YOUR LOGO HERE

**PAQUETE DE LOS PROCEDIMIENTOS DEL SEGURO DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES E INFORMACIÓN GENERAL**

ENTREGAR A:

**La dirección de su departamento y la información de contacto aquí**

**Dirección**

**Dirección**

**8001**

**Número de teléfono**

[**Contact.Person@YourSchool.com**](mailto:Contact.Person@YourSchool.com)

Para tener derecho a las prestaciones del seguro de compensación por accidentes o enfermedades de trabajo, los empleados deben seguir los siguientes procedimientos.

* **Informar de la lesión o enfermedad al (name of appropriate department) y al supervisor, director o enfermera INMEDIATAMENTE.** El informe se puede hacer a través de llamada telefónica, correo electrónico y/o Informe de investigación de accidentes del supervisor (adjunta; página 4).
  + Informar de la lesión/enfermedad a un compañero de trabajo no se considera un aviso adecuado.
  + La Ley de Compensación para Trabajadores requiere que un trabajador reporte cada accidente a su supervisor dentro de 15 días desde lo ocurrido. NMPSIA solicita que todas las lesiones/enfermedades en el lugar de trabajo se reporten dentro de 24 horas y a más tardar 72 horas después de la lesión/enfermedad de acuerdo con las Reglas de Compensación para Trabajadores de Nuevo México.
* **Enviar la notificación de incapacidad por accidente o enfermedad de trabajo (adjunta; página 5) (name of appropriate department)** lo antes posible.
  + **(Name of your school) NO dirigen la atención médica en relación con los reclamos de compensación para trabajadores.** Los empleados pueden buscar atención médica de un médico de su elección.
  + El proveedor de atención médica debe aceptar el seguro de compensación para trabajadores. Es la responsabilidad del empleado verificar si lo aceptan antes de continuar la atención médica.
  + **(Name of your school)** y CCSMI se reservan el derecho de cambiar de proveedor de atención médica después de 60 días, si lo consideran necesario.
* **Presentar el primer Informe de lesión o enfermedad del empleador de NMWCA** (adjunto; página 6) **(name of appropriate department)** lo antes posible.
* **Presentar el Formulario de autorización del trabajador para el uso y divulgación de los registros médicos de NMWCA** (adjunto; página 7)
  + El empleado autoriza a CCMSI y **(name of appropriate department)** obtengan registros médicos específicos.
* **El empleado debe proporcionar copias de toda la documentación médica, incluyendo las restricciones de trabajo, al Departamento de Gestión de Riegos y Servicios de Apoyo Legal** 
  + **Informe del proveedor sobre la capacidad física de NMWCA** (adjunto; página 8-9)
    - Debe llenarse por el médico para determinar la condición/restricciones de trabajo, a menos que el HCP decida utilizar un formato diferente
  + Los empleados son responsables de seguir las instrucciones/restricciones médicas del proveedor de atención médica
    - Las restricciones para volver al trabajo deben revisarse y aprobarse por el Departamento de **(name of appropriate department)** antes de que el empleado pueda volver al trabajo.
    - Si es necesario, se debe firmar una Oferta de Trabajo Modificado antes de que el empleado pueda volver al trabajo.

**Otra información importante:**

* Toda la documentación se enviará a CCMSI, nuestro administrador de terceros para la compensación de trabajadores, donde se aceptarán o rechazarán los reclamos después de ser revisados.

* Si el empleado falta al trabajo por una lesión/enfermedad en el trabajo, el seguro de compensación para trabajadores proporcionará una indemnización del 66 2/3% del salario regular del empleado, basándose en un historial salarial de 29 semanas, en el 8º día natural consecutivo de tiempo perdido.
  + Después del 28º día de baja, el empleado cobrará los primeros 7 días.
    - En el caso de que el empleado esté de baja, se agotarán todos los días de licencia (por enfermedad, personales y anuales) para continuar su pago de LCPS al 100%.
    - **El empleado debe comunicarse con el Departamento de Nómina al (list telephone number) para verificar el número de días de licencia acumulados/utilizados.** 
      * Si el empleado está de baja por más de 7 días y ha agotado todos los días de licencia, el empleado recibirá cheques de compensación al 66 2/3% de su salario normal. Los cheques se enviarán directamente al empleado a través de USPS.
      * Si el empleado está de baja por más de 7 días y **no** ha agotado los días de licencia, los cheques de compensación deben cederse a LCPS.
        + Los cheques se enviarán directamente al empleado a través de USPS y el empleado debe entregarlos al **(name of appropriate department)**.
* Para las ausencias de más de 5 días, el empleado debe comunicarse con el **(name of appropriate department)**

**Empleado (Nombre en letra de imprenta):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del empleado:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(name of appropriate department)**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_