

STATE OF NEW YORK - WORKERS' COMPENSATION BOARD

ESTADO DE NUEVA YORK - JUNTA DE COMPENSACION OBRERA

NOTICE OF COMPLIANCE

AVISO DE CUMPLIMIENTO

TO EMPLOYEES

A EMPLEADOS

IMPORTANT INFORMATION FOR EMPLOYEES WHO ARE INJURED OR SUFFER AN OCCUPATIONAL DISEASE WHILE WORKING.

INFORMACION IMPORTANTE PARA EMPLEADOS QUE SEAN LESIONADOS O SUFRAN UNA ENFERMEDAD OCUPACIONAL MIENTRAS TRABAJAN.

- 1. By posting this notice and information concerning your rights as an injured worker, your employer is in compliance with the Workers' Compensation Law.
2. If you do not notify your employer within 30 days of the date of your injury your claim may be disallowed, so do so immediately.
3. You are entitled to obtain any necessary medical treatment and should do so immediately.
4. You may choose any doctor, podiatrist, chiropractor or psychologist referred by a medical doctor that accepts NY State Workers' Compensation patients and is Board authorized.
5. You should tell your doctor to file copies of medical reports concerning your claim with the Workers' Compensation Board and with your employer's insurance company.
6. You may be entitled to lost time benefits if your work-related injury keeps you from work for more than seven days.
7. You should not pay any medical providers directly.
8. You are entitled to be represented by an attorney or licensed representative, but it is not required.
9. If you have difficulty in obtaining a claim form or need help in filling it out...

- 1. Su patrono está cumpliendo la Ley de Compensación Obrera cuando despliega este comunicado concerniente a sus derechos como trabajador lesionado.
2. Si usted no notifica a su patrono dentro del término de 30 días de haber sufrido su lesión su reclamación podría ser desestimada.
3. Usted tiene derecho a recibir cualquier tratamiento médico necesario relacionado con su lesión y debe gestionarlo inmediatamente.
4. Para el tratamiento de cualquier lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, usted puede escoger cualquier médico, podiatra, quiropractico ó psicologo (si es referido por un médico autorizado) que esté autorizado y acepte pacientes de la Junta de Compensación Obrera.
5. Usted deberá requerir de su Médico que radique copias de los informes médicos de su caso en la Junta de Compensación Obrera y en la compañía de seguros de su patrono.
6. Usted tiene derecho a compensación si su lesión relacionada con el trabajo le impide trabajar por más de siete días.
7. No pague a ningun proveedor médico directamente por tratamiento de su lesión o enfermedad relacionada con el trabajo.
8. No es obligatorio el estar representado en ninguno de los procedimientos de la Junta, pero es un derecho que usted tiene.
9. Si tiene dificultad en conseguir un formulario de reclamación o necesita ayuda para llenarlo ó tiene dudas sobre cualquier situación relacionada con una lesión o enfermedad comuníquese con la oficina mas cercana de la Junta.

NYS Workers' Compensation Board
Centralized Mailing
PO Box 5205
Binghamton, NY 13902-5205

Customer Service Line: 877-632-4996

KENNETH J. MUNNELLY, CHAIR/PRESIDENTE

Worker's Compensation benefits, when due, will be paid by (Los beneficios de Compensación Obrera, cuando debidos, seran pagados por):

Name, address and telephone number of licensed insurance carrier, authorized group self-insurer or main office of authorized self-insurer

Pacific Indemnity Company
436 Walnut Street, PO Box 1000, Philadelphia, PA 19106-3703
(215) 640-1000

For Insurance Carriers ONLY: Policy No (24) 7173-75-19

Policy in Force from 08/15/2023 To 08/15/2024

Name of employer (Nombre del patrono)
CALIFORNIA COLLEGE OF THE ARTS

THIS NOTICE MUST BE POSTED CONSPICUOUSLY IN AND ABOUT THE EMPLOYER'S PLACE OR PLACES OF BUSINESS.

Failure by an employer to post this notice in and about the employers' place or places of business may result in a \$250 penalty for each violation