

OFICINA DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES

4058 MINNESOTA AVENUE, N.E. • WASHINGTON, DC 20019 • (202) 671-1000 • (202) 671-1929 (Fax)

ADVERTENCIA: Es un delito proporcionar información falsa o engañosa a un asegurador con el propósito de defraudar al asegurador o a cualquier otra persona. Las penas incluyen prisión y/o multas. Además, un asegurador puede negar beneficios de compensación si la información falsa materialmente relacionada con una reclamación fue proporcionada por el solicitante.

NOTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO

PARA EMPLEADOS

1. Por ley, usted debe informar rápidamente a su empleador y a la Oficina de Compensación de Trabajadores una lesión o enfermedad laboral, incluso si considera que es menor. Para ese fin, deberá usar el Formulario N° 7 DCWC, Notificación de lesión accidental o enfermedad laboral, que podrá obtener del empleador o de la Oficina de Compensación de Trabajadores. Una vez completado y firmado el formulario, envíelo por correo a la Oficina de Compensación de Trabajadores a la dirección antes mencionada y a su empleador.
2. Usted tiene derecho, si es necesario, a los servicios de un médico u hospital de su elección y a los salarios perdidos. Llame al (202) 671-1000 o visite <http://does.dc.gov> para obtener información.
3. Usted no debe demandar a su empleador como resultado de una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo debido a que la Ley de Compensación de Trabajadores es su único recurso.
4. Con el fin de preservar su derecho a los beneficios en el marco de la Ley de Compensación de Trabajadores del D.C., usted debe completar una reclamación por escrito en el Formulario N° 7A DCWC, Solicitud de reclamación del empleado, en el término de un (1) año después de su lesión, o en el término de un (1) año después del último pago de beneficios.
5. Si necesita información sobre sus derechos y obligaciones prescritas por ley, puede llamar primero a su empleador. Si necesita más información, puede llamar a la Oficina de Compensación de Trabajadores al (202) 671-1000 o visitar <http://does.dc.gov>
6. La ley le concede el derecho a representación legal si elige tenerla.

PARA EMPLEADORES

1. Es obligatorio tener cobertura de seguro de Compensación de trabajadores si tiene uno (1) o más empleados.
2. Debe exhibir este cartel en cada lugar de trabajo para que sea del mayor beneficio posible para sus empleados.
3. Deberá presentar un Formulario N° 8 DCWC, Primer informe del empleador sobre lesión o enfermedad laboral, ante la Oficina de Compensación de Trabajadores, enviar una copia a la oficina de reclamaciones de su aseguradora más cercana, por cualquier lesión o enfermedad laboral, lo antes posible, pero a más tardar diez (10) días hábiles después de la fecha en que tenga conocimiento del hecho.
4. Su empleado debe presentar el Formulario N° 7 DCWC, Notificación del empleado de lesión accidental o enfermedad laboral. Por favor provea a su empleado con el Formulario N° 7 DCWC e indíquelo que lo complete y se lo entregue a usted y a la Oficina de Compensación de Trabajadores. Una vez que haya recibido la notificación del empleado, deberá enviar al empleado una notificación de sus derechos y obligaciones por correo certificado, solicitando el acuse de recibo.
5. Deberá informar a la Oficina de Compensación de Trabajadores y a su aseguradora cualquier discapacidad de más de tres (3) días que no haya sido informada previamente, tan pronto como sea posible, pero a más tardar diez (10) días hábiles después de la fecha en que tenga conocimiento del hecho.
6. Deberá proporcionar o hacer que se proporcionen servicios médicos y hospitalarios razonables, otros cuidados curativos o rehabilitación vocacional y diversos tipos de compensación por discapacidad al empleado lesionado o discapacitado.
7. Deberá obtener de la aseguradora identificada a continuación un suministro de todos los Formularios de compensación de trabajadores requeridos, o puede descargar los formularios y la notificación mencionados anteriormente en nuestro sitio web <http://does.dc.gov>.

NOTIFICACIÓN: La violación de las diversas disposiciones de la ley de Compensación de Trabajadores prevé sanciones civiles.

El empleador abajo firmante notifica por la presente el cumplimiento de todas las disposiciones de la Ley de Compensación de Trabajadores y las Normas Administrativas.

NOMBRE DE LA EMPRESA ASEGURADORA

Zurich American Insurance Company

Dirección: 1299 Zurich Way, Schaumburg, IL 60196-5870

Teléfono: 800-987-3373

Policy Expiration Date: 1/1/2024

NOMBRE DEL EMPLEADOR

Innovative Employee Solutions, Inc.

Dirección: 2307 Fenton Pkwy, #107-615, San Diego, CA 92108

Teléfono: _____

Representante del Empleador: _____

84-0841199

Número de identificación del empleador (si el número es desconocido, el empleador debe solicitarlo al IRS)

**ESTE AVISO SE PUBLICARÁ NOTORIAMENTE EN
Y SOBRE LOS LUGARES DE NEGOCIO DEL EMPLEADOR**