por radiografías o puede ser mayor para documentos que no fueran de papel.

¿Qué es un Ajustador?

Un ajustador es responsable de reunir los hechos de la reclamación y la toma de decisiones de la reclamación, así como la autorización de los beneficios surgidos bajo las reclamaciones de compensaciones de los empleados, políticas de seguros, acuerdos de cobertura y acuerdos de servicios.

Información General

¿Qué es una Enfermera Administradora del Caso?

Una Enfermera Administradora del Caso es una Enfermera Registrada quien coordinará el cuidado médico de los empleados lesionados. La Enfermera Administradora del Caso programará y autorizará los horarios, contestará preguntas médicas y asistirá a un empleado lesionado a permanecer en el trabajo o en algunos casos, regresar al trabajo.

Beneficios de Salarios Perdidos

Los empleados lesionados pueden tener derecho a salarios perdidos, si un empleado lesionado es colocado en un estatus de "No Trabajo" o si le dan restricciones por su médico tratante autorizado que no pueda ser colocado por las Escuelas Públicas del Condado de Broward.

El Estado de Florida manda que los primeros siete días después de la lesión sean un periodo de espera. El empleado lesionado será reembolsado con salarios perdidos al 66 2/3% del salario promedio semanal (salario bruto); hasta el máximo beneficio ordenado por el Estado, después de haber perdido más de siete días. Si un empleado lesionado falta más de 21 días al trabajo él/ella, entonces, será reembolsado(a) por los primeros siete días del periodo de espera.

Usted puede ser elegible para salarios perdidos adicionales o beneficios de reemplazo de salarios a través de las Escuelas Públicas del Condado de Broward. Por favor contacte a su patrón para información adicional.

Si tiene un Segundo empleo, es su responsabilidad dar aviso a su ajustador ya

que esto puede impactar en su derecho a beneficios.

Permanencia en el Trabajo, Regreso al Trabajo

El programa de Permanencia en el Trabajo/ Regreso al Trabajo de las Escuelas Públicas del Condado de Broward está diseñado para asistir el regreso de nuestros empleados lesionados para que realmente trabajen (dentro de sus limitaciones funcionales, si hubiera) tan pronto como sea posible para reducir los tiempos de recuperación, reducir complicaciones, mantener las carreras en orden y prevenir discapacidad innecesaria.

Se espera que los empleados de las Escuelas Públicas del Condado de Broward regresen al trabajo inmediatamente después de sus citas médicas y que presenten documentación a su supervisor para determinar si el trabajo se puede realizar a una capacidad normal o en una manera modificada si las limitaciones funcionales son asignadas. Si un empleado lesionado se rehúsa a regresar al trabajo, él/ella pierden ciertos beneficios de compensación de empleados.

Las Escuelas Públicas del Condado de Broward harán todo esfuerzo para proporcionar al empleado lesionado trabajo modificado o transicional, tomando en cuenta cualquier limitación funcional asignada por el médico tratante autorizado. Si las Escuelas Públicas del Condado de Broward no son capaces de proporcionar trabajo dentro de sus restricciones, los beneficios apropiados serán pagados hasta que haya un cambio en sus restricciones/ estatus o el empleado sea colocado en máxima mejora médica. (ver página 6).

Información General

Máximo Mejoramiento Médico

Cuando el médico encuentre que el empleado lesionado ha vuelto a su condición anterior a la lesión o que es lo mejor que estará médicamente después de la lesión, el médico colocará al empleado lesionado en máxima mejora médica. Una vez que un empleado lesionado es colocado en máxima mejora médica, se le pagará cualquier beneficio de incapacidad como sea determinado por su nivel de discapacidad, el cual es determinado por el médico tratante.

Además, cuando un empleado lesionado sea colocado en máxima mejora médica, él/ella estará obligado(a) a pagar un copago de \$10 por visita de oficina por servicios médicos, excepto por servicio de emergencia. El requerimiento del co-pago es de acuerdo al Estatuto de Florida 440.13(14)(c).

