

# WORKER'S COMPENSATION CLAIM PROCESS



**1**

**EMPLOYEE REPORTS THE  
INJURY**

**2**

**EMPLOYEE RECEIVES WORKERS  
COMP PACKET FROM  
CAMPUS/DEPT. PERSONNEL**

**3**

**FIRST REPORT OF INJURY  
(FROI) IS SUBMITTED TO  
EMPLOYEE BENEFITS**

**4**

**EMPLOYEE BENEFITS UPDATES  
AND FILES FIRST REPORT OF  
INJURY (FROI) TO TEXAS MUTUAL**

**5**

**EMPLOYEE RECEIVES MEDICAL  
TREATMENT, IF NEEDED**

**6**

**CLAIMS ARE FILED BY MEDICAL  
FACILITY TO TEXAS MUTUAL**

**7**

**EMPLOYEE SUBMITS WORK STATUS  
REPORT TO EMPLOYEE BENEFITS;  
SUBMITTED TO ADJUSTER**

**8**

**IF TIME OFF IS NEEDED,  
EMPLOYEE BENEFITS WILL  
SUBMIT LEAVE OF ABSENCE**

## WORKER'S COMPENSATION MEDICAL FACILITIES FOR SFDR-CISD

### PROVIDERS – FOLLOW UPS



#### **SHANNON CLINIC**

**Fermín Serna**

**2104 N Bedell Ave STE A**

**Del Rio, TX 78840**

**Phone: (830)703-1604**



#### **RediMD**

**Walter Holmsten MD**

**1730 BF Terry Blvd ct, STE**

**302 Rosenberg, TX 77471**

**Phone: (281)663-0148**

**Fax: (713) 568-3313**



#### **SOUTH TEXAS URGENT CARE CLINIC**

**Jaime Gutierrez MD**

**612 N Bedell Ave STE A**

**Del Rio, TX 78840**

**Phone: (830)775-1166**

**Fax: (830)774-8554**

### HOSPITALS – EMERGENCY CARE ONLY



#### **VAL VERDE REGIONAL MEDICAL**

**801 N. Bedell Ave**

**Del Rio, TX 78840**

**Phone: (830)775-8566**



#### **STAT SPECIALTY HOSPITAL**

**2600 Veterans Blvd**

**Del Rio, TX 78840**

**Phone: (830)498-3000**

**Fax: (830) 498-0801**

## Verification of Employment for a Reported Worker's Compensation Injury or Illness

(Please take this form to the doctor for your medical examination)

Employee Name: \_\_\_\_\_ Date of Injury: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Social Security: \_\_\_\_\_

Reported Work Related Injury or Illness:

---

---

San Felipe Del Rio CISD Worker's Compensation coverage provider is **Texas Mutual Insurance Company**.  
For emergencies, an injured employee may go to the nearest emergency room.

**Please submit all claims and medical billing information to:**

Texas Mutual Insurance Company

Email Claim Documents: [claimdocs@texasmutual.com](mailto:claimdocs@texasmutual.com)

PO BOX 12029

Austin, TX 78711

Phone: 800-859-5995

Fax: 877-404-7999

### **Employee Benefits Department**

[Employeebenefits@sfd-r-cisd.org](mailto:Employeebenefits@sfd-r-cisd.org)

Fax: 830-778-4954

Rachel "Rae" Garcia

Mary J. Ortiz

830-778-4100

830-778-4020

[rachel.garcia@sfd-r-cisd.org](mailto:rachel.garcia@sfd-r-cisd.org)

[maryj.ortiz@sfd-r-cisd.org](mailto:maryj.ortiz@sfd-r-cisd.org)





**Employee** - You are required to report your injury to your employer within 30 days if your employer has workers' compensation insurance. You have the right to free assistance from the Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation (DWC) and may be entitled to certain medical and income benefits. For further information call DWC at 800-252-7031

**Empleado** - Es requerido que usted reporte su lesión a su empleador dentro de 30 días si es que su empleador cuenta con un seguro de compensación para trabajadores. Usted tiene derecho a recibir asistencia gratuita por parte del Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores (DWC), y es posible que tenga derecho a recibir ciertos beneficios médicos y de ingresos. Para obtener más información llame a DWC al 800-252-7031.

DWC073

## Texas Workers' Compensation Work Status Report

| I. GENERAL INFORMATION                       |                                               |                                                            | Date Sent (for transmission purposes only): |                                                                                     |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Injured Employee's Name                   |                                               | 5a. Doctor's/Delegating Doctor's Name and Degree           |                                             | 5b. PA / APRN Name (if completing form)                                             |
| 2. Date of Injury                            | 3. Social Security Number (last four) XXX-XX- | 6. Facility Name                                           |                                             | 9. Employer's Name<br>San Felipe Del Rio CISD                                       |
| 4. Employee's Description of Injury/Accident |                                               | 7. Facility/Doctor Phone and Fax Numbers                   |                                             | 10. Employer's Fax Number or Email Address<br>(if known) workerscomp@sfdcr-cisd.org |
|                                              |                                               | 8. Facility/Doctor Address (Street, City, State, ZIP Code) |                                             | 11. Insurance Carrier<br>Texas Mutal                                                |
|                                              |                                               |                                                            |                                             | 12. Carrier's Fax Number or Email Address (if known)<br>Fax: (830)778-4954          |

| II. WORK STATUS INFORMATION (Fully complete one box including estimated dates, and a description in 13c, if applicable)                                                                               |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 13. The injured employee's medical condition resulting from the workers' compensation injury:                                                                                                         |  |
| <input type="checkbox"/> a) will allow the employee to return to work as of ____/____/____ without <u>restrictions</u> ; OR                                                                           |  |
| <input type="checkbox"/> b) will allow the employee to return to work as of ____/____/____ with <u>the restrictions</u> identified in PART III, which are expected to last through ____/____/____; OR |  |
| <input type="checkbox"/> c) has prevented and still prevents the employee from returning to work as of ____/____/____ and is expected to continue through ____/____/____.                             |  |
| The following describes how this injury prevents the employee from returning to work:                                                                                                                 |  |

