



AmTrust North America
An AmTrust Financial Company

Texas Worker's Compensation Claim Kit



Table of Contents

- ‡ Table of Contents
- ‡ Easy Online Claims Reporting Instructions
- ‡ Instructions for Employers First Report of Injury of Illness
- ‡ Employer's First Report of Injury of Illness (DWC-001)
- ‡ Supplemental Report of Injury
- ‡ Instructions Supplemental Report of Injury
- ‡ AmTrust Pharmacy Network – First Fill Cards
- ‡ Return to Work – A Great Idea
- ‡ Notice to Employees Concerning Workers' Compensation in Texas (English and Spanish)
Must be completed by employer and posted
- ‡ Statement of Wages/Salary
- ‡ Designation of Insurance Carrier's Austin Representative (DWC-027)
- ‡ Application for Division Approval of Change in Payment Period and/or Purchase of an Annuity for Death Benefits (English and Spanish)
- ‡ Application for Division Approval of the Purchase of an Annuity for Lifetime Income Benefits



Table of Contents

- } Employer's Wage Statement (DWC-003)
- } Employee's Multiple Employment Wage Statement (DWC-003ME)
- } Declaración de salario de múltiples trabajos del empleado (DWC-003MES)
- } Declaración de salarios del empleador (DWC-003S)
- } Employer's Wage Statement for School Districts (DWC-003SD)
- } Declaración de salario del empleador para distritos escolares (DWC-003SDS)
- } Employer Notice of No Coverage or Termination of Coverage (DWC-005)
- } Request for Designated Doctor Examination (DWC-032)
- } Solicitud para Obtener un Examen por Parte de un Médico Designado (DWC-032S)
- } Request to Reduce Income Benefits Due to Contribution (DWC-033)
- } Request to Schedule a Medical Contested Case Hearing (DWC-049)
- } Employee's Election for Commuted (Lump Sum) Impairment Income Benefits (DWC-051)
- } Application for Supplemental Income Benefits (DWC-052)
- } Aplicación del trabajador para beneficios de ingresos suplementales (DWC-052S)
- } Employee Request to Change Treating Doctor (DWC-053)
- } Solicitud del Empleado para Cambiar de Médico de Tratamiento (DWC-053S)



Table of Contents

- } Notice to Employee: Intention to Request Division Permission to Adjust Benefits (DWC-054)
- } Aviso al/a la Empleado/a: Intencion de Solicitar permiso a la División para Ajuste de Beneficios
- } Request to Adjust Average Weekly Wage for Seasonal Employee (DWC-055)
- } Solicitud de Ajuste al Salario Medio Semanal de un(a) Empleado/a de Temporada (DWC-055S)
- } Carrier's Request for Seasonal Employee Wage Information from Texas Workforce
} Commisison Records (DWC-056)
- } Designated Doctor Examination Data Report (DWC-068)
- } Agreement Between Motor Carrier & Owner Operator to Provide Workers' Compensation
} Insurance (DWC-082)
- } Request for Record Check or Copies of Confidential Claim Information (DWC-153)
- } Solicitud para Obtener Verificación de Expedientes o Copias de Información Confidencial de la
} Reclamación (DWC-153S)
- } Prospective Employment Authorization and Certification (DWC-156)
- } Certificación y autorización de un posible empleo (DWC-156S)



EASY ONLINE CLAIMS REPORTING INSTRUCTIONS

By logging into AmTrust's web portal, policyholders can access a wide variety of account information including the ability to report injuries online. The following instructions will help get you started.

First Time Portal Access:

1. Go to www.amtrustnorthamerica.com
2. In the upper right corner of the home page, click "LOGIN"
3. In the subsequent AmTrust *Online* drop-down box, click the word "**Register**"
4. On the following screen, enter your policy number, zip code and the security code that appears on that screen and click "**Enter**" at the bottom right of the screen
5. Enter your email address, user name and password to complete the registration process
6. After completing the registration process, go back to www.amtrustnorthamerica.com and log in

Reporting of New Injuries:

1. Go to www.amtrustnorthamerica.com
2. Log in to "[AmTrust Online](#)"
3. Click the "**Claims**" icon in the upper middle of your screen to view the screen that lists your policies
4. Click "**View**" next to the policy for which you wish to enter a claim. This brings you to the policy detail screen
5. Click on "**First Reports**" in the upper left corner
6. On the next screen, click "**Add**" to view the "**New First Report of Injury**" screen
7. Click "**Use WebForm.**" This brings you to the screen where you will enter all of the detailed information about the injury/injured worker
8. When finished entering all of the data, click "**Submit**" and this report will channel into our intake center to be set up and assigned to a claims adjuster
9. Return to the "**First Reports**" screen and you will see the claim number for the report entered
10. When finished, click on "**Return to Listing**"

For ID/Password issues or if you receive error messages while using this application, please contact our help desk at help.desk@amtrustgroup.com or call 866.427.6150. Please be sure to specify that you are an AmTrust policyholder and provide your AmTrust Online ID.



AmTrust North America
An AmTrust Financial Company

Reporting of New Injuries:

1. Go to www.amtrustnorthamerica.com
2. Log in to "[AmTrust Online](#)"
3. Click the "**Claims**" icon in the upper middle of your screen to view the screen that lists your policies
4. Click "**View**" next to the policy for which you wish to enter a claim. This brings you to the policy detail screen
5. Click on "**First Reports**" in the upper left corner
6. On the next screen, click "**Add**" to view the "**New First Report of Injury**" screen
7. Click "**Use WebForm.**" This brings you to the screen where you will enter all of the detailed information about the injury/injured worker
8. When finished entering all of the data, click "**Submit**" and this report will channel into our intake center to be set up and assigned to a claims adjuster
9. Return to the "**First Reports**" screen and you will see the claim number for the report entered
10. When finished, click on "**Return to Listing**"

Helpful Hints:

- ... "**Time Employee Began Work**" and "**Time of Occurrence**" must be entered in military time
- ... Enter the hours in the first box and the minutes in the second box
- ... All dates must be entered as two-digit day, two-digit month and four-digit year, i.e.: XX/XX/XXXX
- ... For PEOs, in the "**Location Address**" box, please include the PEO client name and address of the applicable PEO client location. If there is a location code/number, specify in the "**Location #**" box
- ... If during the entry of a claim you must exit the application, first click on "**Save as Draft**" and you may return to it later by going back into the "**First Reports**" screen and clicking on "**In Progress**"

For ID/Password issues or if you receive error messages while using this application, please contact our help desk at help.desk@amtrustgroup.com or call 866.427.6150. Please be sure to specify that you are an AmTrust policyholder and provide your AmTrust Online ID.

Thank you for your attention to this matter.

Sincerely,

AmTrust North America
Claims Department



**DWC FORM-001
(Employer's First Report of Injury or Illness)**

The **employer** is required to file an **Employer's First Report of Injury or Illness** [DWC FORM-001 Rev. 10/05] with the injured worker's insurance carrier, and the injured claimant or the claimant's representative within 8 days after the employee's absence from work or receipt of notice of occupational disease.

The **Employer's First Report of Injury or Illness** provides information on the claimant, employer, insurance carrier and medical practitioner necessary to begin the claims process. Details of the claimant's employment and circumstances surrounding the injury or illness are also requested.

Send the specified copies to your **Workers' Compensation Insurance Carrier** and the injured employee. ***Employers - Do not send this form to the Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation, unless the Division specifically requests a direct filing.**

[Workers' Compensation Rule 120.2]

INSTRUCTIONS FOR EMPLOYERS FIRST REPORT OF INJURY OR ILLNESS (DWC FORM-001)

Type (or print in black ink) each item on this form. Failure to complete each item may delay the processing of the injury claim.

Section 409.005, Texas Workers' Compensation Act, requires an Employer's First Report of Injury or Illness (DWC FORM-001 Rev. 10/05 to be filed with the Workers' Compensation Insurance Carrier not later than the eighth day after the receipt of notice of occupational disease, or the employee's first day of absence from work due to injury or death. A copy of this report must be sent to the employee or the employee's representative. For purposes of this section, a report is filed when personally delivered, or postmarked. Send the specified copies to your **Workers' Compensation Insurance Carrier** and the injured employee. ***Employers - Do not send this form to the Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation, unless the Division specifically requests a direct filing.**

If a report has not been received by the carrier, the employer has the burden of proving that the report was filed within the required time frame. The employer has the burden of proving that good cause existed if the employer failed to file the report on time.

An employer who fails to file the report without good cause may be assessed an administrative penalty. An employer who fails to file the report without good cause waives the right to reimbursement of voluntary benefits even if no administrative penalty is assessed.

Once the employer has completed all information pertaining to the injury the employer should maintain the copy of this report to serve as the Employer's Record of Injury required by Section 409.006. Send the specified copies to your **Workers' Compensation Insurance Carrier** and the injured employee. ***Employers - Do not send this form to the Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation, unless the Division specifically requests a direct filing.** The Division's Health and Safety will use data from this report for the Job Safety Information System established in Section 411.032 of the Texas Workers' Compensation Act.

This report may not be considered admission or evidence against the employer or the insurance carrier in any proceeding before the Division or a court in which facts set out in the report are contradicted by the employer or insurance carrier.