Nota: Las citas de seguimiento deberán estar pre-autorizadas por su Enfermera Administradora del Caso.

Responsabilidades de la Compensación del Empleado

Las Escuelas Públicas del Condado de Broward son responsables de facilitar beneficios médicos y beneficios de salarios perdidos a los cuales un empleado lesionado pueda tener derecho. Les brindaremos a los empleados lesionados acceso a cuidado médico haciendo referencias de centros de tratamientos/médicos cercanos al sitio de trabajo de los empleados lesionados. Las Escuelas Públicas del Condado de Broward harán todo esfuerzo para asegurar que médicos certificados y otros proveedores de la salud certificados proporcionen todos los servicios médicos. Las Escuelas Públicas del Condado de Broward también le ayudarán con preguntas acerca de la compensación del empleado y como acceder a cuidado médico. Somos responsables de pagar a tiempo todos los beneficios de compensación de los empleados.

Responsabilidades de los Empleados Lesionados

1. Cuidado de Emergencia



- En el caso de un evento de una verdadera emergencia, llame al 911 o acuda a la sala de emergencias más cercana, después contacte a su supervisor/localidad tan pronto como sea posible.
- El supervisor/localidad llamará a la Unidad Triage de Compensación de los Empleados tan pronto como sea posible después de que el cuidado de emergencia/tratamiento se haya recibido.
- La unidad de compensación de los empleados coordinará cualquier cita de seguimiento de cuidado médico que sea requerido.

2. Rutina o Cuidado de Urgencia

- Un empleado lesionado debe informar la lesión inmediatamente a su supervisor/localidad. En el evento de que un supervisor no esté disponible, el empleado puede llamar directamente a la Unidad Triage de Compensación de los Empleados.
- El supervisor llamará a la Unidad de Triage de Compensación de los empleados con el empleado lesionado presente para reportar la lesión para obtener acceso a cuidado médico apropiado, de ser necesario.
- El médico proporcionará tratamiento y tomará determinaciones de cualquier necesidad médica futura.
- Todas las citas de seguimiento programadas deben ser mantenidas para evitar el poner en riesgo cualquier beneficio de compensación de los empleados que pueda deberse.
- Si por alguna razón no se puede mantener alguna cita médica, la Enfermera Administradora del Caso debe ser contactada inmediatamente para reprogramar y autorizar la siguiente cita..

Información General

Mientras Recibe Tratamiento

En una ocasión durante una reclamación, un empleado lesionado puede solicitar un “único cambio de médico” llamando a la Enfermera Administradora del Caso y presentando la solicitud por escrito (vea página 9).

Una vez recibida la solicitud por escrito, la Enfermera Administradora del Caso facilitará la transferencia de su cuidado a un médico nuevo y el actual ya no estará autorizado.

En cualquier momento durante el tratamiento, un médico puede referirle a un médico especialista para pruebas y servicios adicionales.

La Unidad de Compensación de los Empleados de las Escuelas Públicas del Condado de Broward autorizará todas las referencias médicas necesarias y hará los arreglos.

Seguridad

Los empleados deben vestir y usar el equipo de seguridad requerido por las Escuelas Públicas del Condado de Broward. El no usarlo puede resultar en la reducción de beneficios de compensación de los empleados en un 25%.

Temporada de Huracanes

Durante cualquier advertencia/vista de huracán, es responsabilidad de los empleados lesionados el asegurar el suministro adecuado de medicamentos autorizados.

La Enfermera Administradora del Caso está disponible para contestar cualquier pregunta.