| III. ACTIVITY RESTRICTIONS (Only complete if box 13b is checked)                                                                                |  |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 14. Posture Restrictions (if any):                                                                                                              |  | 17. Motion Restrictions (if any):                                                                                                                    | 19. Misc. Restrictions (if any):                                                                                                                                              |
| Max hours per day 0 2 4 6 8 Other:                                                                                                              |  | Max hours per day 0 2 4 6 8 Other:                                                                                                                   | Max hours per day of work:                                                                                                                                                    |
| Standing <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>           |  | Walking <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                 | Sit/stretch breaks of ____ per ____                                                                                                                                           |
| Sitting <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            |  | Climbing stairs/ladders <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Must wear splint/cast at work                                                                                                                                                 |
| Kneeling/squatting <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |  | Grasping/squeezing <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>      | Must use crutches at all times                                                                                                                                                |
| Bending/stooping <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   |  | Wrist flexion/extension <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | No driving/operating heavy equipment                                                                                                                                          |
| Pushing/pulling <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>    |  | Reaching <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                | Can only drive automatic transmission                                                                                                                                         |
| Twisting <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>           |  | Overhead reaching <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>       | No skin contact with:                                                                                                                                                         |
| Other:                                                                                                                                          |  | Keyboarding <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>             | No running                                                                                                                                                                    |
| 15. Restrictions Specific To (if applicable):                                                                                                   |  | Other:                                                                                                                                               | No dressing changes necessary at work                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> Left hand/wrist <input type="checkbox"/> Left leg                                                                      |  | 18. Lift/Carry Restrictions (if any):                                                                                                                | <input type="checkbox"/> No work / ____ hours/day work:<br><input type="checkbox"/> in extreme hot/cold environments<br><input type="checkbox"/> at heights or on scaffolding |
| <input type="checkbox"/> Right hand/wrist <input type="checkbox"/> Right leg                                                                    |  |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                               |
| <input type="checkbox"/> Left arm <input type="checkbox"/> Back                                                                                 |  |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                               |
| <input type="checkbox"/> Right arm <input type="checkbox"/> Left foot/ankle                                                                     |  | <input type="checkbox"/> Must keep<br><input type="checkbox"/> elevated <input type="checkbox"/> clean & dry                                         |                                                                                                                                                                               |
| <input type="checkbox"/> Neck <input type="checkbox"/> Right foot/ankle                                                                         |  |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                               |
| Other:                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                               |
| 16. Other Restrictions (if any)                                                                                                                 |  | 20. Medication Restrictions (if any):                                                                                                                |                                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                                                 |  | <input type="checkbox"/> Must take prescription medication(s)                                                                                        |                                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                                                 |  | <input type="checkbox"/> Advised to take over-the-counter meds                                                                                       |                                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                                                 |  | <input type="checkbox"/> Medication may make drowsy (possible safety/driving issues)                                                                 |                                                                                                                                                                               |

| IV: TREATMENT/FOLLOW-UP APPOINTMENT INFORMATION |                                                  |                                                                                                                                         |                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 21. Work Injury Diagnosis Information:          |                                                  | 22. Expected Follow-up Services Include:                                                                                                |                                                                                                                                |
|                                                 |                                                  | <input type="checkbox"/> Evaluation by the treating doctor on ____/____/____ at ____:____ a.m./p.m.                                     |                                                                                                                                |
|                                                 |                                                  | <input type="checkbox"/> Referral to/consult with ____ on ____/____/____ at ____:____ a.m./p.m.                                         |                                                                                                                                |
|                                                 |                                                  | <input type="checkbox"/> Physical medicine ____ X per week for ____ weeks starting on ____/____/____ at ____:____ a.m./p.m.             |                                                                                                                                |
|                                                 |                                                  | <input type="checkbox"/> Special studies (list): ____ on ____/____/____ at ____:____ a.m./p.m.                                          |                                                                                                                                |
|                                                 |                                                  | <input type="checkbox"/> None. This is the last scheduled visit for this problem. At this time, no further medical care is anticipated. |                                                                                                                                |
| Date /Time of Visit:                            | Employee's Signature                             | Visit Type:                                                                                                                             | Role of Health Care Practitioner:                                                                                              |
|                                                 |                                                  | <input type="checkbox"/> Initial                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Treating doctor <input type="checkbox"/> Consulting doctor <input type="checkbox"/> Designated doctor |
| Discharge Time:                                 | Health Care Practitioner's Signature / License # | <input type="checkbox"/> Follow-up                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Referral doctor <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> Other doctor                     |
|                                                 |                                                  |                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> RME doctor <input type="checkbox"/> APRN                                                              |



## Frequently Asked Questions Work Status Report (DWC Form-073)

### Under what circumstances am I required to file DWC Form-073?

Filing requirements for DWC Form-073 vary depending on the type of doctor filing the Work Status Report. The specific requirements are shown in the chart below.