"SPECIAL INSTRUCTIONS FOR CERTAIN ITEMS"

- Items 2,7,8: Section 402.082, Texas Workers' Compensation Act requires the Division to maintain information as to the race, ethnicity and sex on every compensable injury. This information will be maintained for non-discriminatory statistical use.
- Item 4: If no home phone, please provide a phone number where the employee can be reached.
- Items 5,15,17, 26,29,30: Enter data in month, day, year format. Example: 08-13-54.
- Item 18: List nature of accident or exposure, e.g., fall from scaffold, contact with radiation, etc. If occupational disease, so state.
- Item 19: List specific body part, e.g., chin, right leg, forehead, left upper arm, etc. If more than one body part is affected, list each part.
- Item 20: Describe in detail (1) the events leading up to the injury/illness, (2) the actual injury, e.g., cut left forearm, broken right foot, etc., and (3) the reason(s) why accident/injury occurred. Use an additional sheet of paper if necessary.
- Item 22: State the exact work-site location of the injury, e.g., construction site, office area, storage area, etc.
- Item 24: List object, substance, or exposure that directly inflicted the injury or illness, e.g., floor, hammer, chemicals, etc.
- Items 32,33: Enter date in month-year format. Example: 02-56.
- Item 37: Enter the number of days or hours that make up a full work week for your employees.
- Item 45: Enter the 6-digit North American Industry Classification System (NAICS) Code of the employer. The primary code is the code which appears in block 5 of Form C-3, "Employer's Quarterly Report" to the Texas Workforce Commission.
- Item 46: For companies with a single NAICS code, the specific code is the same as the primary code. For companies with multiple NAICS codes, enter the code that identifies the specific business, activity, or work-site location the employee was working in at the time of the injury. This may or may not be the same as the primary code.

Note: With few exceptions, on your request, you are entitled to:

- be informed about the information DWC collects about you;
- receive and review the information (Government Code Sections 552.021 and 552.023); and
- have DWC correct information that is incorrect (Government Code Section 559.004).

For more information, contact DWCLegalServices@tdi.texas.gov or refer to the Corrections Procedure section at www.tdi.texas.gov/commissioner/legal/lccorprc.html.

Send the specified copies to your
Workers' Compensation Insurance Carrier
and the injured employee.

*Employers - Do not send this form to the
Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation,
Unless the Division specifically requests a direct filling.

CLAIM # _____

CARRIER'S CLAIM # _____

EMPLOYERS FIRST REPORT OF INJURY OR ILLNESS (DWC Form-001)

1. Name (Last, First, M.I.)		2. Sex F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
3. Social Security Number - -	4. Home Phone ()	5. Date of Birth (m-d-y) - -	
6. Does the Employee Speak English? If No, Specify Language Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
7. Race White <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/>		8. Ethnicity Hispanic <input type="checkbox"/> Native American <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/>	
9. Mailing Address Street or P.O. Box City State Zip Code County			
10. Marital Status Married <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/>			
11. Number of Dependent Children		12. Spouse's Name	
13. Doctor's Name			
14. Doctor's Mailing Address (Street or P.O.Box) City State Zip Code			

15. Date of Injury (m-d-y) - -	16. Time of Injury : am <input type="checkbox"/> pm <input type="checkbox"/>	17. Date Lost Time Began (m-d-y) - -	
18. Nature of Injury*		19. Part of Body Injured or Exposed*	
20. How and Why Injury/Illness Occurred*			
21. Was employee doing his regular job? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		22. Worksite Location of Injury (stairs, dock, etc.)*	
23. Address Where Injury or Exposure Occurred Name of business if incident occurred on a business site Street or P.O. Box County City State Zip Code			
24. Cause of Injury(fall, tool, machine, etc.)*			
25. List Witnesses			
26. Return to work date/or expected (m-d-y) - -	27. Did employee die? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	28. Supervisor's Name	29. Date Reported (m-d-y) - -

30. Date of Hire (m-d-y) - -	31. Was employee hired or recruited in Texas? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	32. Length of Service in Current Position Months ____ Years ____	33. Length of Service in Occupation Months ____ Years ____
34. Employee Payroll Classification Code		35. Occupation of Injured Worker	
36. Rate of Pay at this Job \$ ____ Hourly \$ ____ Weekly	37. Full Work Week is: ____ Hours ____ Days	38. Last Paycheck was: \$ ____ for ____ Hours or ____ Days	39. Is employee an Owner, Partner, or Corporate Officer? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

40. Name and Title of Person Completing Form		41. Name of Business	
42. Business Mailing Address and Telephone Number Street or P.O. Box Telephone () City State Zip Code		43. Business Location (If different from mailing address) Number and Street City State Zip Code	
44. Federal Tax Identification Number	45. Primary North American Industry Classification System Code:(6 digit)	46. Specific NAICS Code (6 digit)	47. Texas Comptroller Taxpayer No.
48. Workers' Compensation Insurance Company		49. Policy Number	

50. Did you request accident prevention services in past 12 months?
YES NO If yes, did you receive them? YES NO

51. Signature and Title (READ INSTRUCTIONS ON INSTRUCTION SHEET BEFORE SIGNING)
X _____ Date _____





CLAIM #
Carrier #

SUPPLEMENTAL REPORT OF INJURY

Part I EMPLOYER INFORMATION

1. Employer business name
2. Employer phone #
3. Employer mailing address
4. Insurance carrier name
5. Does the employer have return to work (RTW) opportunities available based on the injured worker's current capabilities?
6. Has the insurance carrier provided RTW coordination services within the past 12 months?
7. Has the employer requested RTW training from DWC or the insurance carrier?
8. Has the insurance carrier provided accident prevention services in the past 12 months?
9. Has the employer requested accident prevention services from the insurance carrier?

Part II REASON FOR FILING THIS REPORT (deadlines vary, see instructions)

10. a. The injured worker returned to work in either a full or limited capacity: File this report within 3 days.
b. The injured worker is earning more or less than the pre-injury wage because of the injury: File within 10 days.
c. The injured worker returned, then later had additional lost time or reduced wages as a result of the injury: File within 3 days.
d. The injured worker resigned or was terminated from employment: File within 10 days.

Part III INJURED WORKER INFORMATION

11. Injured worker name
12. SSN (last 4 digits)
13. DOI
14. Injured worker mailing address and phone #
15. First day of lost time or reduced wages for this injury (mm/dd/yyyy)
16. First day of additional lost time or reduced wages (mm/dd/yyyy)
17. Has the injured worker experienced 8 days (cumulative) of lost time or reduced wages as a result of the injury?
18. Date of most recent RTW
19. Has the injured worker resigned, been terminated or died?
20. Hours the injured worker was working during the pay period of
21. Weekly/hourly earnings for the pay period of

This form to be filed with: The employer's insurance carrier and the injured worker in the timeframe as noted in Part II.

22. To the best of my knowledge the information provided in this report is accurate and may be relied upon for evaluation of eligibility for benefits.

Submitted by: Employer Injured Worker (If no longer working for the employer where injury occurred.)

Signature and Title of person completing this form

Date



DWC FORM-6 Supplemental Report of Injury

DWC requires the reporting of all Return to Work and Post-Injury Change of Earnings. An injured worker is entitled to temporary income benefits if he/she has disability (defined as the inability to work, or the inability to earn wages equivalent to pre-injury wages, as a result of the injury) and has not reached maximum medical improvement (defined as having reached 104 weeks from the eighth day of lost time or when a doctor certifies that no further recovery can be reasonably anticipated). The insurance carrier shall adjust the weekly amount of temporary income benefits paid to the injured worker to match the fluctuations in weekly earnings after the injury. To ensure the insurance carrier has accurate information to calculate benefits, the DWC FORM-6 is to be completed as applicable:

By EMPLOYER	By INJURED WORKER
<p>The EMPLOYER means the employer for whom the injured worker was working when the injury occurred. If the employer is the current employer, then you are responsible to provide information to the workers' compensation insurance carrier about:</p> <ul style="list-style-type: none"> • The existence of earnings, and • The amount of any earnings, or • Any offers of employment. <p>Include CLAIM and insurance carrier numbers in right upper hand corner. Complete items 1-21, sign and date.</p>	<p>If you (the INJURED WORKER) are no longer employed by the employer where the injury/illness occurred, then you are responsible to provide information to the workers' compensation insurance carrier about:</p> <ul style="list-style-type: none"> • The existence of earnings, and • The amount of any earnings, or • Any offers of employment. <p>This form may be used to do so. Include CLAIM and insurance carrier numbers in right upper hand corner. Complete items 1-4, 10-21, sign and date.</p>
<p>The EMPLOYER must file this form:</p> <ul style="list-style-type: none"> • For a worker's injury/illness that occurs after January 1, 1991 and required the previous filing of a DWC FORM-1, Employer's First Report of Injury; and • During the time the injured worker is entitled to temporary income benefits (TIBs); and • Until the injured worker: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Reaches maximum medical improvement (MMI), or ➢ Is no longer employed by the employer. 	<p>If you are employed by a new employer after the injury; and</p> <ul style="list-style-type: none"> • You are receiving benefits, you must tell the insurance carrier if your wages change, regardless of whether your income went up or down; or • You are <i>not</i> receiving benefits, you must tell the insurance carrier if the injury causes you to miss work or lose income.
<p>This report must be filed in the following situations within the timeframes indicated:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 days after the injured worker begins to lose time from work as a result of the injury, if lost time did not occur immediately following the injury; • 3 days after the injured worker returns to work; • 3 days, when the injured worker returned to work, then later has additional day(s) of lost time as a result of the injury; • 10 days after the end of each pay period in which the injured worker has a change in earnings as a result of the injury; • 10 days after the injured worker resigns or is terminated. <p>While most of the sections on this form are self-explanatory, please note that the pay periods requested in sections 20 & 21 may be different depending on the situation for which the form is being filed:</p> <ul style="list-style-type: none"> • If the report is indicating lost time from work or the end of employment, the pay period shall be the most recent pay period prior to the lost time. • If the report is indicating return to work or a change in earnings, the pay period shall be the pay period the injured worker is beginning. 	
<p>This form is to be filed by first class mail or personal delivery with:</p> <ul style="list-style-type: none"> • The insurance carrier, and • The injured worker. <p>This report is considered filed when personally delivered or postmarked.</p>	<p>This form is to be filed by first class mail or personal delivery with:</p> <ul style="list-style-type: none"> • The insurance carrier. <p>This report is considered filed when personally delivered or postmarked.</p> <p>If you return to work for the same employer or a different employer, your temporary income benefits from the insurance carrier must be adjusted.</p> <p>Failure to report earned wages and/or offers of employment to the insurance carrier who is paying benefits to you is a crime that may result in fines and/or imprisonment.</p>
<p>Failure to comply with these filing requirements, without good cause, is a Class D administrative violation, subject to a penalty not to exceed \$500.</p>	