REEMBOLSO DE MILLAJE

Número de Reclamación: _____
 Empleado: _____
 Patrón: _____
 Fecha del Accidente: _____

****POR FAVOR COMPLETE CADA SECCIÓN EN ESTA
 FORMA POR CADA DÍA DE REEMBOLSO DE
 MILLAJE QUE ESTÉ SIENDO RECLAMADO.**

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL MÉDICO O INSTALACIÓN MÉDICA:	FECHA(S)	DIRECCIÓN DEL RECLAMANTE COMENZANDO DESDE	DIRECCIÓN DEL DESTINO FINAL DESPUÉS DE LA CITA CON EL DOCTOR	MILLAS DE VIAJE IDA Y VUELTA
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

FAVOR DE NO ESCRIBIR EN ESTE ESPACIO

**EL MILLAJE ES REEMBOLSADO A \$.445 CENTAVOS POR MILLA PARA VIAJAR A/DESDE MÉDICOS PROVEEDORES
 AUTORIZADOS DESPUES DE 30/6/06.**

Cualquier persona que, sabiendo y con intención de lesione, defraude o engañe a cualquier empleado o patrón, compañía de seguros o programa de auto aseguramiento,
 presente una declaración de reclamación que contenga información falsa o que se pueda mal interpretar comete fraude de seguro, que se puede castigar según s. 817.234, FS.

Envíe correo a: Broward County Public Schools

P.O. Box 81241
 5801 Postal Rd
 Cleveland, Ohio 44181
 Email: BrowardMail@s1-medical.com

Firma del Reclamante: _____

Fecha: _____

Forma para Cambio Único de Médico

Complete, firme y devuelva esta forma SÓLO si está solicitando un cambio único de Médico tratante

PARA: Broward County Public Schools
P.O. Box 81241
5801 Postal Rd
Cleveland, Ohio 44181
Email: BrowardMail@s1-medical.com

RE: Patrón: _____
Reclamación #: _____
Fecha de la Lesión: _____
Médico Actual: _____

Por favor acepte esta carta como mi solicitud por un cambio único de médico por el accidente indicado arriba.

El Estatuto de Florida 440.13(2)(f) define los derechos y responsabilidades de los trabajadores lesionados como se indica a continuación:

"De acuerdo con la solicitud por escrito del empleado, la aseguradora debe darle al empleado la oportunidad de un cambio único de médico durante el curso del tratamiento por cualquier accidente. Una vez que se haya otorgado el cambio de médico, el médico autorizado original en la misma especialidad del que haya sido cambiado deberá convertirse en no-autorizado por una notificación por escrito por medio del patrón o aseguradora. La aseguradora debe autorizar un médico alternativo que no esté profesionalmente afiliado con el medico anterior dentro de los 5 días después de recibir la solicitud. Si la aseguradora no proporciona el cambio de médico como lo solicita el empleado, el empleado puede seleccionar el médico y dicho médico debe ser considerado autorizado si el tratamiento que está proporcionando es compensable y médicamente necesario."

Mediante la firma debajo, entiendo y reconozco que estoy solicitando un cambio único de Médico como lo permite la ley de Florida y que no podré solicitar otro cambio de médico.

