

GEORGIA STATE BOARD OF WORKERS' COMPENSATION**PRIMER INFORME DEL EMPLEADOR SOBRE LESIONES O ENFERMEDADES PROFESIONALES**

NOTA: PARA EVITAR MULTAS, ENVÍE ESTE INFORME A LA ASEGURADORA DE INMEDIATO. DEBE ESCRIBIRSE EN LETRA DE IMPRENTA O EN COMPUTADORA, EN TINTA NEGRA.

N.º de reclamación de la State Board	Apellido del empleado	Nombre del empleado			Inicial del segundo nombre	Fecha de la lesión	
A. INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN							
EMPLEADO	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Fecha de nacimiento	Número de teléfono	Correo electrónico			
Dirección postal			Ciudad		Estado	Código postal	
EMPLEADOR	Nombre			Código del NAICS	Tipo de actividad del negocio (comercio, transporte, fabricación, etc.)		
Dirección postal			Número de teléfono			FEIN	
Ciudad		Estado	Código postal	Correo electrónico			
ASEGURADORA/ ENTIDAD AUTOASEGUROADA	Nombre			FEIN		N.º de expediente	
OFICINA DE RECLAMACIONES	Nombre		FEIN	Teléfono	Correo electrónico		
Id. de la SBWC (número de cinco dígitos)		Dirección postal		Ciudad		Estado	Código postal
EMPLEO/SALARIO	Fecha de contratación por parte del empleador	Código de clasificación del puesto		Cantidad de días de trabajo por semana		Salario en el momento en que se produjo la lesión o enfermedad: <input type="checkbox"/> por hora <input type="checkbox"/> por día <input type="checkbox"/> por semana <input type="checkbox"/> por mes	
Código de tipo de aseguradora <input type="checkbox"/> A: aseguradora <input type="checkbox"/> EA: entidad autoasegurada <input type="checkbox"/> Fondo grupal			Lista de días libres programados con normalidad				
LESIONES/ ENFERMEDADES Y ASUNTOS MÉDICOS	Hora de la lesión <input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	Condado de la lesión		Fecha en que el empleador tomó conocimiento de la lesión	Ingrese la primera fecha en que el empleado no trabajó una jornada completa		
¿El empleado recibió el salario completo en la fecha de la lesión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿La lesión o enfermedad se produjo en las instalaciones del empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo de lesión o enfermedad			Parte del cuerpo comprometida		
¿Cómo se produjo la lesión o enfermedad/afección anómala?							
Médico responsable (nombre y dirección)		Tratamiento inicial administrado: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Leve: a cargo del empleador <input type="checkbox"/> Leve: a cargo de una clínica/hospital <input type="checkbox"/> Sala de emergencias <input type="checkbox"/> Hospitalización durante más de 24 h	Hospital/centro responsable (nombre y dirección)		Si regresó al trabajo, indique la fecha: Salario en el momento en que regresó al trabajo Si la lesión fue mortal, indique la fecha completa del fallecimiento		
Informe preparado por (escriba en letra imprenta o en computadora)			Número de teléfono		Fecha del informe		
B. BENEFICIOS POR INGRESOS Se debe presentar el formulario WC-6 si el beneficio semanal es inferior al máximo.							
¿Antes recibía solo beneficios médicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Salario semanal promedio: \$ _____				Beneficio semanal: \$ _____		
Fecha del primer pago: _____ Compensación pagada: \$ _____ Fecha de pago del salario: _____ Multa pagada: \$ _____							
LOS BENEFICIOS SE PAGARÁN A PARTIR DEL _____ EN CONCEPTO DE:							
<input type="checkbox"/> Discapacidad total temporal <input type="checkbox"/> Discapacidad parcial temporal <input type="checkbox"/> Discapacidad parcial permanente del _____ % al _____ durante _____ semanas.							
HASTA _____, MOMENTO EN QUE EL EMPLEADO REGRESÓ EFECTIVAMENTE AL TRABAJO SIN RESTRICCIONES. PARA TODAS LAS DEMÁS SUSPENSIONES, SE EXIGE LA PRESENTACIÓN DEL FORMULARIO WC-2 ANTE LA STATE BOARD OF WORKERS' COMPENSATION Y EL EMPLEADO.							
C. AVISO PARA IMPUGNAR EL PAGO DE LA COMPENSACIÓN							
Los beneficios no se pagarán porque:							
D. LESIÓN SOLO CON BENEFICIOS MÉDICOS (no se adeudan beneficios por indemnización y estos NO han sido objeto de impugnación).							
Aseguradora/entidad autoasegurada: escriba en letra imprenta o en computadora el nombre de la persona que presenta el formulario					Firma _____		
Número de teléfono _____					Correo electrónico _____		