TLC§ 409.005 and Rules 120.3 and 129.4 provide the requirements regarding use of this report. The complete rule text is available on the DWC website at: <http://www.tdi.texas.gov/wc/rules>





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.

Questions? Need Help?



1-866-599-5426

WORKERS' COMPENSATION PRESCRIPTION DRUG PROGRAM

AmTrust North America
 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.

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

	<u>NDC</u>	or	<u>Envoy</u>
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.

The following entities comprise the Optum Workers Compensation and Auto No Fault division: PMSI, LLC, dba Optum Workers Compensation Services of Florida; Progressive Medical, LLC, dba Optum Workers Compensation Services of Ohio; Cypress Care, Inc. dba Optum Workers Compensation Services of Georgia; Healthcare Solutions, Inc., dba Optum Healthcare Solutions of Georgia; Settlement Solutions, LLC, dba Optum Settlement Solutions; Procura Management, Inc., dba Optum Managed Care Services; Modern Medical, dba Optum Workers Compensation Medical Services, collectively and individually referred as "Optum."



IMP14-1614-109-FFWG

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

AMTRUST NORTH AMERICA

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

	<u>NDC</u>	or	<u>Envoy</u>
RxBIN	004261		002538
RxPCN	CAL		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.

RETURN-TO-WORK; A GREAT IDEA

We at the AmTrust Group, are convinced that an employer who provides light, or restricted work for injured employees, enjoys numerous benefits. This is not just an opinion, it's something we see day in and day out. Consider:

- Unless an injured worker returns to the workplace within 60 days, chances of him/her ever returning drop dramatically. (resulting in a very expensive permanent disability situation.)
- After 6 months away from the workplace, only 50% chance of return.
- After 12 months, only a 10% chance of return.

Some Return-to Work Benefits Include:

- "Test" of malingering potential. Injured employees who refuse light duty are more prone to being malingerers.
- Opportunity for employer to demonstrate true concern for workers' well-being.
- Promotion of rehabilitation and recovery.
- Lower medical and rehabilitation costs.
- Productivity.
- Morale improvement for the injured worker.
- Ability for the employer to monitor the injured employee's recovery progress.
- Decrease of WC claims costs, with resultant downstream WC premium savings.

(Notice we're not just talking about 'feel-good' issues, but also hard dollars !)

Some common misconceptions (and truths) about Return-to-Work / Light Duty:

Misconception: *We've already got too many "programs" around here, and don't need any more paper.*

Truth: While it is true a written, planned program works best, in many cases a Light Duty "program" can be nothing more than a management understanding of the benefits and principles of Return-to-Work, how it works, and the commitment to 'just do it', when light-duty recommendations are made by WC physicians.

Misconception: *It will get me into an Americans With Disabilities (ADA) "situation".*

Truth: Light-duty and ADA "reasonable accommodation" are two entirely separate issues. Generally, light duty is a temporary assignment, for a relatively short period. ADA accommodations are made for serious, permanent disabilities that impair major life activities.

Misconception: *I'll have to devise a whole new job each time an employee needs light duty.*

Truth: The vast majority of light-duty restrictions require accommodating only one or two factors, such as "no lifting over 10 pounds", or the like. In many cases, if you break the jobs down into individual **tasks**, you'll see that only one or two tasks within the employee's normal job are affected, and can be handled in some other way.

Misconception: *Once an employee gets into a "cushy" light-duty job, s/he'll never leave it, and I'll be stuck with it.*

Truth: Light duty is always defined by, and monitored by the attending physician. An employee on light duty is periodically monitored by the physician for improvement, and is released for full-duty as soon as medically indicated.

Misconception: *We're a union company. Our union won't allow us to pay lower rates, or move employees between classifications, or between bargaining groups.*

Truth: Any Local that objects to a Return-to-Work program should be referred to its national body for guidance. Return to Work is universally recognized as a very positive influence on an injured worker (as well as benefiting the employer). Labor unions, whose major purpose for existence is the benefit of the workers they represent, should not only "tolerate" Return-to-Work programs, but enthusiastically promote, and assist in such programs' implementation and operation. It is strongly suggested that management approach labor representatives to solicit their input, and assistance in making Return to Work a positive force in your workplace.

Misconception: *I might be willing to place a worker in a light-duty position, but I can't afford pay them their full pay, for the decreased productivity.*

Truth: Talk to your WC insurer's claims professional. In many cases, states' WC plans provide for "make-up" pay to replace some, or all of the injured employees' decreased earnings. The goal of getting them back to the workplace, and doing some productive work is that important!

NOTICE TO EMPLOYEES CONCERNING WORKERS' COMPENSATION IN TEXAS

COVERAGE: [Name of employer] _____ has workers' compensation insurance coverage from [name of commercial insurance company] _____ in the event of work-related injury or occupational disease. This coverage is effective from [effective date of workers' compensation insurance policy] _____. Any injuries or occupational diseases which occur on or after that date will be handled by [name of commercial insurance company] _____. An employee or a person acting on the employee's behalf, must notify the employer of an injury or occupational disease not later than the 30th day after the date on which the injury occurs or the date the employee knew or should have known of an occupational disease, unless the Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation (Division) determines that good cause existed for failure to provide timely notice. Your employer is required to provide you with coverage information, in writing, when you are hired or whenever the employer becomes, or ceases to be, covered by workers' compensation insurance.

EMPLOYEE ASSISTANCE: The Division provides free information about how to file a workers' compensation claim. Division staff will answer any questions you may have about workers' compensation and process any requests for dispute resolution of a claim. You can obtain this assistance by contacting your local Division field office or by calling 1-800-252-7031. The Office of Injured Employee Counsel (OIEC) also provides free assistance to injured employees and will explain your rights and responsibilities under the Workers' Compensation Act. You can obtain OIEC's assistance by contacting an OIEC customer service representative in your local Division field office or by calling 1-866-EZE-OIEC (1-866-393-6432).

SAFETY VIOLATIONS HOTLINE: The Division has a 24 hour toll-free telephone number for reporting unsafe conditions in the workplace that may violate occupational health and safety laws. Employers are prohibited by law from suspending, terminating, or discriminating against any employee because he or she in good faith reports an alleged occupational health or safety violation. Contact the Division at 1-800-452-9595.

COVERED EMPLOYER

Texas Workers' Compensation Rule 110.101(e)(1) requires employers who are covered by workers' compensation through a commercial insurance company to advise their employees that they do have workers' compensation insurance coverage and to advise their employees of the Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation's toll free number to obtain additional information about their workers' compensation rights.

Notices in English, Spanish and any other language common to the employer's employee population must be posted and:

1. Prominently displayed in the employer's personnel office, if any;
2. Located about the workplace in such a way that each employee is likely to see the notice on a regular basis;
3. Printed with a title in at least 26 point bold type, subject in at least 18 point bold type, and text in at least 16 point normal type; and
4. Contain the exact words as prescribed in Rule 110.101(e)(1).

The notice on the reverse side meets the above requirements. Failure to post or to provide notice as required in the rule is a violation of the Act and Division rules. The violator may be subject to administrative penalties.

Do Not Post This Side

AVISO A LOS EMPLEADOS SOBRE LA COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES EN TEXAS

COBERTURA: [Name of the employer] _____

_____ tiene cobertura de seguros de compensación para trabajadores con [name of the commercial insurance company] _____ para protegerle en caso de una lesión o enfermedad ocupacional relacionada con el trabajo. Esta cobertura está vigente desde [effective date of workers' compensation insurance policy] _____. Cualquier lesión o enfermedad ocupacional que ocurra en o después de esta fecha será manejada por [name of commercial insurance company]_____. Un empleado o una persona que actúe en nombre del empleado, debe notificar al empleador sobre una lesión o una enfermedad ocupacional a no más tardar de treinta (30) días, a partir de la fecha en que ocurrió la lesión o en la fecha en la que el empleado se enteró o debería de haberse enterado de la enfermedad ocupacional, al menos que el Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores (Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation – TDI-DWC, por su nombre y siglas en inglés) (División) determine que existió una buena causa para que no se haya notificado al empleador dentro del tiempo señalado. Su empleador tiene la obligación de proporcionarle a usted información por escrito sobre la cobertura cuando usted es contratado o cuando su empleador adquiere o deja de tener una cobertura de seguro de compensación para trabajadores.