| Type of Doctor                                                                                                                                                                           | When to File DWC Form-073                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Where to File                                                  | Delivery Method                                                                                                                                                             | Deadline                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>Treating Doctor</b><br><br><b>Referral Doctor</b><br><br><b>Delegated Physician Assistant (PA)</b><br><br><b>or</b><br><br><b>Delegated Advanced Practice Registered Nurse (APRN)</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>after the initial examination of the injured employee, regardless of the employee's work status</li> <li>when there is a change in the injured employee's work status</li> <li>when there is a substantial change in the injured employee's activity restrictions</li> <li>on a schedule requested by the insurance carrier as long as it is based on the injured employee's scheduled appointments with the doctor (not to exceed one report every two weeks)</li> </ul> | injured employee                                               | hand deliver; electronic transmission, with agreement (fax, email, or similar method)                                                                                       | at the time of the examination                            |
|                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | insurance carrier                                              | electronic transmission                                                                                                                                                     | within 2 working days of the examination                  |
|                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | employer                                                       | electronic transmission unless recipient has not provided a fax number or email address; then by personal delivery or mail                                                  |                                                           |
|                                                                                                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>after receiving a set of functional job descriptions from the employer or insurance carrier listing modified duty positions, including the physical and time requirements of the positions, that the employer has available for the injured employee to work</li> <li>after receiving a DWC Form-073 from a required medical exam (RME) doctor that indicates the injured employee can return to work with or without restrictions</li> </ul>                             | injured employee                                               | hand deliver unless no appointment is scheduled before deadline; then electronic transmission unless recipient has not provided a fax number or email address; then by mail | within 7 days of receiving job description or RME opinion |
|                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | insurance carrier                                              | electronic transmission                                                                                                                                                     |                                                           |
|                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | employer                                                       |                                                                                                                                                                             |                                                           |
| <b>Designated Doctor</b>                                                                                                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>after examination of an injured employee to address any question relating to return to work</li> </ul> <p><b>NOTE:</b> The designated doctor must file a narrative report along with DWC Form-073.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                    | injured employee<br>injured employee's representative (if any) | electronic transmission unless recipient has not provided a fax number or email address; then by other verifiable means                                                     | within 7 working days of the examination                  |
|                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | insurance carrier<br>treating doctor                           | electronic transmission                                                                                                                                                     |                                                           |
|                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | division                                                       | fax to 512-490-1047                                                                                                                                                         |                                                           |
| <b>RME Doctor</b>                                                                                                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>after examination of an injured employee (subsequent to a Designated Doctor's examination), if the RME doctor determines that the injured employee can return to work immediately with or without restrictions</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                 | injured employee<br>injured employee's representative (if any) | electronic transmission unless recipient has not provided a fax number or email address; then by other verifiable means                                                     | within 7 days of the examination                          |
|                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | insurance carrier<br>treating doctor                           | electronic transmission                                                                                                                                                     |                                                           |

### Where can I find more information about DWC Form-073?

For complete requirements regarding the filing of this report, see 28 Texas Administrative Code §§126.6, 127.10, and 129.5. These rules are available on the TDI website at <http://www.tdi.texas.gov/wc/rules/index.html>. If you have additional questions, call *Comp Connection for Health Care Providers* at 1-800-372-7713 (512-804-4000 in the Austin area) and select option 3.

**NOTE:** With few exceptions, upon your request, you are entitled to be informed about the information DWC collects about you; to get and review the information (Government Code §§552.021 and 552.023); and to have DWC correct information that is incorrect (Government Code, §559.004). For more information, contact [agencycounsel@tdi.texas.gov](mailto:agencycounsel@tdi.texas.gov) or you may refer to the [Corrections Procedure](#) section at [www.tdi.texas.gov](http://www.tdi.texas.gov).



Optum  
PO Box 152539  
Tampa, FL 33684-2539

## MAKING IT EASY... TO GET WORKERS' COMPENSATION PRESCRIPTIONS FILLED.

Optum has been chosen to manage your workers' compensation pharmacy benefits for your employer or their insurer. Below is your First Fill card that will allow you to receive your injury-related prescriptions at your local pharmacy. Please fill out the card based on the instructions below.

### Injured Employee:



If you need a prescription filled for a work-related injury or illness, go to an Optum Tmesys® network pharmacy. Give this temporary card to the pharmacist. The pharmacist will fill your prescription at low or no cost to you.



If your workers' compensation claim is accepted, you will receive a more permanent pharmacy card in the mail. Please use that card for other work-related injury or illness prescriptions.



Most pharmacies, including Walgreens, our preferred provider, and all major chains, are included in the network. To find a network pharmacy call 1-866-599-5426 or visit [tmesys.com](http://tmesys.com).

### Questions? Need Help?



**1-866-599-5426**



**WORKERS' COMPENSATION PRESCRIPTION DRUG PROGRAM**

Texas Mutual Insurance Co

San Felipe Del Rio CISD

CARRIER/TPA

EMPLOYER

INJURED WORKER NAME

Please provide directly to Pharmacist

SOCIAL SECURITY NUMBER

DATE OF INJURY (YYMMDD)

**Notice to Cardholder:** Present this card to the pharmacy to receive medication for your work-related injury. To locate a pharmacy: [tmesys.com](http://tmesys.com).

**Attention Pharmacists:** Enter RxBIN, RxPCN and GROUP. Member ID # format is the date of injury and SSN combined as follows: YYMMDD123456789.

Tmesys is the designated PBM for this patient.

**Tmesys Pharmacy Help Desk**  
**1-800-964-2531**

|       | NDC    |    | Envoy         |
|-------|--------|----|---------------|
| RxBIN | 004261 | or | 002538        |
| RxPCN | CAL    | or | Envoy Acct. # |
| GROUP | FF     |    |               |

**NOTE:** This First Fill card is only valid for your workers' compensation injury or illness.



### Employer:

Immediately upon receiving notice of injury, fill in the information above and give this form to the employee.

## HACEMOS MÁS SENCILLO...

### EL ABASTECIMIENTO DE LAS RECETAS MÉDICAS DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN POR ACCIDENTES LABORALES.

Optum ha sido elegido para administrar los beneficios farmacéuticos de su programa de compensación por accidentes laborales para su empleador o su asegurador. Más adelante incluimos su tarjeta First Fill que le permitirá recibir las recetas médicas relacionadas con su lesión en su farmacia local. Llene esta tarjeta siguiendo las instrucciones que se indican a continuación.

