

(Este aviso debe ser puesto en un lugar accesible al empleado todo el tiempo.)

PANEL DE DOCTORES

AVISO OFICIAL

Esta compañía opera bajo las Leyes de Compensación de Trabajadores de Georgia

LOS TRABAJADORES DEBEN REPORTAR TODOS LOS ACCIDENTES INMEDIATAMENTE AL EMPLEADOR Y AVISAR AL EMPLEADOR PERSONALMENTE, UN AGENTE, REPRESENTANTE, PATRON, SUPERVISOR O CAPATAZ.

Si un trabajador es lesionado en el trabajo el empleador debe pagar gastos médicos y rehabilitación dentro de los límites de la ley. En algunos casos el empleador también pagará una parte de los salarios perdidos de los empleados.

Lesiones de trabajo y enfermedades ocupacionales deben ser reportados por escrito cuando sea posible. El trabajador puede perder el derecho a recibir compensación si un accidente no es reportado dentro de 30 días (referencia O.C.G.A. § 34-9-80).

El empleador ofrecerá sin costo alguno, si es pedido, un formulario para reportar accidentes y también debe suministrar, sin costo alguno, información acerca de compensación de trabajadores. El empleador también debe suministrar al empleado, cuando sea pedido, copias de formularios de la Junta archivados con el empleador pertenecientes a reclamos de los empleados.

Un trabajador lesionado en el trabajo debe seleccionar un doctor de la lista abajo. El panel mínimo debe consistir de por lo menos seis médicos, incluyendo un cirujano ortopédico con no más de dos médicos de clínicas industriales (referencia O.C.G.A. § 34-9-201). Además, este panel debe incluir un médico minoritario, cuando sea posible (vea la regla 201 de definición de médicos minoritarios.) La Junta puede otorgar excepciones al tamaño requerido del panel donde se demuestre que más de cuatro médicos no son razonablemente accesibles. Un cambio de un doctor a otro en la lista se puede hacer sin permiso. Cambios adicionales requieren el permiso del empleador o de la Junta Estatal de Compensación de Trabajadores.

La compañía de seguro que provee cobertura para esta Empresa bajo la ley de Compensación de Trabajadores es:

Nombre de la compañía de seguridad: _____ Telefono: _____

Dirección: _____

Correo electrónico: _____

Instrucciones para el trabajador lesionado: Por favor de revisar la información de contacto de los siguientes proveedores médicos y seleccionar el proveedor de quien quiere recibir tratamiento (i)4q-1244 (.3 (-.1o27 T.4 .1 (qu)-12.1 (qu),3 (4123 (e r)-6.3 (e