ASISTENCIA AL EMPLEADO: La División proporciona información gratuita sobre cómo presentar una reclamación de compensación para trabajadores. El personal de la División contestará cualquier pregunta que usted pueda tener sobre la compensación para trabajadores y procesará cualquier solicitud de resolución de disputas relacionada con una reclamación. Usted puede obtener este tipo de asistencia comunicándose con su oficina local de la División o llamando al teléfono 1-800-252-7031. La Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado (Office of Injured Employee Counsel – OIEC, por su nombre y siglas en inglés) también ofrece asistencia gratuita a los empleados lesionados y ellos le explicarán cuáles son sus derechos y responsabilidades bajo la Ley de Compensación para Trabajadores. Usted puede obtener la asistencia de OIEC comunicándose con un representante de servicio al cliente de OIEC en su oficina local de la División o llamando al 1-866-EZE-OIEC (1-866-393-6432).

LÍNEA DIRECTA PARA REPORTAR VIOLACIONES DE

SEGURIDAD: La División cuenta con una línea gratuita telefónica que está en servicio las 24 horas del día para reportar condiciones inseguras en el área de trabajo que podrían violar las leyes ocupacionales de salud y seguridad. La ley prohíbe que los empleadores suspendan, despidan o discriminen en contra de cualquier empleado porque él o ella de buena fe reporta una alegada violación ocupacional de salud o seguridad. Comuníquese con la División al teléfono 1-800-452-9595.

EMPLEADOR CON COBERTURA

El Reglamento 110.101 (e)(1) de Compensación para Trabajadores de Texas requiere que los empleadores que cuentan con una cobertura de compensación para trabajadores mediante una compañía de seguros comercial notifiquen a sus empleados que ellos cuentan con una cobertura de seguro de compensación para trabajadores e informen a sus empleados sobre el número de la línea telefónica gratuita del Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores para obtener información adicional sobre sus derechos de compensación para trabajadores.

Avisos en inglés, español y cualquier otro idioma común para la población de los trabajadores del empleador deben ser puestos a la vista y:

1. Mostrarse en un lugar prominente de la oficina de personal del empleador, si es que la hay;
2. Ubicar este aviso en el área de trabajo de tal manera que los empleados lo vean regularmente;
3. El título debe ser impreso en tamaño 26, en letra negrita de punto, el tema debe ser impreso en tamaño 18, en letra negrita de punto, y el texto, por lo menos en tamaño 16 en letra negrita de punto normal; y
4. Contener las palabras exactas según lo señalado en el Reglamento 110.101 (e)(1).

El aviso que se muestra al reverso de esta página cumple con los requisitos que se han señalado en la parte de arriba. El negarse a mostrar o proporcionar esta información, según lo requerido en el reglamento es una falta a la ley y a los reglamentos de la División. El infractor podría estar sujeto a sanciones administrativas.

NO MOSTRAR ESTE LADO

STATEMENT OF WAGES/SALARY

IMPORTANT: PLEASE COMPLETE ALL INFORMATION REQUESTED

Employee:
Social Security Number:

Employer:
Date of Hire:

Claim Number:
Position/Job Title

EMPLOYMENT TYPE: Full Time ___ Part Time ___ Seasonal ___ Temp ___

If Temporary or Seasonal worker, last day of season or job end date _____

WAGETYPE: Hourly ___ Salary ___ Commission ___

WAGE INFORMATION:

\$ _____ per hour ; Monthly Wage \$ _____ ; Does monthly wage include commission ___ Yes ___ No

Hours per Week _____ ; Overtime Rate \$ _____ per hour ; Overtime Hours Regularly Worked per week _____

Tips reported: \$ _____ per week

If employees' compensation package includes an allowance for any of the following, please indicate the actual or estimated value:

Meals: \$ _____ per week Auto: \$ _____ Rent/Lodging: \$ _____ per week Bonus \$ _____ per ___wk___mth___yr

PLEASE COMPLETE THE BELOW FOR THE PERIOD _____ TO _____

WK	Pay Rate	Hrs Worked	Begin Date	End Date	Gross Salary	WK	Pay Rate	Hrs Worked	Begin Date	End Date	Gross Salary
1						27					
2						28					
3						29					
4						30					
5						31					
6						32					
7						33					
8						34					
9						35					
10						36					
11						37					
12						38					
13						39					
14						40					
15						41					
16						42					
17						43					
18						44					
19						45					
20						46					
21						47					
22						48					
23						49					
24						50					
25						51					
26						52					



Designation of insurance carrier's Austin representative

Part 1. Insurance carrier information

1. Insurance carrier name	2. Insurance carrier group affiliation (if applicable)
3. Insurance carrier primary mailing address (street or PO box, city, state, ZIP code)	
4. Insurance carrier Federal Employer ID Number (FEIN)	5. Insurance carrier TXCOMP Customer ID number (if known)

Part 2. Austin representative information

6. Austin representative name (first, middle, last)	7. Austin representative organization name
8. Austin representative mailing address (street or PO box, city, state, ZIP code)	
9. Austin representative email	10. Austin representative phone number ()
11. Austin representative fax number ()	12. Austin representative FEIN

Part 3. Insurance carrier affirmation

I designate the person named in Box 6 as my Austin representative. I authorize them to act as my agent for receiving notices, letters, and other correspondence from the Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation (DWC). I affirm that:

- the insurance carrier listed above authorizes me to act on its behalf;
- the contract or agreement with the Austin representative requires that workers' compensation information involved in DWC communications remains subject to the confidentiality requirements of the Texas Labor Code, Title 5, Subtitle A, (Texas Workers' Compensation Act), if applicable; and
- the Austin representative and its designees, if any, will store workers' compensation claim information in a secure environment with appropriate security and privacy safeguards to prevent unauthorized access to or disclosure of the information.

I acknowledge that the insurance carrier is responsible for the acts or omissions of its designated representative and the representative's designees.

13. Signature of insurance carrier's Austin representative coordinator	14. Coordinator's name
15. Date of signature (mm-dd-yyyy)	16. Coordinator's phone number

FAQ

Designation of insurance carrier's Austin representative

Does every insurance carrier have to file this form?

All insurance carriers as defined by Texas Labor Code Section 401.011(27) must complete this form. Insurance carriers include:

- an insurance company;
- a certified self-insurer for workers' compensation;
- a certified self-insurance group; and
- a governmental entity that self-insures, either individually or collectively.

When do I need to file this form?

Insurance carriers should file this form before they begin to provide workers' compensation insurance coverage in Texas and when the information they previously filed changes. Failure to file this form may result in correspondence delays and an administrative violation.

When does a change in an Austin representative become effective?

By DWC rule, a person designated as an insurance carrier's Austin representative remains the representative until 30 days after DWC receives notice that the insurance carrier designated another Austin representative.

Where do I get the insurance carrier's TXCOMP Customer ID number?

You can get the insurance carrier's TXCOMP Customer ID number using the "Locate Insurance Carrier" function in TXCOMP at www.tdi.texas.gov/wc/txcomp.html. Search for the insurance carrier using its name or FEIN.

Where do I get the Austin representative's FEIN?

The insurance carrier should ask for the FEIN from its intended Austin representative during the contract negotiation process.

Questions?

Contact DWC Insurance Coverage at 800-372-7713, option 6 or email coverage.verification@tdi.texas.gov.

Note: With few exceptions, on your request, you are entitled to:

- be informed about the information DWC collects about you;
- receive and review the information (Government Code Sections 552.021 and 552.023); and
- have DWC correct information that is incorrect (Government Code Section 559.004).

For more information, contact DWCLegalServices@tdi.texas.gov or go to the Corrections Procedure section at <https://www.tdi.texas.gov/commissioner/legal/lccorprc.html>.



DWC Claim #

Carrier Claim #

APPLICATION FOR DIVISION APPROVAL OF CHANGE IN PAYMENT PERIOD AND/OR PURCHASE OF AN ANNUITY FOR DEATH BENEFITS

1. Employee's Name 2. Date of Injury 3. Employer's Business Name 4. Insurance Carrier's Name 5. Beneficiary's Name

All applications for Division approval of a change in the payment period for death benefits are subject to the Texas Workers' Compensation Act, Texas Labor Code, §408.181 through 408.184 and Rules 132.1 through 132.12 and 132.15 through 132.16.

CHECK ALL BOXES THAT APPLY:

- Request the Division to approve a change in the payment period from weekly to monthly for death benefits.
The carrier will purchase an annuity to pay death benefits.

Payor's Name
Mailing Address
City, State, Zip

- 1) The workers' compensation carrier will remain ultimately liable for payment of the benefits.
2) A separate application to change the frequency of payments must be submitted for each eligible beneficiary.
3) A completed Employer's Wage Statement (DWC Form-003) must be filed with this application if less than the maximum weekly death benefit in effect at the time of death is being paid.

DIVISION APPROVAL: Authorized DWC Employee's Signature Date

X Signature of Representative of Beneficiary (if any) Printed Name of Representative of Beneficiary

X Signature of Beneficiary I have read this application or have had it read to me by someone of my choice, and I understand and agree to its terms.

