

ATTENTION

Brief Description of Your Rights and Benefits If You Are Injured on the Job or have an Occupational Disease

Notice of Injury or Occupational Disease (Incident Report Form C-1): If an injury or occupational disease (OD) arises out of and in the course of employment, you must provide written notice to your employer as soon as practicable, but no later than 7 days after the accident or OD. Your employer shall maintain a sufficient supply of the forms.

Claim for Compensation (Form C-4): If medical treatment is sought, the form C-4 is available at the place of initial treatment. A completed "Claim for Compensation" (Form C-4) must be filed within 90 days after an accident or OD. The treating physician or chiropractor must, within 3 working days after treatment, complete and mail to the employer, the employer's insurer and third-party administrator, the Claim for Compensation.

Medical Treatment: If you require medical treatment for your on-the-job injury or OD, you may be required to select a physician or chiropractor from a list provided by your workers' compensation insurer, if it has contracted with an Organization for Managed Care (MCO) or Preferred Provider Organization (PPO) or providers of health care. If your employer has not entered into a contract with an MCO or PPO, you may select a physician or chiropractor from the Panel of Physicians and Chiropractors. Any medical costs related to your industrial injury or OD will be paid by your insurer.

Temporary Total Disability (TTD): If your doctor has certified that you are unable to work for a period of at least 5 consecutive days, or 5 cumulative days in a 20-day period, or places restrictions on you that your employer does not accommodate, you may be entitled to TTD compensation.

Temporary Partial Disability (TPD): If the wage you receive upon reemployment is less than the compensation for TTD to which you are entitled, the insurer may be required to pay you TPD compensation to make up the difference. TPD can only be paid for a maximum of 24 months.

Permanent Partial Disability (PPD): When your medical condition is stable and there is an indication of a PPD as a result of your injury or OD, within 30 days, your insurer must arrange for an evaluation by a rating physician or chiropractor to determine the degree of your PPD. The amount of your PPD award depends on the date of injury, the results of the PPD evaluation and your age and wage.

Permanent Total Disability (PTD): If you are medically certified by a treating physician or chiropractor as permanently and totally disabled and have been granted a PTD status by your insurer, you are entitled to receive monthly benefits not to exceed 66 2/3% of your average monthly wage. The amount of your PTD payments is subject to reduction if you previously received a PPD award.

Vocational Rehabilitation Services: You may be eligible for vocational rehabilitation services if you are unable to return to the job due to a permanent physical impairment or permanent restrictions as a result of your injury or occupational disease.

Transportation and Per Diem Reimbursement: You may be eligible for travel expenses and per diem associated with medical treatment.

Reopening: You may be able to reopen your claim if your condition worsens after claim closure.

Appeal Process: If you disagree with a written determination issued by the insurer or the insurer does not respond to your request, you may appeal to the Department of Administration, Hearing Officer, by following the instructions contained in your determination letter. You must appeal the determination within 70 days from the date of the determination letter at 1050 E. William Street, Suite 400, Carson City, Nevada 89701, or 2200 S. Rancho Drive, Suite 210, Las Vegas, Nevada 89102. If you disagree with the Hearing Officer decision, you may appeal to the Department of Administration, Appeals Officer. You must file your appeal within 30 days from the date of the Hearing Officer decision letter at 1050 E. William Street, Suite 450, Carson City, Nevada 89701, or 2200 S. Rancho Drive, Suite 220, Las Vegas, Nevada 89102. If you disagree with a decision of an Appeals Officer, you may file a petition for judicial review with the District Court. You must do so within 30 days of the Appeal Officer's decision. You may be represented by an attorney at your own expense or you may contact the NAIW for possible representation.

Nevada Attorney for Injured Workers (NAIW): If you disagree with a hearing officer decision, you may request that NAIW represent you without charge at an Appeals Officer Hearing. NAIW is an independent state agency and is not affiliated with any insurer. For information regarding denial of benefits, you may contact the NAIW at: 1000 E. William Street, Suite 208, Carson City, NV 89701, (775) 684-7555, or 2200 S. Rancho Drive, Suite 230, Las Vegas, NV 89102, (702) 486-2830.

To File a Complaint with the Division: If you wish to file a complaint with the Administrator of the Division of Industrial Relations (DIR), please contact Workers' Compensation Section, 400 West King Street, Suite 400, Carson City, Nevada 89703, telephone (775) 684-7270, or 1301 North Green Valley Parkway, Suite 200, Henderson, Nevada 89074, telephone (702) 486-9080.