SI TIENE PREGUNTAS, COMUNÍQUESE CON LA STATE BOARD OF WORKERS' COMPENSATION AL 404-656-3818 O AL 1-800-533-0682, O VISITE <http://www.sbcc.georgia.gov>.
REALIZAR DECLARACIONES FALSAS DE FORMA INTENCIONADA PARA OBTENER O DENEGAR BENEFICIOS ES UN DELITO SUJETO A MULTAS DE HASTA \$10,000.00 POR INFRACIÓN (ARTÍCULOS 34-9-18 Y 34-9-19 DEL CÓDIGO OFICIAL ANOTADO DE GEORGIA [OCGA]).

GEORGIA STATE BOARD OF WORKERS' COMPENSATION**A. AVISO PARA EL EMPLEADOR**

1. Brinde atención médica inmediata. Deje que el empleado elija un médico de su lista publicada y explíquele el funcionamiento de dicha lista.
2. Complete la Sección A de este formulario de inmediato después de tener conocimiento de una lesión y envíe el formulario WC-1 a su compañía de seguros o a la oficina de reclamaciones de su entidad autoasegurada. **SI NO LO HACE, PUEDEN APLICARSE MULTAS.**
No envíe este formulario a la State Board of Workers' Compensation. Si necesita más ayuda, llame a su compañía de seguros o a la oficina de reclamaciones de su entidad autoasegurada.
3. Informe las lesiones graves de inmediato por teléfono al Departamento de Reclamaciones de su aseguradora y, a continuación, presente este formulario a su compañía de seguros o a la oficina de reclamaciones de su entidad autoasegurada.

B. AVISO PARA LA ASEGURODORA/ENTIDAD AUTOASEGURADA

Tras recibir este formulario, verifique que esté completo y sea preciso. Cerciórese de indicar la compañía de seguros correcta y su número de id. de la SBWC.

Complete la Sección B, C o D y preséntela ante la State Board. Luego, envíe una copia de ambos lados del formulario al empleador y a todos los abogados registrados en un plazo de 21 días a partir de la fecha en que el empleador tuvo conocimiento de la discapacidad, lesión o muerte.

La Sección B se completa cuando se pagan o no se adeudan los beneficios por indemnización, incluido el salario sustitutivo.

La Sección C se completa cuando la reclamación se impugna de forma total o parcial.

La Sección D se completa cuando no se adeudan beneficios por indemnización o estos NO han sido objeto de impugnación.

Se debe completar el formulario WC-6 si los beneficios semanales son inferiores al máximo.

C. AVISO PARA EL EMPLEADO

Este formulario se brinda únicamente con fines informativos.

Si se completa la Sección B, recibirá los beneficios por ingresos todas las semanas. El empleador pagará los gastos de los médicos autorizados. Si no recibe el pago de los beneficios o no se pagan las facturas médicas, llame a su empleador o a la compañía de seguros o a la oficina de reclamaciones de la entidad autoasegurada de su empleador.

Si se completa la Sección C, significa que el empleador o la aseguradora han rechazado su reclamación por lesión. Si no está de acuerdo con este rechazo, debe presentar el formulario WC-14 Aviso de reclamación en el plazo de un año desde el accidente ante la **State Board of Workers' Compensation, cuya dirección es 270 Peachtree Street N.W., Atlanta, Georgia 30303-1299**.

Si se completa la Sección D, recibirá únicamente los beneficios médicos. En este momento, no se adeudan beneficios por indemnización. Si no recibe el pago de las facturas médicas, llame a su empleador o a la compañía de seguros o a la oficina de reclamaciones de la entidad autoasegurada de su empleador.

Para obtener información o ayuda, comuníquese con la siguiente institución:

STATE BOARD OF WORKERS' COMPENSATION

Teléfono gratuito: 1-800-533-0682
Atlanta: (404) 656-3818

<https://sbwc.georgia.gov>