



## COMMONWEALTH OF KENTUCKY NOTIFICACION DE INDEMNIZACION LABORAL

Los empleados de este negocio están cubiertos por el acta de Indemnización Laboral de (KRS Capítulo 342). La publicación de este aviso es obligatoria por ley.

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre del portador de la Compensación Laboral (o administrador de la parte tercera): \_\_\_\_\_

Póliza #: \_\_\_\_\_, fecha efectiva de \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_, Nombre del Contacto \_\_\_\_\_

**EMPLEADOS: SI ESTA HERIDO/A – NOTIFIQUE – a su supervisor IMMEDIATAMENTE;** cuando sea posible el AVISO debe ser por escrito. **EL NO NOTIFICAR** a su supervisor podría resultar en la negación de servicios. **OBTENGA CUIDADO MEDICO.** Su empleador debe pagar por **TODO EL CUIDADO MEDICO NECESARIO** por tratarse de una lesión laboral. El empleado quizá pueda seleccionar un médico o un centro médico. Si el empleador está registrado en un plan de cuidado médico de red aprobado, entonces la selección del cuidado médico por el empleado es **LIMITADA** solamente al plan aprobado de las redes de cuidado médico del empleador, con la excepción de ciertas emergencias. **PARA LESIONES QUE REQUIERAN CUIDADO MEDICO CONTINUO,** el EMPLEADO DEBE DE NOMBRAR A SU PROPIO MEDICO, para hacerlo se le entregara un formulario por parte de su empleador o por el portador de la aseguradora.

Este empleador **ESTA**  **NO ESTA**  participando en un Plan de red Administrado para el cuidado médico. El nombre del plan médico administrado es \_\_\_\_\_, y el nombre de su representante \_\_\_\_\_, número de teléfono: \_\_\_\_\_.

Los **BENEFICIOS POR DISCAPACIDAD** son pagados después de siete (7) días de incapacidad bajo la ley de la compensación a los trabajadores para reemplazar los salarios perdidos debido a una lesión en el lugar de trabajo. **SE DEBE DE PRESENTAR UN RECLAMO** ante el Departamento de Reclamo del Trabajador **DENTRO DE LOS DOS AÑOS POSTERIORES** a la fecha de la lesión o el último pago de los beneficios por incapacidad total temporal.

**¿NECESITA ASISTENCIA?** Comuníquese con el representante de reclamos de su empleador. Si sus preguntas acerca de sus derechos de la compensación al trabajador no son contestadas a tiempo llame al **DEPARTAMENTO DE COMPENSACION AL TRABAJADOR DE KENTUCKY** al número 1-800-554-8601 para hablar con un defensor o un especialista de la compensación a los trabajadores.

**A LOS SUPERVISORES DE EMPLEADOS – NOTIFIQUE A LA GERENCIA IMMEDIATAMENTE DE TODAS LAS LESIONES QUE OCURRAN PARA QUE SE PUEDA HACER UN INFORME OPORTUNO SEGUN LO EXIGE LA LEY.**

6/30/2020