# WORKERS' COMPENSATION LA COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR

#### **Job Related Accidental Personal Injury or Occupational Disease?**

If you are disabled and unable to work for more than three (3) days, your employer's workers' compensation insurance company may pay your medical bills and other expenses and replace two-thirds (2/3) of your salary (limited to the maximum set by law).

### If you are injured on the job:

- 1. Notify your employer or supervisor at once. You cannot receive full benefits unless your employer knows you are injured.
- 2. Tell the doctor who treats you that you were hurt on the job.
- 3. Complete an Employee's Claim Form C-1 (available by phone or on the Commission's website) and send it to us as soon as possible.

Note: Withholding information or giving false information about any work-related activity or return to work could prevent you from receiving benefits and may subject you to fines, imprisonment or both.

A CONTRACTOR OF THE PROPERTY O	
Employer/Empleador	
Business Address/Dirección	
City/State/Zip	
Ciudad/Estado/Código Postal	_
Federal Employer ID (FEIN) Indentificación Federal Del Empleador	
Telephone Number/Número Telefónico ————————————————————————————————————	
Insurance Company Name La Compañía de Seguro	
Insurance Company Telephone	
Telefónico de la Compañía de Seguro	

## in Maryland

¿Accidentes por lesión/daño corporal relacionados con el Empleo o Enfermedad Profesional?

Si usted se encuentra incapacitado o inhabilitado para trabajar por más de tres días, el seguro de trabajadores que tienen las compañías pudiera cubrir las facturas médicas y otros gastos relacionados. También le compensarían 2/3 de sus ingresos (Hasta un monto máximo estipulado por la ley).

#### Si usted sufre una lesión en el trabajo, debe:

- 1. Informarle a su empleador o supervisor de inmediato. No podría recibir todos sus beneficios a menos que su empleador fuere notificado que sufrió una lesión.
- 2. Informarle al médico quien le administre tratamiento que usted se lesionó en su trabajo.

3. Llenar el formulario Employee's Claim Form C-1 (disponible consultando la página del Internet para el Workers' Compensation o solicitándo uno por teléfono). Diligenciarlo para que las oficinas del Workers' Compensation lo reciban lo antes posible.

Aviso: El suministrar información falsa u ocultar información sobre cualquier actividad relacionada con su trabajo, pudiera afectar los beneficios que recibiera o pudiera acarrearle multas, encarcelamiento o ambas.

Maryland Workers' Compensation Commission 10 East Baltimore Street, Baltimore, Maryland 21202-1641 (410) 864-5100 / Outside Baltimore (800) 492-0479

Webpage - http://www.wcc.state.md.us / TTY Users - 711 in Maryland or (800) 735-2258

This notice must be printed on 8.5 "X 14" gold or yellow paper, display complete employer information and be posted in a conspicuous location at each work site or location in accordance with COMAR 14.09.01.02 and 14.09.01.10.

MD WCC Form C-24 05/2017