

WORKERS' COMPENSATION

Departamento de Servicios de Empleo OFICINA DE ESTANDÁRES LABORALES



OFICINA DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES

4058 MINNESOTA AVENUE, N.E. • WASHINGTON, DC 20019 • (202) 671-1000 • (202) 671-1929 (Fax)

ADVERTENCIA: Es un delito proporcionar información falsa o engañosa a un asegurador con el propósito de defraudar al asegurador o a cualquier otra persona. Las penas incluyen prisión y/o multas. Además, un asegurador puede negar beneficios de compensación si la información falsa materialmente relacionada con una reclamación fue proporcionada por el solicitante.

NOTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO

PARA EMPLEADOS

1. Por ley, usted debe informar rápidamente a su empleador y a la Oficina de Compensación de Trabajadores una lesión o enfermedad laboral, incluso si considera que es menor. Para ese fin, deberá usar el Formulario N°. 7 DCWC, Notificación de lesión accidental o enfermedad laboral, que podrá obtener del empleador o de la Oficina de Compensación de Trabajadores. Una vez completado y firmado el formulario, envíelo por correo a la Oficina de Compensación de Trabajadores a la dirección antes mencionada y a su empleador.
2. Usted tiene derecho, si es necesario, a los servicios de un médico u hospital de su elección y a los salarios perdidos. Llame al (202) 671-1000 o visite <http://does.dc.gov> para obtener información.
3. Usted no debe demandar a su empleador como resultado de una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo debido a que la Ley de Compensación de Trabajadores es su único recurso.
4. Con el fin de preservar su derecho a los beneficios en el marco de la Ley de Compensación de Trabajadores del D.C., usted debe completar una reclamación por escrito en el Formulario N°. 7A DCWC, Solicitud de reclamación del empleado, en el término de un (1) año después de su lesión, o en el término de un (1) año después del último pago de beneficios.
5. Si necesita información sobre sus derechos y obligaciones prescritas por ley, puede llamar primero a su empleador. Si necesita más información, puede llamar a la Oficina de Compensación de Trabajadores al (202) 671-1000 o visitar <http://does.dc.gov>
6. La ley le concede el derecho a representación legal si elige tenerla.

NOTIFICACIÓN: La violación de las diversas disposiciones de la ley de Compensación de Trabajadores prevé sanciones civiles.

El empleador abajo firmante notifica por la presente el cumplimiento de todas las disposiciones de la Ley de Compensación de Trabajadores y las Normas Administrativas.

NOMBRE DE LA EMPRESA ASEGURADORA

Dirección: _____

Teléfono: _____

NOMBRE DEL EMPLEADOR

Dirección: _____

Teléfono: _____

Número de identificación del empleador (si el número es desconocido, el empleador debe solicitarlo al IRS)

ESTE AVISO SE PUBLICARÁ NOTORIAMENTE EN Y SOBRE LOS LUGARES DE NEGOCIO DEL EMPLEADOR

FORMULARIO N°. 1 DCWC
Revisado Marzo de 2017

PRINT