X Signature of Carrier Representative Printed Name of Carrier Representative Telephone Number of Carrier Representative

APPROVAL NOTICES WILL BE MAILED TO TYPED OR LEGIBLY PRINTED ADDRESSES BELOW (ALL BLANKS MUST BE COMPLETED)

Representative of Beneficiary (if Any) Mailing Address City, State, Zip

Beneficiary Mailing Address City, State, Zip

Insurance Carrier Mailing Address City, State, Zip

SEE REVERSE SIDE



INFORMATION SHEET
**DWC FORM-31, Application for Division Approval of Change in Payment Period
and/or Purchase of an Annuity for Death Benefits**

Upon the request of an eligible beneficiary entitled to death benefits, the insurance carrier and eligible beneficiary may agree to change the frequency of death benefits payments from the standard weekly period to a monthly period. The Division must approve the application to change the frequency of death benefits payments.

Monthly Payment of Death Benefits by Insurance Carrier

The following are requirements in rule 132.16 for a written agreement that the workers' compensation insurance carrier will issue monthly payments of death benefits

- a. the agreement for the monthly payment will be effective the first calendar day of the month following the month in which the written agreement was approved by the Division;
- b. payment of monthly death benefits shall be issued on or before the seventh day of the month for which benefits are due;
- c. weekly death benefits payments must continue through the end of the month in which the agreement was approved;
- d. payment of the last week of death benefits to transition from weekly payment of death benefits to monthly payments shall be prorated to the end of the month to ensure the eligible beneficiaries receive death benefits through the last day of the month; and
- e. the monthly compensation rate must be calculated by multiplying the weekly rate by 4.34821.

With the exception of payments made by annuity under Rule 132.16(d), at any time after signing the agreement for the monthly payment of death benefits, the eligible beneficiary or insurance carrier may notify the other party in writing that it no longer agrees to the monthly payment of death benefits. The last monthly payment shall be prorated to ensure the insurance carrier pays the appropriate amount of death benefits. In this case, the insurance carrier shall pay all accrued but unpaid death benefits at the end of the current monthly cycle to ensure the insurance carrier pays the appropriate amounts of death benefits weekly as and when they accrue and are due.

Payment of Death Benefits by Annuity

An eligible beneficiary entitled to death benefits and the insurance carrier may enter into a written agreement for the purchase of an annuity to pay death benefits. All applications must be submitted to the Division for approval. If less than the maximum weekly death benefit in effect at the date of death is being paid, a completed Employer's Wage Statement must be filed with the application. An annuity for the payment of death benefits shall meet the following terms and conditions:

- (1) Monthly death benefit payments shall be initiated no later than the 45th day after the date on which the written agreement was approved by the Division.
- (2) The company providing an annuity for the payment of death benefits must be licensed to do business in Texas and must have a current A. M. Best rating of B+ or better or have a Standard & Poor's rating of claims paying ability of A or better.
- (3) The workers' compensation insurance carrier must guarantee the payments provided by the annuity company in the event of default.
- (4) When benefits are paid to an eligible spouse of the deceased employee and the spouse subsequently remarries, the annuity contract must address the payment of a lump sum payment equal to 104 weeks of benefits to the eligible spouse and the redistribution of benefits at the end of 104 weeks to the remaining eligible beneficiaries, if any.
- (5) If all beneficiaries become ineligible to receive death benefits and an amount equal to 364 weeks of death benefits has not been paid, the remaining benefits shall be paid by the annuity company without an order from the Division to the Subsequent Injury Fund not later than 30 days after all beneficiaries' eligibility ends.
- (6) A beneficiary, or the beneficiary's guardian if applicable, shall not be allowed to assign the right to receive death benefits from an annuity. All death benefits must be paid to the order of the eligible beneficiary or the legal guardian, if applicable
- (7) The annuity company shall pay death benefits either weekly or monthly as elected by the beneficiary in the application for payment of death benefits by annuity.
- (8) If monthly payments are elected by the beneficiary, the transition from weekly to monthly benefits paid by annuity shall be the same as that for death benefits paid by the responsible insurance carrier set out in subsection (a) of Rule 132.16.

Note: With few exceptions, on your request, you are entitled to:

- be informed about the information DWC collects about you.
- receive and review the information (Government Code Sections 552.021 and 552.023); and
- have DWC correct information that is incorrect (Government Code Section 559.004).

For more information, contact DWCLegalServices@tdi.texas.gov or refer to the Corrections Procedure section at www.tdi.texas.gov/commissioner/legal/lccorprc.html

SCHEDULE OF BENEFITS

CLAIM NUMBER _____

Annuitant: _____

Relationship to Employee: _____

Date of Issue: _____

Date Payments Begin: _____ Payment Period: _____

Schedule of Benefits:

Submitted By:

Date Submitted:



Instructions for Schedule of Benefits

The insurance carrier must ensure the annuity purchased includes the language necessary for the benefits to be paid to the beneficiary in accordance with the Texas Workers' Compensation Act. The following are examples of required wording to be used in the annuity and the schedule of benefits for each type of beneficiary.

WORDING REQUIRED FOR SCHEDULE OF BENEFITS ON ANNUITIES

Spouse (sole eligible beneficiary of employee) - (\$ amount of payment) payable (weekly or monthly) beginning (date payments to begin) for life, or until remarriage. In the event of remarriage, payment will cease and an undiscounted lump sum equivalent to 104 weeks of the spouse's benefits will be paid directly to the spouse.

Child (employee's spouse divorced, deceased or remarried) - (\$ amount of payment) payable (weekly or monthly) until age 18, or to age 25 if enrolled as a full time student in an accredited educational institution after age 18. If not enrolled as a full time student after age 18, payments cease on (date of 18th birthday) and revert to other eligible beneficiaries, if any.

Spouse and Child(ren) - (Name of spouse) will be paid the sum of (50% of total amount of death benefit) per (week or month) beginning (beginning date of payments) through (date of last eligible child's 18th or 25th birthday). Then payment to the spouse increases to (full amount of payment) per (week or month) beginning (next payment date after child's eligibility expires) for remainder of the spouse's life or until remarriage.

If (name of spouse) remarries, (she/he) is entitled to an undiscounted lump sum payment equivalent to 104 weeks of the benefits for which eligibility exists on the date of remarriage. If (name of spouse) remarries prior to (date of last eligible child's 18th or 25th birthday), the spouse's benefits will be redistributed to the remaining eligible beneficiaries after 104 weeks from the date of remarriage has lapsed. If (name of spouse) dies prior to (date of last eligible child's 18th or 25th birthday), the spouse's benefits will be redistributed to the remaining eligible beneficiaries.

Other Beneficiary Payment Scenarios - In the event the insurance carrier and eligible beneficiaries other than a spouse and/or children seek Division approval to change the payment period and/or purchase an annuity for payment of death benefits, language included in the Schedule of Benefits on DWC FORM-31 must track the provisions of the Texas Workers' Compensation Act and rules regarding expiration of eligibility status.

General statement to be included with each Schedule of Benefits:

If all beneficiaries become ineligible before an amount equal to 364 weeks of payments has been paid, the remainder of the amount shall be paid in a lump sum to the Subsequent Injury Fund not later than 30 days after all beneficiaries' eligibility ends.



No. de Reclamación de DWC

No. de Reclamación de la Aseguradora

SOLICITUD PARA OBTENER APROBACIÓN POR PARTE DE LA DIVISIÓN PARA UN CAMBIO EN EL PERIODO DE PAGO Y/O COMPRA DE UNA PENSIÓN PARA LOS BENEFICIOS POR CAUSA DE MUERTE

Form with 5 fields: 1. Nombre del Empleado, 2. Fecha de la Lesión, 3. Nombre del Negocio del Empleador, 4. Nombre de la Aseguradora, 5. Nombre del Beneficiario

Todas las solicitudes para aprobación por parte de la División en el cambio del periodo de pago para los beneficios por causa de muerte están sujetos a la Ley de Compensación para Trabajadores de Texas, Código Laboral de Texas §408.181 a 408.184 y los Reglamentos 132.12 y 132.15 a 132.16.

MARQUE TODAS LAS CASILLAS QUE APLIQUEN:

- Checkboxes for: 1) Solicitamos que la División apruebe un cambio en el periodo de pago... 2) La aseguradora comprará una pensión (annuity, por su nombre en inglés) para pagar por los beneficios por causa de muerte.

Nombre del Pagador
Dirección Postal
Ciudad, Estado, Código Postal

- 1) La aseguradora de compensación para trabajadores ultimadamente continuará siendo responsable de pagar por los beneficios.
2) Una solicitud por separado para cambiar la frecuencia de los pagos debe ser presentada para cada beneficiario que es elegible.
3) El Formulario DWC-003 Declaración de Salario del Empleador (Employer's Wage Statement, por su nombre en inglés) debe ser presentado junto con esta solicitud si menos del beneficio máximo semanal por causa de muerte que estaba vigente al momento del fallecimiento está siendo pagado.

APROBACIÓN DE LA DIVISIÓN:

Firma Autorizada del Empleado de DWC Fecha

X Firma del Representante del Beneficiario (si es que lo hay)

X Firma del Beneficiario

X Firma del Representante de la Aseguradora

Nombre del Representante del Beneficiario en Letra de Molde

Yo he leído esta solicitud o se me ha leído por alguien de mi elección, y entiendo y estoy de acuerdo con los términos.