#### Empleado lesionado:



Si necesita que se le abastezca su receta médica para una lesión o enfermedad relacionada con su trabajo, visite una farmacia de la red Optum Tmesys®. Entregue esta tarjeta temporal al farmacéutico. El farmacéutico abastecerá su receta médica bajo costo o sin costo alguno.



Si se acepta su reclamación del programa de compensación por accidentes laborales, recibirá una tarjeta permanente por correo. Use esa tarjeta para otras recetas médicas de lesiones o enfermedades relacionadas con su trabajo.



La mayoría de farmacias, incluyendo Walgreens, nuestro proveedor preferido, y todas las grandes cadenas de farmacias, forman parte de la red. Para encontrar una farmacia de la red, llame al 1-866-599-5426 o visite tmesys.com.

**¿Tiene alguna pregunta?  
¿Necesita ayuda?**



**1-866-599-5426**



**WORKERS' COMPENSATION PRESCRIPTION DRUG PROGRAM**

**Texas Mutual Insurance Co. San Felipe Del Rio CISD**

PORTADORA EMPLEADOR

NOMBRE DEL TRABAJADOR LESIONADO

Please provide directly to Pharmacist

NUMERO DE SEGURO SOCIAL FECHA DE ALA LESION (AAMMDD)

**Aviso para el titular de la tarjeta:** Presente esta tarjeta a la farmacia para recibir los medicamentos para la lesión relacionada con su trabajo. Para ubicar una farmacia, visite tmesys.com.

**Attention Pharmacists:** Enter RxBIN, RxPCN and GROUP. Member ID # format is the date of injury and SSN combined as follows: YYMMDD123456789.

Tmesys is the designated PBM for this patient.

**Tmesys Pharmacy Help Desk**  
**1-800-964-2531**

|       | NDC    |    | Envoy         |
|-------|--------|----|---------------|
| RxBIN | 004261 | or | 002538        |
| RxPCN | CAL    | or | Envoy Acct. # |
| GROUP | FF     |    |               |

**NOTA:** Esta tarjeta First Fill solo es válida para una lesión o enfermedad cubierta por su programa de compensación por accidentes laborales.



#### Empleador:

Inmediatamente después de recibir un aviso sobre una lesión, llene la información antes indicada y entregue este formulario al empleado.



### **Notice of Injured Employee Rights and Responsibilities in the Texas Workers' Compensation System**

As an injured employee in Texas, you have the right to free assistance from the Office of Injured Employee Counsel (OIEC). This assistance is offered at local offices across the State. These local offices also provide other workers' compensation system services from the Texas Department of Insurance (TDI). TDI is the State agency that administers and regulates the workers' compensation system through the Division of Workers' Compensation (DWC).

Many services provided by OIEC and DWC can be completed over the telephone. You can contact OIEC by calling the toll-free telephone number 1-866-EZE-OIEC (1-866-393-6432). Additional information, including office locations, is available on the Internet at: [www.oiec.texas.gov](http://www.oiec.texas.gov). You can contact DWC by calling the toll-free telephone number 1-800-252-7031. Information about DWC is available on the Internet at: [www.tdi.texas.gov](http://www.tdi.texas.gov).

#### **Your Rights in the Texas Workers' Compensation System:**

**1. You have the right to hire an attorney to help you with your workers' compensation claim.**

For assistance locating an attorney, contact the State Bar of Texas' lawyer referral service at 1-877-983-9227 or <http://www.texasbar.com/>. Attorney referral information can also be found on OIEC's website at [www.oiec.texas.gov](http://www.oiec.texas.gov).

**2. You have the right to receive assistance from OIEC if you do not have an attorney.**

OIEC Customer Service Representatives and Ombudsmen are available to answer your questions and provide assistance with your workers' compensation claim by calling OIEC or visiting an OIEC office. **You must sign a written authorization before an OIEC employee can access information on your claim.** Call or visit an OIEC office to fill out the written authorization. Customer Service Representatives and Ombudsmen are trained in the field of workers' compensation and can help you with scheduling a dispute resolution proceeding about your workers' compensation claim. An Ombudsman can also assist you at a benefit review conference (BRC), contested case hearing (CCH), and an appeal. However, Ombudsmen cannot make decisions for you or give legal advice.

**3. You may have the right to receive medical and income benefits regardless of who was at fault for your injury, with certain exceptions. Your beneficiaries may be entitled to death and burial benefits.**

Information about the exceptions can be found at [www.tdi.texas.gov](http://www.tdi.texas.gov) or by visiting with OIEC staff.

**4. You may have the right to receive medical care to treat your workplace injury or illness for as long as it is medically necessary and related to the workplace injury.**

You may have the right to reimbursement of your incurred expenses after traveling to attend a medical appointment or required medical examination if the trip meets qualifying conditions.

**5. You may have the right to receive income benefits for your work-related injury.**

There are several types of income benefits and eligibility requirements. Information on the types of income benefits that may be available and the eligibility requirements can be found at [www.tdi.texas.gov](http://www.tdi.texas.gov) or by visiting with OIEC staff.

**6. You may have the right to dispute resolution regarding income and medical benefits.**

You may request Medical Dispute Resolution if you disagree with the insurance carrier regarding medical benefits. You may request Indemnity (Income) Dispute Resolution if you disagree with the insurance carrier regarding income benefits. The law provides that your dispute proceedings will be held within 75 miles from your residence.

**7. You have the right to choose a treating doctor.**

If you are in a Workers' Compensation Health Care Network (network), you must choose your doctor from the network's treating doctor list. You may change your treating doctor once without network approval. If you are not in a network, you may initially choose any doctor who is willing to treat your workers' compensation injury; however,

changing your treating doctor must be pre-approved by the DWC if you are not in a network. If you are employed by a political subdivision (e.g. city, county, school district,) you must follow its rules for choosing a treating doctor. It is important to follow all the rules in the workers' compensation system. **If you do not follow these rules, you may be held responsible for payment of medical bills.** OIEC staff can help you to understand these rules.