Escriba su Nombre: _____

Firma: _____ Fecha: _____



Encuesta de Compensación del Empleado Lesionado

POR FAVOR LEA COMPLETAMENTE, FIRME Y DEVUELVA



Preguntas de la Encuesta	Muy Satisfecho	Satisfecho	Insatisfecho	Muy Insatisfecho
Experiencia de Servicio S1 Medical Triage:				
1. El Personal de S1-Medical. Triage ofreció soluciones de cuidado y pareció genuinamente preocupado acerca de mi incidente relacionado con el trabajo. (Ejemplos: Me sentí seguro, apoyado y escuchado)				
2. El Personal de S1-Medical Triage manejó mi reclamación competentemente. (Ejemplos: Sentí que estaba en manos capaces, mis llamadas fueron atendidas a tiempo y la información que recibí fue precisa)				
3. El Personal de S1-Medical. Triage se aseguró de que yo supiera cada ayuda acerca de mi reclamación. (Ejemplos: Se me ofreció un número de llamada local sin costo, se proporcionó información de cómo localizar a mi ajustador y mi enfermera)				
Cuidado Inicial de Mi Lesión:				
4. Sentí que la examinación médica que recibí se hizo cargo de mis necesidades médicas. (Ejemplos: La examinación fue adecuada, el medico discutió las opciones de tratamiento conmigo, me dio seguridad acerca de mi recuperación, fui tratado con respeto, etc.)				
5. Si no tuviera mi propio médico, escogería a este médico para proporcionarme cuidados no relacionados con el trabajo.				
6. Sentí que el medico hizo un buen intento de explicarme sus hallazgos, conclusiones y expectativas acerca de mi lesión. (Ejemplos: El médico me explicó mi rol en mantenerme activo durante mi recuperación y mi habilidad de permanecer en el trabajo o regresar al trabajo. Tengo un buen entendimiento de mi condición en relación con mi trabajo)				
7. Mi cuidado inicial fue proporcionado por: Sala de Emergencia ____ Cuidado Urgente / Facilidad de Entrada ____ Oficina Individual del Médico/Especialista ____				

CIRCLE UNA

8. Fui capaz de recibir cuidados y ver a un médico el	Mismo día/ siguiente día	2-7 días	8-14 días	15 o más días
Mi Trabajo:				
9. Mi lesión relacionada con el trabajo causó que perdiera tiempo de mi trabajo	0 días	1-7 días	8-14 días	15 o más días
10. Mi patrón fue de ayuda en mi regreso al trabajo	De mucha ayuda	Algo de ayuda	No mucha ayuda	Nada de ayuda

Por favor vea al reverso.

Comentarios Adicionales (Si es necesario, por favor use una hoja adicional):

CUT OR TEAR ALONG DASHED LINE

Encuesta Completada por: Escriba Nombre: _____ Fecha: _____

REPORTE DE INGRESOS DEL EMPLEADO **DEPARTAMENTO DE SERVICIOS FINANCIEROS DE FLORIDA** **DIVISIÓN DE COMPENSACIÓN DE LOS EMPLEADOS**

CUIDADO

LA FALLA O EL REHUSARSE A COMPLETAR, FIRMAR Y DEVOLVER ESTE REPORTE DENTRO DE LOS 21 DÍAS DESPUÉS DE LA FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD PUEDE OCASIONAR QUE LOS PAGOS O BENEFICIOS CESEN HASTA DICHO TIEMPO QUE LA FOMRA COMPLETADA SEA ENTREGADA A LA PARTE SOLICITANTE.

FECHA DE RECEPCIÓN EN ENTIDAD DE MANEJO	FECHA DE ENVÍO A LA DIVISIÓN	FECHA DE RECEPCIÓN EN LA DIVISIÓN

POR FAVOR IMPRIMA O ESCRIBA

I. IDENTIFICACIÓN DE LAS PARTES (Para ser completado por la parte solicitante)

NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL EMPLEADO	NOMBRE DEL EMPLEADO (Primer, Segundo, Apellido)	FECHA DEL ACCIDENTE: (Día-Mes-Año)
DOMICILIO DEL EMPLEADO	NOMBRE & DOMICILIO DEL PATRÓN DEL ACCIDENTE	NOMBRE & DOMICILIO DE LA ENTIDAD ENCARGADA DE LAS RECLAMACIONES

II. NOTA AL EMPLEADO

LA LEY DE COMPENSACIONES DE LOS EMPLEADOS REQUIERE QUE TODA PERSONA RECIBIENDO O RECLAMANDO BENEFICIOS POR INCAPACIDAD TEMPORAL Y/O INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE REPORTE TODOS LOS INGRESOS DE CUALQUIER NATURALEZA AL PATRÓN, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y/O DIVISIÓN DE COMPENSACIÓN DE LOS EMPLEADOS. POR FAVOR COMPLETE ESTE REPORTE Y DEVUÉLVALO A LA PARTE SOLICITANTE DENTRO DE LOS 21 DÍAS DESPUÉS DE LA FECHA DE SU RECEPCIÓN.