Nombre del Representante de la Aseguradora en Letra de Molde

()
Número de Teléfono del Representante de la Aseguradora

LOS AVISOS DE APROBACIÓN SERÁN ENVIADOS POR CORREO POSTAL A LA DIRECCIÓN ESCRITA A MÁQUINA O LEGIBLEMENTE IMPRESA EN LA PARTE DE ABAJO (TODAS LAS CASILLAS DEBEN COMPLETARSE)

Form with 3 fields: Representante del Beneficiario (si es que lo hay), Dirección Postal, Ciudad, Estado, Código Postal

Form with 3 fields: Beneficiario, Dirección Postal, Ciudad, Estado, Código Postal

Form with 3 fields: Aseguradora, Dirección Postal, Ciudad, Estado, Código Postal

VER AL REVERSO



HOJA INFORMATIVA

Formulario DWC031s, Solicitud para Obtener Aprobación por Parte de la División para un Cambio en el Periodo de Pago y/o Compra de una Pensión para los Beneficios por Causa de Muerte

Al momento en que lo solicite un beneficiario que es elegible a recibir los beneficios por causa de muerte, la aseguradora y el beneficiario que es elegible pueden llegar a un acuerdo para cambiar la frecuencia de los pagos de los beneficios por causa de muerte y cambiarlos del periodo estándar semanal a un periodo mensual. La División debe aprobar la solicitud para cambiar la frecuencia de los pagos de los beneficios por causa de muerte.

Pagos Mensuales de los Beneficios por Causa de Muerte por parte de la Aseguradora

Los siguientes son requisitos que se muestran en el Reglamento 132.16 para llevar a cabo un acuerdo por escrito donde la aseguradora de compensación para trabajadores emitirá mensualmente los pagos de los beneficios por causa de muerte:

- a. el acuerdo para el pago mensual entrará en vigor el primer día natural del mes, después del mes en el cual el acuerdo por escrito fue aprobado por la División;
- b. los pagos mensuales de los beneficios por causa de muerte deberán ser emitidos en o antes del séptimo día del mes en el cual los beneficios se vencen;
- c. los pagos semanales de los beneficios por causa de muerte deben continuar hasta el final del mes en el cual el acuerdo fue aprobado;
- d. el pago de la última semana de los beneficios por causa de muerte que cambiarán de ser pagos semanales a pagos mensuales deberán ser distribuidos al final del mes para asegurar que los beneficiarios que son elegibles reciban los beneficios por causa de muerte hasta el último día del mes; y
- e. el índice de compensación mensual debe ser calculado al multiplicar el índice semanal por 4.34821.

Con la excepción de pagos hechos por medio de una pensión, bajo el Reglamento 132.16(d), en cualquier momento después de firmar el acuerdo para recibir los pagos mensuales de los beneficios por causa de muerte, el beneficiario que es elegible o la aseguradora pueden notificar al otro participante por escrito que ya no está de acuerdo con los pagos mensuales de los beneficios por causa de muerte. El último pago mensual deberá ser distribuido para asegurar que la aseguradora pague la cantidad apropiada de los beneficios por causa de muerte. En este caso, la aseguradora deberá pagar todos los beneficios por causa de muerte que se hayan acumulado al final del ciclo mensual actual para asegurar que la aseguradora pague semanalmente la cantidad apropiada de beneficios por causa de muerte a como se hayan acumulado y cuando se vencen.

Pago de los Beneficios por Causa de Muerte por Medio de una Pensión

Un beneficiario que tiene derecho a recibir los beneficios por causa de muerte y la aseguradora pueden entrar en un acuerdo por escrito para comprar una pensión para pagar por los beneficios por causa de muerte. Todas las solicitudes deben ser presentadas ante la División para que sean aprobadas. Si menos del beneficio máximo semanal por causa de muerte que está en vigor al momento del fallecimiento está siendo pagado, se deberá presentar junto con esta solicitud una Declaración de Salario del Empleador (Employer's Wage Statement, por su nombre en inglés). Una pensión para el pago de los beneficios por causa de muerte deberá cumplir con los siguientes términos y condiciones:

- (1) Los pagos mensuales de los beneficios por causa de muerte deberán ser iniciados a no más tardar del día 45, después de la fecha en la cual el acuerdo por escrito fue aprobado por la División.
- (2) La compañía que proporciona la pensión para el pago de los beneficios por causa de muerte debe contar con una licencia para operar en Texas y debe tener un índice publicado por *A.M. Best* de B+ o mejor, o tener un índice publicado por *Standard & Poor's* en reclamaciones de A o mejor.
- (3) La aseguradora de compensación para trabajadores debe garantizar los pagos proporcionados por la compañía de pensión en caso de incumplimiento.
- (4) Cuando los beneficios son pagados al cónyuge elegible de un empleado que falleció y después el cónyuge se vuelve a casar, el contrato de la pensión debe indicar el pago en suma total que iguale a 104 semanas de beneficios para el cónyuge que es elegible y la redistribución de los beneficios al final de las 104 semanas a los beneficiarios restantes, si es que los hay.
- (5) Si todos los beneficiarios pierden su elegibilidad para recibir los beneficios por causa de muerte y la cantidad iguala a 364 semanas de beneficios que no han sido pagados, el resto de los beneficios deberá ser pagado por la compañía que proporciona la pensión sin tener que obtener una orden por parte de la División al Fondo de Ayuda para Lesiones Posteriores (Subsequent Injury Fund, por su nombre en inglés) a no más tardar de 30 días, después que la elegibilidad de todos los beneficiarios ha terminado.
- (6) No se le permitirá a un beneficiario, o al tutor del beneficiario, si es que aplica, asignar el derecho para recibir los beneficios por causa de muerte por medio de una pensión. Todos los beneficios por causa de muerte deben ser pagados a nombre del beneficiario elegible o del tutor legal, si es que aplica.
- (7) La compañía que proporciona la pensión deberá pagar los beneficios por causa de muerte ya sea semanalmente o mensualmente, según lo que haya elegido el beneficiario en la solicitud de pago para los beneficios por causa de muerte por medio de una pensión.
- (8) Si el beneficiario elige obtener pagos mensuales, la transición de los pagos semanales a pagos mensuales por medio de una pensión deberá ser la misma que los beneficios por causa de muerte que son pagados por la aseguradora responsable, según lo señalado en la sub sección (a) del Reglamento 132.16.

PLAN DE BENEFICIOS

NÚMERO DE RECLAMACIÓN _____

Pensionado: _____

Relación con el Empleado: _____

Fecha de Emisión: _____

Fecha en que Comenzaron los Pagos: _____

Periodo de Pago: _____

Programa de Beneficios:

Presentado por:

Fecha en que se Presentó:



Instrucciones para el Plan de Beneficios

La aseguradora debe asegurar que la pensión que ha sido comprada incluya el lenguaje necesario para que los beneficios sean pagados al beneficiario de acuerdo con la Ley de Compensación para Trabajadores de Texas. Los siguientes son ejemplos del lenguaje requerido que se usará en los documentos de la pensión y en el plan de beneficios para cada tipo de beneficiario.

LENGUAJE REQUERIDO PARA EL PLAN DE BENEFICIOS DE UNA PENSIÓN

Cónyuge (único beneficiario elegible del empleado) – (\$ cantidad del pago) pagado cada (semana o mes) comenzando en (fecha en que los pagos comienzan) de por vida, o hasta que se vuelva a casar. En caso de que el cónyuge se vuelva a casar, los pagos terminarán y una suma total sin descontar un equivalente a 104 semanas de los beneficios del cónyuge serán pagados directamente al cónyuge.

Hijo (el cónyuge del empleado se divorció, falleció o se volvió a casar) – (\$ cantidad de pago) pagado cada (semana o mes) hasta la edad de 18 años, o hasta la edad de 25 años si está matriculado como estudiante de tiempo completo en una institución educativa acreditada después de los 18 años de edad. Si no está matriculado como estudiante de tiempo completo después de la edad de 18 años, los pagos terminarán en (la fecha del cumpleaños número 18) y se redistribuirán entre los otros beneficiarios que son elegibles, si es que los hay.

Cónyuge e Hijo(s) - (Nombre del cónyuge) se le pagará la suma de (50% de la cantidad total de los beneficios por causa de muerte) por (semana o mes) comenzando en (la fecha de inicio de los pagos) hasta (la fecha del cumpleaños número 18 o 25 del último hijo que es elegible a recibir los beneficios). Entonces los pagos que se hacen al cónyuge aumentan a (cantidad total de pago) por (semana o mes) comenzando en (siguiente fecha de pago después que la elegibilidad del hijo ha terminado) por lo que le resta de vida al cónyuge o hasta que se vuelva a casar.

Si (nombre del cónyuge) se vuelve a casar, (él/ella) tiene derecho a una suma total que no se descuenta del pago equivalente a las 104 semanas de los beneficios por los cuales existe elegibilidad en la fecha en que se vuelva a casar. Si (nombre del cónyuge) se vuelve a casar antes de (la fecha del cumpleaños número 18 o 25 del último hijo que es elegible a recibir los beneficios), los beneficios del cónyuge serán redistribuidos entre los beneficiarios restantes que son elegibles después de 104 semanas de la fecha en que el nuevo matrimonio ha transcurrido. Si (nombre del cónyuge) muere antes de (la fecha del cumpleaños número 18 o 25 del último hijo que es elegible para recibir los beneficios), los beneficios del cónyuge serán redistribuidos entre los beneficiarios restantes que son elegibles.