**8. You have the right for your workers' compensation claim information to be kept confidential.**

In most cases, the contents of your claim file cannot be obtained by others. Some parties have a right to know what is in your claim file, such as your employer or your employer's insurance carrier. Also, an employer that is considering hiring you may get limited information about your claim from DWC.

**Your Responsibilities in the Texas Workers' Compensation System**

**1. You have the responsibility to tell your employer if you have been injured at work while performing the duties of your job. You must tell your employer within 30 days of the date you were injured or first knew your injury or illness might be work-related.**

**2. You have the responsibility to know if you are in a Workers' Compensation Health Care Network (network).**

If you do not know whether you are in a network, ask the employer you worked for at the time of your injury. If you are in a network, you have the responsibility to follow the network rules. If there is something you do not understand, ask your employer or call OIEC. If you would like to file a complaint about a network, call TDI's Customer Help Line at 1-800-252-3439 or file a complaint online at <http://www.tdi.texas.gov/consumer/complfrm.html#wc>.

**3. If you worked for a political subdivision (e.g., city, county, school district) at the time of your injury, you have the responsibility to find out how to receive medical treatment.**

Your employer should be able to provide you with the information you will need in order to determine which health care providers can treat you for your workplace injury.

**4. You have the responsibility to tell your doctor how you were injured and whether the injury is work-related.**

**5. You have the responsibility to send a completed Employee's Claim for Compensation for a Work-Related Injury or Occupational Claim Form (DWC041) to DWC.**

You have one year to send the form after you were injured or first knew that your illness might be work-related. Send the completed DWC041 form even if you already are receiving benefits. You may lose your right to benefits if you do not timely send the completed claim form to DWC. For a copy of the DWC041 form you may contact DWC or OIEC.

**6. You have the responsibility to provide your current address, telephone number, and employer information to DWC and the insurance carrier. DWC can be contacted at 1-800-252-7031.**

**7. You have the responsibility to tell DWC and the insurance carrier anytime there is a change in your employment status or wages.** (Examples of changes include: you stop working because of your injury; you start working; or you are offered a job).

**8. Eligible beneficiaries or persons seeking death and burial benefits have the responsibility to send a completed Beneficiary Claim for Death Benefits (DWC-042) to DWC within one year following the employee's date of death.**

**9. You are prohibited from making frivolous or fraudulent claims or demands.**



### **Aviso sobre los Derechos y Responsabilidades para los Empleados Lesionados en el Sistema de Compensación para Trabajadores de Texas**

En Texas, usted como empleado lesionado tiene derecho a recibir ayuda gratuita por parte de la Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado (Office of Injured Employee Counsel -OIEC, por su nombre y siglas en inglés). Esta ayuda se ofrece en las oficinas locales en todo el estado. Las oficinas locales también proporcionan otros servicios del sistema de compensación para trabajadores por parte del Departamento de Seguros de Texas (Texas Department of Insurance -TDI, por su nombre y siglas en inglés). TDI, es la agencia estatal que regula y administra el sistema de compensación para trabajadores mediante la División de Compensación para Trabajadores (Division of Workers' Compensation -DWC, por su nombre y siglas en inglés).

Muchos de los servicios que son proporcionados por parte de OIEC y de DWC pueden ser llevados a cabo por teléfono. Usted puede comunicarse con OIEC llamando al teléfono gratuito 1-866-EZE-OIEC (1-866-393-6432). Visite el sitio Web de OIEC en [www.oiec.texas.gov](http://www.oiec.texas.gov), para obtener información adicional, incluyendo la ubicación de las oficinas. Usted puede comunicarse con DWC llamando al teléfono gratuito 1-800-252-7031. La información de DWC se encuentra disponible en la página de Internet: [www.tdi.texas.gov](http://www.tdi.texas.gov).

#### **Sus Derechos Dentro del Sistema de Compensación para Trabajadores de Texas:**

**1. Usted tiene derecho a contratar a un abogado para asistirle con su reclamación de compensación para trabajadores.**

Para obtener asistencia para encontrar a un abogado, llame al servicio de recomendación de abogados de la Barra de Abogados del Estado de Texas (State Bar of Texas, por su nombre en inglés) al 1-877-983-9227 o visite [www.texasbar.com](http://www.texasbar.com). La información sobre la recomendación de abogados también puede encontrarse en la página de Internet de OIEC en [www.oiec.texas.gov](http://www.oiec.texas.gov).

**2. Usted tiene derecho a recibir asistencia por parte de OIEC si no cuenta con un abogado.**

Los Representantes de Servicio al Cliente de OIEC, así como los Ombudsman están disponibles para responder a sus preguntas y proporcionarle asistencia con su reclamación de compensación para trabajadores ya sea llamando a OIEC o visitando una de las oficinas de OIEC. **Usted debe firmar una autorización por escrito antes que un empleado de OIEC pueda tener acceso a la información sobre su reclamación.** Llame o visite una oficina de OIEC para completar la autorización por escrito. Los Representantes de Servicio al Cliente de OIEC y los Ombudsman han sido entrenados en el campo de compensación para trabajadores y pueden ayudarle a programar un procedimiento de resolución de disputas, relacionado con su reclamación de compensación para trabajadores. Un ombudsman también puede asistirle en una Conferencia para Revisión de Beneficios (Benefit Review Conference -BRC, por su nombre y siglas en inglés), en una Audiencia para Disputar Beneficios (Contested Case Hearing -CCH, por su nombre y siglas en inglés), y en una apelación. Sin embargo, un Ombudsman no puede tomar decisiones por usted, ni dar opiniones por usted o proporcionar asesoramiento legal.