For assistance with Workers' Compensation Issues: You may contact the Office of the Governor Consumer Health Assistance, 555 E. Washington Avenue, Suite 4800, Las Vegas, Nevada 89101, Toll Free 1-888-333-1597, Web site <http://govcha.state.nv.us>, E-mail cha@govcha.state.nv.us

The information in this publication is derived from Chapters 616A and 617 of the Nevada Revised Statutes and is provided for informational purposes only. If you have any questions, regarding your injury or workers' compensation claim, please call the following:

Insurer/Administrator: THE HANOVER INSURANCE COMPANY Contact Person: _____

Address: Worcester, MA 01653 Telephone Number: 1(800) 628-0250
City State Zip

MCO/Health Care Provider: _____ Contact Person: _____

Address: _____ Telephone Number: _____
City State Zip

Estado de Nevada
MINISTERIO DE ASUNTOS COMERCIALES E INDUSTRIALES
(DEPARTMENT OF BUSINESS & INDUSTRY)
DIVISIÓN DE RELACIONES INDUSTRIALES
(DIVISION OF INDUSTRIAL RELATIONS)
Sección de Indemnización por Accidentes Laborales (Worker's Compensation Section)

ATENCIÓN

Breve Descripción de Sus Derechos y Beneficios si se Lesionara en el Trabajo o sufriera una Enfermedad de Carácter Laboral

NOTICE
This is a translation of a document originally drawn up in English. Accordingly, it is understood that all legal rights, responsibilities and/or obligations are governed by the original English version of this document. Furthermore, we reserve the right to correct any errors in this document.

ADVERTENCIA
Ésta es la traducción de un documento originalmente redactado en inglés. Consiguientemente, hágase saber que todos los derechos legales, responsabilidades y/u obligaciones expresadas en el mismo se regirán por la versión original del documento expedida en inglés. Además, nosotros nos reservamos el derecho de corregir cualquier error en este documento.

Notificación de Lesión o Enfermedad de Carácter Laboral (Reporte de Incidente, Formulario C-1): Si usted sufriera una lesión o enfermedad de carácter laboral (*occupational disease*, OD por sus siglas en inglés) ocasionada por su trabajo y mientras se encontrara desempeñándolo, usted tendrá que proporcionar notificación escrita al respecto a su empleador lo antes posible, pero a más tardar 7 días después de la fecha del accidente o de la enfermedad de carácter laboral (OD). Su empleador mantendrá una cantidad suficiente de formularios (*Notice of Injury or Occupational Disease*).

Reclamación para Compensación (Formulario C-4): Si usted requiriera tratamiento médico, se le solicitará llenar el formulario C-4 (form C-4), el cual estará disponible en la instalación que dispense el tratamiento inicial. Dicho formulario, debidamente llenado, tendrá que ser remitido dentro de 90 días después del accidente o de la enfermedad de carácter laboral. El médico o quiropráctico interviniente, tendrá que llenar dicho formulario y remitirlo dentro de 3 días laborables contados a partir de la fecha del tratamiento a: el empleador, la compañía de seguros del empleador y al administrador intermediario.

Tratamiento Médico: Si usted requiriera tratamiento médico por concepto de su lesión o enfermedad de carácter laboral, se le podría requerir que elija uno de los médicos o quiroprácticos que aparece en la lista de profesionales proporcionada por la compañía de seguros contra accidentes laborales, si dicha compañía hubiese celebrado un contrato con una Organización de Atención Médica Coordinada (*Managed Care Organization* o MCO, por sus siglas en inglés) o una Organización de Proveedores Preferentes (*Preferred Provider Organization* o PPO, por sus siglas en inglés) o un grupo de proveedores de atención médica. Si el empleador no hubiese celebrado un contrato con una MCO o PPO, usted podrá elegir uno de los médicos o quiroprácticos integrados al Panel de Médicos y Quiroprácticos. Cualquier costo médico relacionado con su lesión industrial u OD será pagado por su compañía de seguros.

Incapacidad Total Temporal (TTD): Si su médico certificara que usted no puede trabajar por un período de por lo menos 5 días consecutivos ó 5 días cumulativos durante un período de 20 días o si le impusiera restricciones con las cuales su empleador no pudiera cumplir, usted podría calificar para una compensación por concepto de una TTD.

Incapacidad Parcial Temporal (TPD): Si al regresar a trabajar su sueldo fuera menor que la compensación por concepto de una Incapacidad Total Temporal (TTD) para la cual hubiera calificado, se podría requerir que la compañía de seguros le pague una compensación por concepto de dicha TPD, con la finalidad de compensar la diferencia entre su sueldo y la compensación por concepto de la TTD. La compensación por concepto de una TPD podrá ser pagada únicamente por un período máximo de 24 meses.

Incapacidad Parcial Permanente (PPD): Si usted mostrara los síntomas de una PPD después de que la condición médica ocasionada por su lesión o enfermedad de carácter laboral se haya estabilizado, su compañía de seguros, dentro de 30 días, tendrá que hacer los arreglos para una evaluación por un médico o quiropráctico evaluador para determinar la gravedad de su PPD. La cantidad de la indemnización por concepto de su PPD, dependerá de la fecha de la lesión, los resultados de la evaluación de dicha incapacidad, así como su edad y su sueldo.