Otras Situaciones que Pueden Suceder en los Pagos de los Beneficios – En caso de que la aseguradora y otros beneficiarios que sean elegibles, aparte del cónyuge y/o hijos busquen la aprobación de la División para cambiar el periodo de pago y/o la compra de una pensión para el pago de los beneficios por causa de muerte, el lenguaje incluido en el Plan de Beneficios en el Formulario DWC-31S debe seguir las provisiones de la Ley de Compensación para Trabajadores de Texas y los reglamentos con respecto al vencimiento del estado de la elegibilidad.

Declaración general que se debe incluir con cada Plan de Beneficios:

Si todos los beneficiarios pierden su elegibilidad para recibir los beneficios antes de que se haya pagado una cantidad que iguale a 364 semanas, la cantidad restante deberá ser pagada en una suma total al Fondo de Ayuda para Lesiones Posteriores (Subsequent Injury Fund) a no más tardar de 30 días, después que la elegibilidad de todos los beneficiarios ha terminado.

Nota: Con pocas excepciones, si lo solicita, usted tiene derecho a:

- estar informado sobre la información que DWC reúne sobre usted;
- recibir y revisar la información (Secciones del Código Gubernamental 552.021 y 552.023); y
- pedir que DWC corrija la información que está incorrecta (Sección del Código Gubernamental 559.004).

Para más información contacte a DWCLegalServices@tdi.texas.gov o consulte la sección para el Procedimiento de Correcciones en www.tdi.texas.gov/commissioner/legal/lccorprc.html.

DWC Claim #

Carrier Claim #

APPLICATION FOR DIVISION APPROVAL OF THE PURCHASE OF AN ANNUITY FOR LIFETIME INCOME BENEFITS

1. Employee's Name	2. Date of Injury	3. Employee's Telephone Number
4. Insurance Carrier's Name	5. Employer's Business Name	

All applications for Division approval of the purchase of an annuity for lifetime income benefits are subject to the Texas Workers' Compensation Act, Texas Labor Code, §408.161 through 408.162 and Rules 131.2 through 131.4.

CHECK ALL BOXES THAT APPLY:

Payments will be made:

Weekly

Monthly

The carrier will purchase an annuity to pay lifetime income benefits. The carrier will ensure that the payments comply with the requirements set forth in Rule 131.4, *Change in Payment Periods; Purchase of Annuity for Lifetime Income Benefits*. (See reverse side.) **Payment of lifetime income benefits must be initiated no later than the 45th day after the date in which the application is approved by the Division.** Payments will be made by:

Payor's Name _____

Mailing Address _____

City, State, Zip _____

- 1) The workers' compensation carrier will remain ultimately liable for payment of the benefits.
- 2) A payment adjustment shall be made in accordance with the provisions of the Texas Workers' Compensation Act, §408.161(c) for statutory annual three percent increase in benefits.
- 3) A completed Employer's Wage Statement (DWC FORM-3) must be filed with this application if less than the maximum weekly lifetime income benefit in effect at the time of injury is being paid.

DIVISION APPROVAL:

Authorized DWC Employee's Signature _____ Date _____

X

Signature of Representative of Injured Employee (if any) _____

Printed Name of Representative of Injured Employee _____

X

Signature of Injured Employee _____

I have read this application, or have had it read to me by someone of my choice, and I understand and agree to its terms.

X

Signature of Carrier Representative _____

Printed Name of Carrier Representative _____

Telephone Number of Carrier Representative _____

APPROVAL NOTICES WILL BE MAILED TO TYPED OR LEGIBLY PRINTED ADDRESSES BELOW (ALL BLANKS MUST BE COMPLETED)

Representative of Injured Employee (if Any)
Mailing Address
City, State, Zip

Injured Employee
Mailing Address
City, State, Zip

Insurance Carrier
Mailing Address
City, State, Zip

SEE REVERSE SIDE



INFORMATION SHEET

RULE 131.4 - REQUIREMENTS FOR PURCHASE OF ANNUITY FOR PAYMENT OF LIFETIME INCOME BENEFITS

The insurance carrier and injured employee may agree to the purchase of an annuity for payment of lifetime income benefits. The Division must approve the application to purchase an annuity for payment of lifetime income benefits.

Payment of Lifetime Income Benefits by Annuity

An annuity for the payment of lifetime income benefits shall meet the following terms and conditions:

- 1) Lifetime income benefit payments shall be initiated no later than the 45th day after the date the written agreement was approved by the Division.
- 2) The company providing an annuity for the payment of lifetime income benefits must be licensed to do business in Texas and must have a current A. M. Best rating of B+ or better or have a Standard & Poor's rating of claims paying ability of A or better.
- 3) The workers' compensation insurance carrier must guarantee the payments provided by the annuity company in the event of default.
- 4) The annuity contract must include funds for payment of the annual three percent increase in lifetime income benefits required by the Act, compounded annually.
- 5) The injured employee, or guardian if applicable, shall not be allowed to assign the right to receive lifetime income benefits from an annuity. All lifetime income benefits must be paid to the order of the injured employee or the legal guardian, if applicable.
- 6) An annuity cannot be purchased to fund the payment of medical costs incurred by an injured employee entitled to lifetime income benefits.
- 7) The annuity company shall pay lifetime income benefits either weekly or monthly as elected by the injured employee in the application for payment of lifetime income benefits by annuity.
- 8) If monthly payments are agreed to by the insurance carrier and the injured employee, the transition from weekly to monthly benefits paid by annuity shall be the same as that for lifetime income benefits paid by the responsible insurance carrier set out in subsection (a) of Rule 131.4.

Note: With few exceptions, on your request, you are entitled to:

- be informed about the information DWC collects about you.
- receive and review the information (Government Code Sections 552.021 and 552.023); and
- have DWC correct information that is incorrect (Government Code Section 559.004).

For more information, contact DWCLegalServices@tdi.texas.gov or refer to the Corrections Procedure section at www.tdi.texas.gov/commissioner/legal/lccorprc.html

SCHEDULE OF BENEFITS

CLAIM NUMBER _____

Annuitant/Guardian: _____

Date of Issue: _____

Date Payments Begin: _____

Schedule of Benefits: On _____ of each year the weekly or
date increase is to occur
monthly payment funded by this annuity will increase by 3% compounded annually as
provided by the Texas Workers' Compensation Act, Texas Labor Code, Section
408.161(c) and Rule 131.4(d)(4).

Submitted by:

Date Submitted:



Instruction for Schedule of Benefits – DWC FORM-035

The insurance carrier must ensure the annuity contract includes funds for payment of the annual 3% increase in lifetime income benefits compounded annually as required by the Texas Workers' Compensation Act, Texas Labor Code, Section 408.161(c) and Rule 131.4(d)(4). The 3% increase will occur each year on the anniversary date of the day lifetime income benefits began to accrue (Rule 131.2(b)).

WORDING FOR SCHEDULE OF BENEFITS REQUIRED ON LIFETIME ANNUITIES:

On _____ of each year the weekly or monthly payment
date increase is to occur
funded by this annuity will increase by 3% compounded annually as provided by the Texas Workers' Compensation Act, Texas Labor Code, Section 408.161(c) and Rule 131.4(d)(4).





Division of Workers' Compensation

PO Box 12050 | Austin, TX 78711 | 800-252-7031 | tdi.texas.gov/wc

Complete if known:

DWC Claim #

Carrier Claim #

Request to Schedule a Medical Contested Case Hearing (MCCH)

Type (or print in black ink) each item on this form

I. REQUEST SPECIFICATIONS

1. Check the appropriate box to indicate the type of medical contested case hearing you are requesting:

Appeal of an Independent Review Organization (IRO) Medical Necessity Decision to the TDI-DWC. Attach a copy of the IRO decision.

Appeal of Medical Fee Dispute Decision to State Office of Administrative Hearings (SOAH). Enter the date the Benefit Review Conference ended (mm/dd/yyyy)

IMPORTANT NOTE: In an appeal to SOAH, the non-prevailing (losing) party is required to reimburse the TDI-DWC for the costs of the services provided at SOAH. In the event of a dismissal, the party who requested the SOAH hearing is required to reimburse the TDI-DWC. These requirements do not apply to the injured employee.

2. Check the appropriate box(es) for services you are requesting, if any:

Expedited MCCH (specify reason*) _____

Special Accommodations (specify) _____

*Does not include claim involving a first responder. See Section III, Box 10 regarding expedited first responder claims.

II. INJURED EMPLOYEE CLAIM INFORMATION

3. Employee's Name (Last, First, Middle)

4. Date of Injury (mm/dd/yyyy)

5. Employee's Physical Address (Street, City, State, Zip Code)

6. Insurance Carrier's Name

7. Employer's Business Name (at the time of the injury)

8. Employer's Business Address (Street or PO Box, City, State, Zip Code)

For TDI-DWC Use Only



III. REQUESTER INFORMATION

<p>9. Check the appropriate box:</p> <p><input type="checkbox"/> Injured Employee <input type="checkbox"/> Health Care Provider <input type="checkbox"/> Subclaimant <input type="checkbox"/> Pharmacy Processing Agent</p> <p><input type="checkbox"/> Insurance Carrier <input type="checkbox"/> Attorney for _____</p>	
<p>10. Provide the following information:</p> <p>Is the injured employee a first responder, as defined in Texas Labor Code §504.055, who sustained a serious bodily injury*? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>If yes, TDI-DWC will expedite an MCCH as follows:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medical <u>Fee</u> Dispute: MCCH will be expedited only if the requester is the injured employee. • Medical <u>Necessity</u> Dispute: MCCH will be expedited regardless of requester type. <p><small>*bodily injury that creates a substantial risk of death or that causes death, serious permanent disfigurement, or protracted loss or impairment of the function of any bodily member or organ</small></p>	
<p>11. If injured employee is checked in Box 9, is the employee assisted by the Office of Injured Employee Counsel (OIEC)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>12. Requester's Mailing Address (Street or PO Box, City, State, Zip Code)</p>	
<p>13. Requester's Printed Name/Title</p>	<p>14. Phone Number</p>
<p>15. Requester's Signature</p>	<p>16. Date of Signature (mm/dd/yyyy)</p>

- Note:** With few exceptions, on your request, you are entitled to:
- be informed about the information DWC collects about you.
 - receive and review the information (Government Code Sections 552.021 and 552.023); and
 - have DWC correct information that is incorrect (Government Code Section 559.004).