**3. Con ciertas excepciones, usted tiene derecho a recibir beneficios médicos y beneficios de ingresos sin importar quién tuvo la culpa de su lesión. Sus beneficiarios podían tener derecho a recibir beneficios por causa de muerte y beneficios de gastos para el entierro.**

La información sobre las excepciones puede encontrarse en [www.tdi.texas.gov](http://www.tdi.texas.gov) o consultando al personal de OIEC.

4. **Usted puede tener derecho a recibir atención médica para atender su lesión o enfermedad que sucedió en el área de trabajo, durante todo el tiempo que sea médicamente necesario y relacionado con la lesión que sucedió en el área de trabajo.**

Usted puede tener derecho a recibir un reembolso por los gastos incurridos después de viajar para asistir a una cita médica o a un examen médico requerido (required medical examination, por su nombre en inglés), si el viaje cumple con las condiciones de calificación.

5. **Usted puede tener derecho a recibir beneficios de ingresos por su lesión relacionada con el trabajo.**

Existen varios tipos de beneficios de ingresos, así como requisitos de elegibilidad. La información sobre los tipos de beneficios de ingresos que pueden estar disponibles, y los requisitos de elegibilidad pueden ser encontrados en [www.tdi.texas.gov](http://www.tdi.texas.gov) o consultando al personal de OIEC.

6. **Usted puede tener derecho a una resolución de disputas con respecto a sus beneficios de ingresos y beneficios médicos.**

Usted puede solicitar una Resolución de Disputas Médicas (Medical Dispute Resolution, por su nombre en inglés) si está en desacuerdo con la aseguradora sobre los beneficios médicos. Usted puede solicitar una Resolución de Disputas por Indemnización (Ingresos) (Indemnity (Income) Dispute Resolution, por su nombre en inglés), si está en desacuerdo con la aseguradora sobre los beneficios de ingresos. La ley establece que sus procedimientos de resolución de disputas sean llevados a cabo dentro de 75 millas del domicilio suyo.

7. **Usted tiene derecho a escoger a su médico de tratamiento.**

Si usted pertenece a una red de servicios médicos de compensación para trabajadores (Workers' Compensation Health Care Network), (red), debe escoger a su médico de la lista de médicos de tratamiento de la red. Usted puede cambiar a su médico de tratamiento una sola vez sin la necesidad de obtener la aprobación de la red. Si no pertenece a una red, usted puede inicialmente escoger a cualquier médico que esté dispuesto a atender su lesión de compensación para trabajadores; sin embargo, si usted no pertenece a una red, el cambio de su médico de tratamiento debe ser pre-aprobado por DWC. Si es empleado de una subdivisión política, tal como la ciudad, el condado, o el distrito escolar, usted deberá seguir los reglamentos de dicha subdivisión política para escoger a un médico de tratamiento. Es importante seguir todos los reglamentos en el sistema de compensación para trabajadores. **Si usted no sigue estos reglamentos, podría ser considerado responsable por el pago de las facturas médicas.** El personal de OIEC puede ayudarle a entender estos reglamentos.

8. **Usted tiene derecho a que la información sobre su reclamación de compensación para trabajadores se mantenga confidencial.**

En la mayoría de los casos, el contenido del expediente de su reclamación no puede ser obtenido por otras personas. Algunos participantes tienen derecho a conocer el contenido del expediente de su reclamación, tal como su empleador o la aseguradora de su empleador. También, un empleador que esté considerando contratarle a usted puede obtener información limitada por parte de DWC sobre su reclamación.

### **Sus Responsabilidades Dentro del Sistema de Compensación para Trabajadores de Texas:**

1. **Usted tiene la responsabilidad de informar a su empleador si se ha lesionado en el trabajo mientras desempeñaba sus deberes de trabajo. Usted debe informar a su empleador dentro de 30 días a partir de la fecha en que sucedió su lesión o del día en que usted se dio cuenta que su lesión o enfermedad podría estar relacionada con su trabajo.**

- 2. Usted tiene la responsabilidad de saber si pertenece a una Red de Servicios Médicos de Compensación para Trabajadores (red) (Workers' Compensation Health Care Network -network).**  
Si no sabe si pertenece a una red de servicios médicos, pregúntele al empleador para el cual usted trabajaba al momento en que ocurrió su lesión. Si pertenece a una red, es su responsabilidad seguir los reglamentos de dicha red. Si usted encuentra algo que no entiende, pregunte a su empleador o llame a OIEC. Si desea presentar una queja sobre una red, llame a la Línea de Ayuda al Consumidor de TDI (TDI's Consumer Help Line, por su nombre en inglés) al 1-800-252-3439 o presente su queja en línea en [www.tdi.texas.gov/consumer/complfrm.html#wc](http://www.tdi.texas.gov/consumer/complfrm.html#wc).
- 3. Si usted trabajó para una subdivisión política (p. ej. la ciudad, el condado o el distrito escolar) al momento en que sucedió su lesión, es su responsabilidad averiguar cómo recibir tratamiento médico.**  
Su empleador debe poder proporcionar la información que usted necesita para determinar cuáles son los proveedores de servicios médicos que pueden atender su lesión relacionada con el trabajo.
- 4. Usted tiene la responsabilidad de informar a su médico cómo es que usted se lesionó y determinar si la lesión está relacionada con el trabajo.**
- 5. Usted tiene la responsabilidad de completar y enviar a DWC el Formulario DWC-041, Reclamo del Empleado para Compensación por una Lesión Relacionada con el Trabajo o Enfermedad Ocupacional.**  
Usted cuenta con un año para enviar el formulario después de haberse lesionado o después de haberse enterado que su enfermedad podría estar relacionada con su trabajo. Complete y envíe el Formulario DWC-041 aun si ya está recibiendo beneficios. Usted puede perder su derecho a recibir beneficios si no envía a tiempo el formulario completo a DWC. Para obtener una copia del Formulario DWC-041 comuníquese con DWC o con OIEC.
- 6. Usted tiene la responsabilidad de proporcionar su dirección actual, número de teléfono e información sobre su empleador a DWC y a la aseguradora. Usted puede comunicarse con DWC al 1-800-252-7031.**
- 7. Usted tiene la responsabilidad de informarle a DWC y a la aseguradora cada vez que haya un cambio en el estado de su empleo o su salario.**  
(Algunos ejemplos de cambios incluyen: si deja de trabajar a causa de su lesión; si usted regresa a trabajar; o si recibe una oferta de trabajo).
- 8. Los beneficiarios que son elegibles o las personas que buscan obtener beneficios por causa de muerte o beneficios de gastos para el entierro, tienen la responsabilidad de completar y enviar a DWC el Formulario DWC-042, Reclamación del Beneficiario para Obtener Beneficios por Causa de Muerte dentro de un año, a partir de la fecha en que el empleado falleció.**
- 9. Usted tiene prohibido hacer reclamaciones o demandas injustificadas o fraudulentas.**