PERIODO DE TIEMPO A SER REPORTADO DESDE	HASTA	¿HA RECIBIDO INGRESOS DE CUALQUIR FUENTE DIFERENTE A LA CAMPENSACIÓN DE LOS EMPLEADOS? ☐ SI (DE SER SI, COMPLETE, FIRME, PONGA FECHA Y DEVUELVA) ☐ NO (DE SER NO, FIRME, PONGA FECHA Y DEVUELVA)
---	--------------	--

DE SER NECESARIO, ADJUNTE DOCUMENTACIÓN ADICIONAL DE INGRESOS

III. ¿HA RECIBIDO INGRESOS DE CUALQUIER PERSONA, DESPACHO O COMPAÑÍA DURANTE EL PERIODO EN SECCIÓN II? ☐ SI (DE SER SI, COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN) ☐ NO

PERSONA/DESPACHO/COMPAÑÍA	DOMICILIO	PERIODO TRABAJADO		INGRESO BRUTO TOTAL
		DESDE	HASTA	

IV. DURANTE EL PERIODO DE TIEMPO EN SECCIÓN II, ¿HA SIDO AUTO EMPLEADO? ☐ SI ☐ NO

BRIEFLY DESCRIBE NATURE OF BUSINESS OR SERVICE

FECHAS DE AUTO EMPLEO		SALARIOS, INGRESOS O BENEFICIOS RECIBIDOS	FECHAS DE AUTO EMPLEO		SALARIOS, INGRESOS O BENEFICIOS RECIBIDOS
DESDE	HASTA		DESDE	HASTA	

V. ¿DURANTE EL PERIODO DE TIEMPO EN SECCIÓN II, ¿HA RECIBIDO ALGÚN BENEFICIO DE SEGURO SOCIAL?

☐ SI (DE SER SI, EPECIFIQUE MONTO)

☐ NO

INGRESO TOTAL MENSUAL DE SEGURO SOCIAL	MONTO PAGADO POR SU DISCAPACIDAD	MONTO PAGADO PARA SUS DESCENDIENTES
--	----------------------------------	-------------------------------------

VI. DURANTE EL PERIODO DE TIEMPO EN SECCIÓN II, ¿HA RECIBIDO SALARIOS, INGRESOS O BENEFICIOS DE CUALQUIER OTRA FUENTE, ej. Beneficios de Compensación o Beneficios de Compensación de los Empleados de otra aseguradora, etc.? Adjunte documentación adicional de ser necesario.

☐ SI (SI ES SI, ESPECIFIQUE MONTO)

☐ NO

PERIODO DE BENEFICIOS RECIBIDOS			MONTO TOTAL
FUENTE DE SALARIOS, INGRESOS O BENEFICIOS	DESDE	HASTA	

Cualquier persona que, sabiendo y con intención lesione, defraude o engañe a cualquier patrón o empleado, compañía de seguros o programa de auto aseguramiento, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa o que se pueda mal interpretar comete fraude de seguro, que se puede castigar según s. 817.234. Sección 440.105(7), F.S.

HE REVISADO, ENTENDIDO Y RECONOCIDO LO ANTERIOR. ESTA INFORMACIÓN ES VERDADERA Y CORRECTA A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO.

