

(Este aviso debe ser puesto en un lugar accesible al empleado todo el tiempo.)

# AVISO OFICIAL

Esta compañía opera bajo las Leyes de Compensación de Trabajadores de Georgia

**LOS TRABAJADORES DEBEN REPORTAR TODOS LOS ACCIDENTES INMEDIATAMENTE AL EMPLEADOR Y AVISARLE AL EMPLEADOR PERSONALMENTE, UN AGENTE, REPRESENTANTE, FEJE O CAPATAZ.**

Si un trabajador se lesiona en el trabajo, el empleador debe pagar los gastos médicos y de rehabilitación dentro de los límites de la ley. En algunos casos el empleador también pagará una parte de los ingresos perdidos. Lesiones de trabajo y de enfermedades ocupacionales deben ser reportado por escrito cuando sea posible. El trabajador puede perder los derechos de recibir compensación si un accidente no es reportado dentro de 30 días (referencia O.C.G.A. §34-9-80). El empleador ofrecerá una planilla sin costo alguno cuando sea pedida para reportar accidentes y también sin costo alguno, puede suministrar información acerca de compensación de trabajadores. El empleador también suministrará, si es pedido, al empleado, copias de planillas de la junta archivadas con el empleador pertenecientes a reclamos de los empleados.

**Junta Estatal de Compensación de Trabajadores**

270 Peachtree Street, N.W.  
Atlanta, Georgia 30303-0682  
404-656-3818  
o 1-800-533-0682

<http://www.sbwc.georgia.gov>

Su empleador esta matriculado con la organización administrativa de cuidados de compensación de trabajadores (WC/MCO) inscrito abajo, para proveer todos los tratamientos médicos necesarios en lesiones de compensación de Trabajadores. El día efectivo aparece debajo. Si usted a tenido una lesión antes de la fecha efectiva inscrito abajo, usted puede continuar recibiendo tratamiento por su actual medico no-participante hasta que usted elija utilizar los servicios de WC/MCO.

Cada empleado se le proveerá una publicación la cual explica en detalles como adquirir los servicios de la (WC/MCO) y se le proveerá con una lista completa de los médicos proveedores disponibles. Y además, cada empleado recibirá una tarjeta tamaño billetera que contiene información de los servicios de la WC/MCO incluyendo un numero disponible las 24 horas con mensaje grabados con información de como utilizar los servicios.

NOMBRE DE WC/MCO \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_

AREA DE SERVICIO GEOGRAFICO \_\_\_\_\_

NOMBRE DE PERSONA DE CONTACTO \_\_\_\_\_

NUMERO DE TELEFONO DE PERSONA DE CONTACTO \_\_\_\_\_

DIRECCION DE PERSONA DE CONTACTO \_\_\_\_\_

NUMERO DE TELEFONO DE 24 HORAS \_\_\_\_\_

FECHA EFECTIVA DE WC/MCO \_\_\_\_\_

La compañía de seguro que provee cobertura para esta Empresa bajo la Ley de Compensación de Trabajadores es:

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Teléfono

SI USTED TIENE PREGUNTAS LLAME AL (404) 656-3818 o 1-800-533-0682 o VISITA SITIO WEB: <http://www.sbwc.georgia.gov>

HACER FALSOS TESTIMONIOS VOLUNTARIAMENTE CON EL PROPÓSITO DE OBTENER O NEGAR BENEFICIOS ES UN CRIMEN SUJETO A PENALIDADES DE HASTA 10,000.00 POR VIOLACIÓN (O.C.G.A. §34-9-18 Y §34-9-19.)

WC-P3 (7/2006)