# Your Employee Rights Under the Family and Medical Leave Act

## What is FMLA leave?

The Family and Medical Leave Act (FMLA) is a federal law that provides eligible employees with **job-protected leave** for qualifying family and medical reasons. The U.S. Department of Labor's Wage and Hour Division (WHD) enforces the FMLA for most employees.

Eligible employees can take **up to 12 workweeks** of FMLA leave in a 12-month period for:

- The birth, adoption or foster placement of a child with you,
- Your serious mental or physical health condition that makes you unable to work,
- To care for your spouse, child or parent with a serious mental or physical health condition, and
- Certain qualifying reasons related to the foreign deployment of your spouse, child or parent who is a military servicemember.

An eligible employee who is the spouse, child, parent or next of kin of a covered servicemember with a serious injury or illness **may take up to 26 workweeks** of FMLA leave in a single 12-month period to care for the servicemember.

You have the right to use FMLA leave in **one block of time**. When it is medically necessary or otherwise permitted, you may take FMLA leave **intermittently in separate blocks of time, or on a reduced schedule** by working less hours each day or week. Read Fact Sheet #28M(c) for more information.

FMLA leave is **not paid leave**, but you may choose, or be required by your employer, to use any employer-provided paid leave if your employer's paid leave policy covers the reason for which you need FMLA leave.

## Am I eligible to take FMLA leave?

You are an **eligible employee** if **all** of the following apply:

- You work for a covered employer,
- You have worked for your employer at least 12 months,
- You have at least 1,250 hours of service for your employer during the 12 months before your leave, and
- Your employer has at least 50 employees within 75 miles of your work location.

Airline flight crew employees have different "hours of service" requirements.

You work for a **covered employer** if **one** of the following applies:

- You work for a private employer that had at least 50 employees during at least 20 workweeks in the current or previous calendar year,
- You work for an elementary or public or private secondary school, or
- You work for a public agency, such as a local, state or federal government agency. Most federal employees are covered by Title II of the FMLA, administered by the Office of Personnel Management.

## How do I request FMLA leave?

Generally, **to request FMLA leave you must:**

- Follow your employer's normal policies for requesting leave,
- Give notice at least 30 days before your need for FMLA leave, or
- If advance notice is not possible, give notice as soon as possible.

You **do not have to share a medical diagnosis** but must provide enough information to your employer so they can determine whether the leave qualifies for FMLA protection. You **must also inform your employer if FMLA leave was previously taken** or approved for the same reason when requesting additional leave.

Your **employer may request certification** from a health care provider to verify medical leave and may request certification of a qualifying exigency.

The FMLA does not affect any federal or state law prohibiting discrimination or supersede any state or local law or collective bargaining agreement that provides greater family or medical leave rights.

State employees may be subject to certain limitations in pursuit of direct lawsuits regarding leave for their own serious health conditions. Most federal and certain congressional employees are also covered by the law but are subject to the jurisdiction of the U.S. Office of Personnel Management or Congress.

## What does my employer need to do?

If you are eligible for FMLA leave, your **employer must:**

- Allow you to take job-protected time off work for a qualifying reason,
- Continue your group health plan coverage while you are on leave on the same basis as if you had not taken leave, and
- Allow you to return to the same job, or a virtually identical job with the same pay, benefits and other working conditions, including shift and location, at the end of your leave.

Your **employer cannot interfere with your FMLA rights** or threaten or punish you for exercising your rights under the law. For example, your employer cannot retaliate against you for requesting FMLA leave or cooperating with a WHD investigation.

After becoming aware that your need for leave is for a reason that may qualify under the FMLA, your **employer must confirm whether you are eligible** or not eligible for FMLA leave. If your employer determines that you are eligible, your **employer must notify you in writing:**

- About your FMLA rights and responsibilities, and
- How much of your requested leave, if any, will be FMLA-protected leave.

## Where can I find more information?

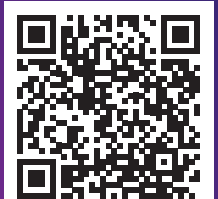
Call **1-866-487-9243** or visit **dol.gov/fmla** to learn more.

If you believe your rights under the FMLA have been violated, you may file a complaint with WHD or file a private lawsuit against your employer in court. **Scan the QR code to learn about our WHD complaint process.**



**WAGE AND HOUR DIVISION**  
UNITED STATES DEPARTMENT OF LABOR

SCAN ME



# Sus derechos de personal según la Ley de Licencia Familiar y Médica

## ¿Qué es una licencia de FMLA?

La Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA, por sus siglas en inglés) es una ley federal que proporciona al personal elegible **licencias con protección del empleo** por razones familiares y médicas que califiquen. La División de Horas y Salarios (WHD, por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo de EE. UU. hace cumplir la FMLA para la mayoría del personal.

