



NOTICE OF ACCIDENT OR OCCUPATIONAL DISEASE DISABLEMENT NOTIFICACION DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE OFICIO

In accordance with New Mexico law, Section 52-1-29, Section 52-3-19 and Section 52-1-49, NMSA 1978; NMAC 11.4.4.11
 Conforme a la Ley de la Compensación de los Trabajadores, Sección 52-1-29, Sección 52-3-19 y Sección 52-1-49, NMSA 1978; NMAC 11.4.4.11

I, _____, was involved in an on-the-job accident or was disabled
 Yo, (name of employee/nombre del empleado) me lastimé en un accidente en el trabajo o fui incapacitado

by an occupational disease at approximately _____, on _____, 20_____.
 por enfermedad de oficio aproximadamente (time/la la(s) hora(s)) el (date/fecha) del 20_____.

Employee's social security number: _____ Where did the accident occur? _____
 Número de suguro social del empleado: ¿Dónde ocurrió el accidente?

What happened? _____
 ¿Qué ocurrió? _____

<p>To be completed by Employer: Completado por el empleador:</p> <p>If Yes, Employer has right to change health care provider after 60 days. En caso afirmativo, el empleador tiene derecho a cambiar de proveedor de atención médica después de 60 días.</p> <p style="text-align: center;">WORKER MUST INITIAL _____</p>	<p>Worker will choose health care provider. Yes ___ No ___ Trabajador elegir proveedor de atención médica.</p> <p>If No, Worker has the right to change health care provider after 60 days. En caso que no elige, el trabajador tiene derecho a cambiar de proveedor de atención médica después de 60 días.</p> <p style="text-align: center;">INICIALES DEL TRABAJADOR</p>
---	--

Signed: _____ Signed/Notice Received: _____
 Firma: (employee/empleado) Firma/Notificación recibida: (employer or representative/empleador o representante)
 Date/Fecha: _____ Date/Fecha: _____

ANY PERSON WHO KNOWINGLY PRESENTS A FALSE OR FRAUDULENT CLAIM FOR PAYMENT OF A LOSS OR BENEFIT OR KNOWINGLY PRESENTS FALSE INFORMATION IN AN APPLICATION FOR INSURANCE IS GUILTY OF A CRIME AND MAY BE SUBJECT TO CIVIL FINES AND CRIMINAL PENALTIES.

PREVIOUS NOA FORMS ARE STILL VALID FOR USE

Worker --
 For emergency medical care, go to any emergency medical facility.

Workers and Employers with questions about workers' compensation may contact an Ombudsman at any New Mexico Workers' Compensation Administration office for information and assistance. The offices are open Monday through Friday, 8 a.m. to 5 p.m., except holidays.

Trabajador
 Para emergencias médicas vaya a cualquier clinica / hospital.

Trabajadores y empleadores con preguntas acerca de la compensación de los trabajadores pueden comunicarse con un asesor ("ombudsman") a cualquier oficina de la Administración de la Compensación de los Trabajadores para información y asistencia. Las oficinas están abiertas desde las ocho de la mañana hasta las cinco de la tarde de lunes a viernes, con la excepción de días festivos.

Statewide Helpline -- Linea de Asistencia
1-866-WORKOMP / 1-866-967-5667
 toll free -- llamada sin costo de larga distancia
 New Mexico Workers' Compensation Administration
 PO Box 27198, Albuquerque, NM 87125

Albuquerque: (505) 841-6000 - 1 (800) 255-7965 Las Vegas: (505) 454-9251 - 1 (800) 281-7889 Santa Fe: (505) 476-7381
 Farmington: (505) 599-9746 - 1 (800) 568-7310 Lovington: (575) 396-3437 - 1 (800) 934-2450 TDD for the deaf: (505) 841-6043
 Las Cruces: (575) 524-6246 - 1 (800) 870-6826 Roswell: (575) 623-3997 - 1(866) 311-8587

www.workerscomp.state.nm.us

**Employer/employee: Each keep one copy.
 Empleador/empleado: Retener una copia.**

WORKERS' COMPENSATION ACT

If You Are Injured At Work Si Se Lastima En El Trabajo

1) **Notice** -- In most cases you must tell your employer about the accident within 15 days, using the Notice of Accident Form.

2) **You have the right** to information and assistance from an information specialist known as an Ombudsman at the Workers' Compensation Administration.

3) **Claims information** -- Contact your employer's Claims Representative (see box below).

1) **Aviso**. -- En la mayoría de los casos usted debe de avisarle a su empleador del accidente dentro de los primeros 15 días usando las formas de Aviso de Accidente.

2) **Usted tiene el derecho** a información y ayuda contactándose con un especialista en información conocido como "Ombudsman" en la Administración para la Compensación a los Trabajadores.

3) **Información acerca de Reclamaciones**. -- Contáctese con el representante de reclamaciones de su compañía.

Employer's Insurer / Claims Representative:

Name: Old Republic Insurance Company
Phone #: 1-800-747-5256
Address: 445 Moorland Road, Brookfield, WI 53005

Note: Employer must fill in insurer / claims representative information.

YOUR RIGHTS

If you are injured in a work-related accident:

Your employer / insurer must pay all reasonable and necessary medical costs.

You may or may not have the right to choose your health care provider. If your employer / insurer has not given you written instructions about who chooses first, call an ombudsman. In an emergency, get emergency medical care first.

If you are off work for more than seven days, your employer / insurer must pay wage benefits to partially offset your lost wages.

If you suffer "permanent impairment," you may have the right to receive partial wage benefits for a longer period of time.

Ombudsmen are located at the following offices:

Albuquerque:
1-866-967-5667
1-505-841-6000

Farmington:
1-800-568-7310
1-505-599-9746

Hobbs:
1-800-934-2450
1-575-397-3425

Las Cruces:
1-800-870-6826
1-575-524-6246

Las Vegas:
1-800-281-7889
1-505-454-9251

Roswell:
1-866-311-8587
1-575-623-3997

Santa Fe:
1-505-476-7381

SUS DERECHOS

Si se lastima en el trabajo:

Su empleador / asegurador debe de pagar por los gastos médicos necesarios y razonables.

Es posible que usted tenga, o no tenga, el derecho de escoger el proveedor de servicios para la salud. Si su empleador / asegurador no le ha dado instrucciones por escrito de quien es él que selecciona primero, pregúntele o llame a un ombudsman. En una emergencia, obtenga asistencia médica de emergencia primero.

Si usted está fuera del trabajo por más de siete días, su empleador / asegurador debe de hacerle un pago compensatorio de prestaciones para compensar parcialmente la pérdida de su salario.

Si usted sufre "daño permanente," usted puede tener el derecho a recibir prestaciones parciales de salario por un periodo de tiempo más largo.

If You Need HELP Call:

Ask for an Ombudsman

Si Usted Necesita Ayuda Llame Al:

Pregunte por un Ombudsman

1 - 8 6 6 - W O R K O M P (1-866-967-5667)

Visit our website at: <https://workerscomp.nm.gov>

For FREE copies of this poster and Notice of Accident Forms call: 1-866-967-5667

USE A NOTICE OF ACCIDENT FORM TO REPORT YOUR ACCIDENT TO YOUR SUPERVISOR

EMPLOYER: You are required by law to display this poster where your employees can read it. Post the Notice of Accident forms with it. The poster without the Notice of Accident forms does not comply with law. You have other rights and duties under the law.