



ESTADO DE KENTUCKY

NOTIFICACIÓN REFERENTE A COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES (*WORKERS COMPENSATION*)

Los empleados de esta empresa están cubiertos bajo la Ley de Compensación para Trabajadores (*Workers Compensation Act*) del Estado de Kentucky (KRS Capítulo 342). A tenor de la ley imperante, esta Notificación tiene que ser colocada en un lugar visible.

Nombre del Empleador: ST. CHARLES COMMUNITY COLLEGE
Domicilio: 4601 MID RIVERS MALL DRIVE
ST. PETERS, MO 63376

Compañía de; Seguro de Compensación para Trabajadores (o administrador intermediario): GALLAGHER BASSETT SERVICES, INC.
Núm. de Póliza: PRP4054434 **vigente desde** 12/31/15 **hasta** 12/31/16

Domicilio: THE GALLAGHER CENTRE
TWO PIERCE PLACE
ITASCA, IL 60143

Teléfono: (888) 749-1950 **Persona de Contacto:** _____

EMPLEADOS: SI SE LESIONARA – NOTIFIQUE a su supervisor INMEDIATAMENTE, y si fuere possible, hágalo por escrito. EL INCUMPLIMIENTO DE ESTE REQUISITO podrá resultar en la denegación de los beneficios que le corresponden. OBTenga ATENCIÓN MÉDICA. Su empleador tendrá que cubrir los gastos relacionados con toda la ATENCIÓN MEDICA QUE FUERE NECESARIA para tratar una lesión sufrida en el lugar de trabajo. El empleado podrá elegir el médico o la instalación médico para su atención. Si el empleador participara en un Plan Aprobado de Atención Médica Coordinada (Managed Care Plan), el médico elegido por el empleado TENDRÁ QUE SER INTEGRANTE de la red aprobada de proveedores medicos (approved provider network) de dicho plan, salvo en el caso de ciertas emergencias. POR CONCEPTO DE LESIONES QUE REQUIERAN ATENCIÓN CONTINUA, el EMPLEADO TENDRA QUE DESIGNAR UN MÉDICO PARA LA DISPENSACIÓN DE SU TRATAMIENTO. Dicha designación tendrá que ser efectuada en el formulario que su empleador o la compañía de seguros le proporcione para esta propósito.

Esta empresa SI participa NO participa en un Plan de Atención Médica Coordinada. El nombre del Plan de Atención Médica Coordinada es _____; su representante es _____, teléfono _____.

Los **BENEFICIOS POR INCAPACIDAD**, destinados a reemplazar el sueldo perdido como consecuencia de una lesión sufrida en el lugar de trabajo, serán pagados a tenor de la Ley de Compensación para Trabajadores después de siete (7) días de incapacidad. **TODA RECLAMACIÓN TENDRÁ QUE SER** presentada ante la Oficina de Reclamaciones de Trabajadores (Office of Workers Claims) **DENTRO DE DOS AÑOS**, contados a partir de la fecha de la lesión; o, por concepto de una incapacidad total temporal, **DENTRO DE DOS AÑOS**, contados a partir de la fecha del último pago de los beneficios correspondientes.

¿NECESITA ASISTENCIA? Comuníquese con el representante de reclamaciones de su empleador. Si sus preguntas referentes a los derechos para compensación laboral no fueren contestadas oportunamente, llama a la **OFICINA DE RECLAMACIONES DE TRABAJADORES DEL ESTADO DE KENTUCKY** marcando el 1-800-554-8601 y comuníquese con un Defensor (Ombudsman) o con uno de los Especialistas en Compensación para Trabajadores.

SUPERVISORES DEL EMPLEADOR – TODA LESIÓN SUFRIDA EN EL LUGAR DE TRABAJO TENDRÁ QUE SER REPORTADA INMEDIATAMENTE A LA GERENCIA CORRESPONDIENTE, PARA QUE LA MISMA PUEDA SER REPORTADA OPORTUNAMENTE, DE CONFORMIDAD CON LO REQUERIDO POR LEY.

NOTICE

This is a translation of a document originally drawn up in English. Accordingly, it is understood that all legal rights, responsibilities and/or obligations are governed by the original English version of this document. Furthermore, we reserve the right to correct any error in this document.

ADVERTENCIA

Ésta es la traducción de un documento originalmente redactado en ingles. Consiguientemente, hágase saber que todos los derechos legales, responsabilidades y/u obligaciones expresadas en el mismo se regirán por la version original del documento expedida en ingles. Además, nosotros nos reservamos el derecho de corregir cualquier error en esta documento.