El personal elegible puede tomarse licencias de FMLA de **hasta 12 semanas de trabajo** en un periodo de 12 meses por:

- El nacimiento, la adopción o la ubicación de hogar adoptivo de un niño o niña,
- Un problema grave de salud mental o físico que le impide trabajar,
- El cuidado de su cónyuge, hijos, hijas o padres con enfermedades mentales o físicas graves, y
- Ciertas razones que califican, relacionadas con la asignación de su cónyuge, hijo, hija, padre o madre en el servicio militar.

El personal que sea cónyuge, hijo, hija, padre, madre o familiar cercano de una persona cubierta en el servicio militar con una lesión o enfermedad grave **puede tomarse una licencia de FMLA de hasta 26 semanas de trabajo** en un solo periodo de 12 meses para cuidar a la persona en servicio.

Puede que usted tenga derecho a usar la licencia de FMLA en **un bloque de tiempo**. Cuando haya una necesidad médica o se permita por otro motivo, puede tomar una licencia de FMLA **de forma intermitente en bloques separados, o con un horario reducido** trabajando menos horas al día o a la semana. Lea la hoja informativa #28M(c) para obtener más información.

La licencia de FMLA **no es una licencia paga**, pero usted puede elegir, o puede que su empresa le exija, utilizar cualquier licencia paga proporcionada por la empresa si la política de licencias de su empresa cubre el motivo por el cuál necesita una licencia de FMLA.

## ¿Soy elegible para tomar una licencia de FMLA?

Usted es **elegible** si aplican **todas** las siguientes condiciones:

- Trabaja para una empresa cubierta,
- Ha trabajado para su empresa durante al menos 12 meses,
- Tiene al menos 1250 horas de servicio para su empresa durante los 12 meses previos a su licencia, y
- Su empresa tiene al menos 50 integrantes del personal dentro de las 75 millas desde su lugar de trabajo.

El personal de tripulación de vuelo tiene requisitos de "horas de servicio" diferentes.

Trabaja para una **empresa cubierta** si aplica **una** de las siguientes condiciones:

- Trabaja para una empresa privada que tiene al menos 50 integrantes del personal durante al menos 20 semanas laborales en el año actual o anterior,
- Trabaja para una escuela primaria o secundaria pública o privada, o
- Trabaja para una agencia pública, como una agencia gubernamental local, estatal o federal. La mayoría del personal está cubierta por el Título II de la FMLA, administrada por la Oficina de Administración de Personal.

## ¿Cómo solicito una licencia de FMLA?

En general, **para solicitar una licencia de FMLA usted debe**:

- Seguir las políticas regulares de su empresa para solicitar licencias,
- Avisar con al menos 30 días de anticipación que necesita una licencia de FMLA, o
- Si no es posible avisar con anticipación, avisar tan pronto sea posible.

Usted **no tiene obligación de compartir un diagnóstico médico**, pero debe proporcionar información suficiente para que su empresa pueda determinar si la licencia califica para la protección de la FMLA. Usted también **debe informar a su empresa si se tomó una licencia de FMLA anteriormente** o se aprobó por el mismo motivo al solicitar una licencia adicional.

Su **empresa puede solicitar certificación** de un prestador de atención médica para verificar la licencia médica y puede solicitar certificación de una exigencia que califique.

La FMLA no afecta ninguna ley federal o estatal que prohíba la discriminación, ni invalida ninguna ley estatal o local o acuerdo colectivo que proporcione mayores derechos de licencia familiar o médica.

El personal estatal puede estar sujeto a ciertas limitaciones al buscar demandas directas con respecto a licencias por sus propias condiciones graves de salud. La mayor parte del personal federal y cierta parte del congresional también está cubierta por la ley, pero está sujeta a la jurisdicción de la Oficina de Administración de Personal de EE. UU. o al Congreso.

## ¿Qué debe hacer mi empresa?

Si usted es elegible para una licencia de FMLA, su **empresa debe**:

- Permitirle que se ausente del trabajo con su empleo protegido, por un motivo que califique,
- Continuar su plan de cobertura grupal de salud mientras se encuentra de licencia, de la misma forma que si no estuviera de licencia, y
- Permitirle regresar al mismo empleo, o a un empleo virtualmente igual con el mismo salario, los mismos beneficios y otras condiciones de trabajo, incluidos los turnos y la ubicación, al finalizar su licencia.

Su **empresa no puede interferir con sus derechos de la FMLA** ni amenazar ni castigarle por ejercer sus derechos en virtud de la ley. Por ejemplo, su empleador no puede tomar represalias contra usted por solicitar una licencia de FMLA o cooperar con una investigación de WHD.

Tras tomar conocimiento de que su necesidad de tomar una licencia es por un motivo que califica según la FMLA, su **empresa debe confirmar si usted es elegible** o no para la licencia de la FMLA. Si su empresa determina que usted es elegible, su **empresa debe notificarle por escrito**:

- Sobre sus derechos y responsabilidades en virtud de la FMLA, y
- Qué parte de su licencia solicitada, si la hubiera, será protegida por la FMLA.

## ¿Dónde puedo encontrar más información?

Llame al **1-866-487-9243** o visite **dol.gov/fmla** para conocer más.

Si cree que sus derechos según la FMLA han sido violados, puede presentar una denuncia ante la WHD o presentar una demanda privada contra su empresa en la corte. **Escanee el código QR para conocer más sobre el proceso de denuncias de la WHD.**



**DIVISIÓN DE HORAS Y SALARIOS**  
**DEPARTAMENTO DE TRABAJO DE LOS ESTADOS UNIDOS**