Incapacidad Total Permanente (PTD): Si un médico o quiropráctico interviniente certificara que médicamente usted se encuentra permanente y totalmente incapacitado y su compañía aseguradora lo considerara en estado de Incapacidad Total Permanente (PTD), usted calificará para recibir indemnizaciones mensuales, hasta un máximo del 66 2/3% de su sueldo mensual promedio. La cantidad del beneficio por concepto de la PTD está sujeta a una reducción si usted hubiera sido indemnizado por concepto de una Incapacidad Parcial Permanente (PPD) en el pasado.

La información contenida en esta publicación se deriva de los Capítulos 616A y 617 de los Estatutos Actualizados del Estado de Nevada y es proporcionada únicamente para mantenerlo informado. Si tuviera alguna pregunta referente a su lesión o su reclamación por concepto del seguro contra accidentes laborales, por favor comuníquese con:

Compañía de Seguros/Administrador: THE HANOVER INSURANCE COMPANY
Domicilio: Worcester, MA 01653
Ciudad Estado Código postal

MCO/Proveedor de Atención Médica: _____
Domicilio: _____
Ciudad Estado Código postal

Servicios de Rehabilitación Vocacional: Si usted no pudiese regresar a trabajar debido a un impedimento físico permanente o alguna restricción permanente atribuible a una lesión o enfermedad de carácter laboral, usted podría calificar para los servicios de rehabilitación vocacional.

Reembolso por Concepto de Transportación y Sustento Diario: Usted podrá calificar para gastos de viajes y sustento diario relacionado con tratamiento médico.

Reanudación: Usted podría calificar para la reanudación de su reclamación si su condición empeorara después de que la reclamación haya sido cerrada.

Procedimiento de Apelación: Si usted no estuviese de acuerdo con la determinación emitida por escrito por la compañía de seguros o si la compañía de seguros no respondiera a su petición, usted podrá apelar dichos actos ante un Funcionario Judicial del Ministerio de Administración (*Department of Administration, Hearing Officer*), siguiendo las instrucciones detalladas en su notificación de la determinación. Su apelación de la determinación tendrá que ser interpuesta dentro de 70 días, contados a partir de la fecha de la notificación de la determinación a: 1050 E. William Street, Suite 400, Carson City, Nevada 89701, ó 2200 S. Rancho Drive, Suite 210, Las Vegas, Nevada 89102. Si no estuviese de acuerdo con la decisión del Funcionario Judicial, usted podrá apelar dicha decisión ante un Funcionario de Apelación del Ministerio de Administración (*Department of Administration, Appeals Officer*). Su apelación de la decisión tendrá que ser interpuesta dentro de 30 días, contados a partir de la fecha de la notificación de la decisión del Funcionario Judicial a: 1050 E. William Street, Suite 450, Carson City, Nevada 89701, ó 2200 S. Rancho Drive, Suite 220, Las Vegas, Nevada 89102. Si no estuviese de acuerdo con la decisión del Funcionario de Apelación, usted podrá presentar una petición para revisión judicial ante la Corte del Distrito. Su apelación tendrá que ser formulada dentro de 30 días, contados a partir de la fecha de la decisión emitida por el Funcionario de Apelación. Usted podrá ser representado por un abogado, contratado y remunerado por usted. Para determinar si usted califica para ser representado por uno de los abogados de la NAIW, comuníquese con dicha Agencia.

Agencia de Abogados de Nevada para Trabajadores Lesionados (NAIW, por sus siglas en inglés): Si usted no estuviera de acuerdo con la decisión de un funcionario judicial, usted podrá solicitar que un abogado de la NAIW lo represente en una audiencia ante un Funcionario de Apelación, sin cargo alguno para usted. La NAIW es una agencia estatal independiente y no está afiliada a ninguna compañía de seguros. Para información referente a la denegación de beneficios comuníquese con la NAIW a: 1000 E. William Street, Suite 208, Carson City, NV 89701, (775) 684-7555, ó 2200 S. Rancho Drive, Suite 230, Las Vegas, NV 89102, (702) 486-2830.

Para Presentar una Queja ante la División: Si desea presentar una queja ante el Administrador de la División de Relaciones Industriales (DIR, por sus siglas en inglés), comuníquese con la Sección de Indemnización por Accidentes Laborales: Workers' Compensation Section, 400 West King Street, Suite 400, Carson City, Nevada 89703, teléfono (775) 684-7270, ó 1301 North Green Valley Parkway, Suite 200, Henderson, Nevada 89074, teléfono (702) 486-9080.

Para Asistencia por asuntos relacionados con Compensación para Trabajadores (Workers' Compensation): Usted podrá comunicarse con la *Office of the Governor Consumer Health Assistance*, 555 E. Washington Avenue, Suite 4800, Las Vegas, Nevada 89101, Línea Telefónica Gratuita 1-888-333-1597, sitio Web: <http://govcha.state.nv.us>, E-mail: cha@govcha.state.nv.us

Persona Contacto: _____
Número de Teléfono: 1(800) 628-0250

Persona Contacto: _____
Número de Teléfono: _____