FIRMA DEL EMPLEADO _____ FECHA _____

VII. DEVUELVA A (Para ser completado por la parte solicitante):

NOMBRE DE LA PARTE SOLICITANTE	FIRMA DE LA PARTE SOLICITANTE	DOMICILIO & TELÉFONO DE LA PARTE SOLICITANTE
TÍTULO	FECHA : (Día-Mes-Año)	Broward County Public Schools P.O. Box 81241 5801 Postal Rd Cleveland, Ohio 44181 Email: BrowardMail@s1-medical.com 800-374-4810



DWC-19 Propósito y Declaración de Uso

La recolección del número de seguro social en esta forma es imperativa para el desempeño de los deberes y responsabilidades de la División de Compensaciones de los Empleados como lo prescribe la ley. El número de seguro social será usado como único identificador en los sistemas de base de datos de la División de Compensación de los Empleados para individuos que han reclamado beneficios bajo el Capítulo 440, Estatutos de Florida. También será usado para identificar información y documentos en esos sistemas de bases de datos con respecto a individuos que han reclamado beneficios bajo el Capítulo 440, Estatutos de Florida, para fines de identificación interna de la agencia y para fines de responder a ambas solicitudes de registros públicos y citaciones que requieren la producción de documentos especificados. El número de seguro social también puede ser usado para otros fines requeridos específicamente o autorizados por la ley estatal o federal.

Información Importante: Salarios Pre-lesión

LEA ESTO SI USTED HA SIDO DADO DE ALTA PARA TRABAJAR Y NO GANA AL MENOS EL 80% DE SU SALARIO ANTES DE LA LESIÓN

Su doctor lo ha dado de alta para que regrese al trabajo, por causa del accidente relacionado con su trabajo, se le han puesto restricciones en el tipo de trabajo que puede hacer. Ya que no ha llegado al máximo mejoramiento medico (la fecha después de la cual su doctor dice que su lesión probablemente no mejore), usted puede continuar recibiendo los beneficios de compensación de los empleados aproximadamente cada dos semanas si usted no es capaz de ganar al menos el 80% del salario semanal que estaba ganando antes de su lesión.

Estos beneficios, llamados beneficios Temporales por Discapacidad Parcial, se pagarán hasta que:

1. Usted haya llegado a su máximo mejoramiento médico o cuando pueda regresar al trabajo sin restricciones;
2. Usted reciba el máximo de 104 semanas permitidas por ley ya sea por beneficios Temporales por Discapacidad Total, beneficios Temporales por Discapacidad Parcial o beneficios Totales por Entrenamiento y Educación Temporal, o 104 semanas por beneficios combinados; O
3. Si gana el 80% o más del salario semanal que estaba ganando en el momento de su accidente.

IMPORTANTE: Los beneficios Temporales por Discapacidad Parcial pueden cesar si:

1. Usted no notifica al ajustador de las Escuelas Públicas del Condado de Broward dentro de los cinco (5) días laborales después de regresar al trabajo;
2. Usted no está trabajando debido su propia conducta indebida en el trabajo;
3. Usted se rehúsa a un empleo adecuado (incluyendo trabajo modificado o transicional) que se le haya ofrecido; o
4. Usted no devuelve, de ser requerido, la Forma DFS-F2-DWC-19, forma "Reporte de Ingresos del Empleado" (página 13), como se adopta en la Regla 69L-3.025, F.A.C., a esta oficina de reclamaciones dentro de los 21 días después de haberla recibido y reportar la recepción de cualquier ingreso, incluyendo Compensación de Desempleo o beneficios del Seguro Social. Se le puede requerir que complete, firme y devuelva la forma de Reporte de Ingresos una vez al mes.

Si usted deja de ganar al menos el 80% de su salario semanal percibido antes de la lesión, debe notificarlo inmediatamente al ajustador de las Escuelas Públicas del Condado de Broward.

Para más información acerca de los beneficios de discapacidad parcial, por favor llame a la Oficina del Defensor de Asistencia del Empleado en la División de Compensación de los Empleados en cualquiera de sus oficinas locales que aparecen en su "folleto de Información Importante para la Compensación de los Empleados de Florida, o al 1 (800) 342-1741. Enclosed Forma Adjunta DFS-F2-DWC-19 (vea página 13)



*"Educando a los
estudiantes de hoy
para que triunfen en el
mundo del mañana"*