



COMMONWEALTH OF KENTUCKY WORKERS' COMPENSATION NOTICE

Employees of this business are covered by the Kentucky Workers' Compensation Act (KRS Chapter 342). Conspicuous posting of this Notice is required by law.

Employer Name: _____
Address: _____
Workers Compensation Carrier
(or third party administrator): _____
Policy #: _____, effective _____ to _____
Address: _____
Telephone: _____, Contact Person _____

EMPLOYEES: IF INJURED – NOTIFY your supervisor IMMEDIATELY; when possible Notice should be in writing. FAILURE to notify your supervisor could result in denial of benefits. OBTAIN MEDICAL CARE. Your employer must pay for ALL NECESSARY MEDICAL CARE to treat a workplace injury. The employee may select the physician or medical facility to render care. If the employer is enrolled in an approved Managed Care Plan employee selection of physicians is LIMITED to the Approved Provider Network, except in certain emergencies. FOR INJURIES REQUIRING CONTINUING CARE the EMPLOYEE MUST DESIGNATE A TREATING PHYSICIAN, a form to do so will be furnished by your employer or its insurance carrier.

This employer IS IS NOT participating in a Managed Care Plan for medical care. The name of the Managed Care Plan is _____, its representative is _____, phone number _____.

DISABILITY BENEFITS to replace wages lost due to a workplace injury are payable under the Workers Compensation Act after seven (7) day of disability. A CLAIM MUST BE filed with the Department of Workers' Claim WITHIN TWO YEARS of the date of injury, or last payment of temporary total disability benefits.

NEED ASSISTANCE? Contact your employer's claim representative. If your questions about workers' compensation rights are not promptly answered call THE KENTUCKY DEPARTMENT OF WORKERS CLAIMS at 1-800-554-8601 to speak to an Ombudsman or Workers' Compensation Specialist.

EMPLOYER SUPERVISORS – NOTIFY MANAGEMENT IMMEDIATELY OF ALL INJURIES SO THAT TIMELY REPORT CAN BE MADE AS REQUIRED BY LAW.

04/09/09



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