For more information, contact DWCLegalServices@tdi.texas.gov or refer to the Corrections Procedure section at www.tdi.texas.gov/commissioner/legal/lccorprc.html

<p>Employee's Name:</p> <p>DWC Claim Number:</p>
--

<p>For TDI-DWC Use Only</p>



Frequently Asked Questions

Request to Schedule Medical Contested Case Hearing (MCCH)

Where will the MCCH be held?

- **Medical Fee Dispute:** The State Office of Administrative Hearings (SOAH) will schedule the hearing at the SOAH offices in Travis County.
- **Medical Necessity Dispute:** The Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation (TDI-DWC) will schedule the MCCH at a location not more than 75 miles from the injured employee's residence at the time of the injury or the address on this form, unless good cause exists for the selection of a different location. You may request another location, but must provide an acceptable reason to relocate the proceeding. The TDI-DWC will determine whether a change in location is appropriate. In addition, injured employees may request the MCCH be held through a telephone conference.

What type of special accommodations will be provided?

The TDI-DWC or SOAH will provide accommodations to parties who qualify under the Americans with Disabilities Act (ADA), and other reasonable accommodations at the discretion of the Administrative Law Judge.

Who determines whether an MCCH is expedited?

If an expedited MCCH is requested in Section I, Box 2, the TDI-DWC will determine whether scheduling the MCCH more quickly is appropriate.

If Yes is checked in Section III, Box 10 to indicate that the injured employee is a first responder, the TDI-DWC will expedite an MCCH as follows:

- **Medical Fee Dispute:** MCCH will be expedited only if the requester is the injured employee.
- **Medical Necessity Dispute:** MCCH will be expedited regardless of requester type.

What is the deadline for filing the DWC Form-049?

- **Medical Fee Dispute:** You must submit the form to the TDI-DWC no later than the 20th day after the conclusion of the Benefit Review Conference.
- **Medical Necessity Dispute:** You must submit the form to the TDI-DWC no later than the 20th day after the date the Independent Review Organization (IRO) decision is sent to the appealing party.

Where do I send the DWC Form-049?

The completed form, including a copy of the IRO decision (if applicable), must be faxed to (512) 804-4011 or mailed to the address shown below.

Texas Department of Insurance
Division of Workers' Compensation
PO Box 12050
Austin, Texas 78711

Is any of the requested information optional?

No, provide all requested information. An MCCH will only be scheduled if the form is complete. An incomplete form may delay resolution of your dispute.

Am I required to attend the MCCH?

If you do not attend, the MCCH may be held without you. Failure to attend an MCCH could result in a recommendation of a penalty or fine unless you can show good cause for your absence. An injured employee should attend any proceeding related to a dispute about his or her claim, even if the injured employee did not request the proceeding.

Who do I contact if I have questions about requesting an MCCH?

Contact the TDI-DWC by calling (512) 804-4010 or 1-800-252-7031. An injured employee who is not represented by an attorney may also receive assistance by calling the Office of Injured Employee Counsel (OIEC) at 1-866-393-6432.



DWC Claim#

Carrier Claim#

Send the completed original form to the insurance carrier. Send a copy to TDI-DWC field office handling the claim.

EMPLOYEE'S ELECTION FOR COMMUTED (LUMP SUM) IMPAIRMENT INCOME BENEFITS (DWC Form-051)

1. Employee's Name 2. Telephone Number 3. Date of Injury (mm/dd/yyyy) 4. Mailing Address (Street or P. O. Box, City, State, Zip Code) 5. Employer's Business Name 6. Insurance Carrier's Name

Notice to Employee: Section 408.128 of the Texas Workers' Compensation Act allows you to elect to receive your impairment income benefits in a lump sum if you have returned to work for at least three months, earning at least 80% of your average weekly wage.

The Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation (TDI-DWC) field office handling your claim will assist you with information to complete this form, if needed. If the insurance carrier denies your request, you may request TDI-DWC to set a benefit review conference by calling 800-252-7031.

WARNING: Supplemental Income Benefits may be available to you at the end of the impairment period if you have an impairment rating of 15% or more, are earning less than 80% of your average weekly wage as a direct result of your impairment, and if you in good faith have tried to obtain employment in line with your ability to work. IF YOU RECEIVE A LUMP SUM PAYMENT OF YOUR IMPAIRMENT INCOME BENEFITS, YOU WILL NOT BE ABLE TO RECEIVE SUPPLEMENTAL INCOME BENEFITS OR ANY ADDITIONAL INCOME BENEFITS FOR THE INJURY. Medical benefits related to this injury will not be affected if you receive a lump sum.

[Section 408.128, Commutation of Impairment Income Benefits, Section 408.041- 408.0446, Average Weekly Wage, Section 408.142, Supplemental Income Benefits, Texas Workers' Compensation Act; Rule 147.10]

7. Maximum Medical Improvement Date as Determined by a Doctor (mm/dd/yyyy) 8. Impairment Rating % Rating Doctor's Name Did you or insurance carrier dispute the rating? Yes No Weekly Impairment Income Benefit Amount \$ 9. Date Returned to Work (mm/dd/yyyy) Present Rate of Pay \$ Hourly Weekly Monthly Other Have you returned to work for at least 3 months? Yes No 10. I have read and understood this form, or it has been explained to me. Employee's Signature Date (mm/dd/yyyy)

TO BE COMPLETED ONLY BY THE INSURANCE CARRIER

11. Date Received From Employee (mm/dd/yyyy) DENIED - DOES NOT MEET REQUIREMENTS SET BY LAW Employee not earning at least 80% of preinjury average weekly wage Employee not employed for at least 3 months Impairment rating being disputed ACCEPTED, PAYMENT ENCLOSED Lump Sum Amount Paid \$ Date Paid (mm/dd/yyyy) For Period From (mm/dd/yyyy) To (mm/dd/yyyy) Carrier Representative's Printed Name Signature Date



Employee's Election for Commuted (Lump Sum) Impairment Income Benefits (DWC Form-051)

Who may use this form to elect lump sum impairment income benefits (IIBs)?

An injured employee may elect to receive the remainder of impairment income benefits to which the employee is entitled in a lump sum if the employee has returned to work for at least three months earning at least 80% of the employee's average weekly wage.

How to Apply

The employee may apply to receive a lump sum (commute) by filing an Employee's Election for Commuted (Lump Sum) Impairment Income Benefits (DWC Form-051) with the workers' compensation insurance carrier. The employee must also send a copy of the completed form to the Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation (TDI-DWC). The form may be obtained by contacting your local field office at 800-252-7031 or downloading it from the website at:

<http://www.tdi.texas.gov/forms/form20employee.html>.

Notice of Approval or Denial from Carrier

The insurance carrier must send a notice of approval or denial to both TDI-DWC and the injured employee no later than 14 days after receipt of the request. A notice of approval must include payment of the impairment income benefits in a lump sum. A notice of denial must include the insurance carrier's reason(s) for denial.

If the injured employee does not receive notice of approval or denial timely from the insurance carrier, the injured employee may contact the local TDI-DWC field office. If the insurance carrier denies the request, the injured employee may request TDI-DWC to set a benefit review conference to resolve the issue.

Eligibility for further Income Benefits if Approved

If the injured employee receives a lump sum payment of impairment income benefits, the employee will not be eligible to receive supplemental income benefits or any other income benefits for the injury. **Medical benefits related to this injury will not be affected by receiving the lump sum IIBs.**

Applicable Statutes

Texas Workers' Compensation Act: <http://www.tdi.texas.gov/wc/act/index.html>

Section 408.128, Commutation of Impairment Income Benefits

Section 408.041-408.0446, Average Weekly Wage

Section 408.142, Supplemental Income Benefits

Questions?

If you have questions about this form, contact staff at your local TDI-DWC Field Office at 800-252-7031.

Note: With few exceptions, on your request, you are entitled to:

- be informed about the information DWC collects about you.
- receive and review the information (Government Code Sections 552.021 and 552.023); and
- have DWC correct information that is incorrect (Government Code Section 559.004).

For more information, contact DWCLegalServices@tdi.texas.gov or refer to the Corrections Procedure section at www.tdi.texas.gov/commissioner/legal/lccorprc.html.



Please complete, if known:

DWC Number

Carrier Claim Number

Send **first** quarter SIBs applications to the TDI-DWC field office handling your claim. Send applications for all other quarters to the insurance carrier.

APPLICATION FOR SUPPLEMENTAL INCOME BENEFITS (DWC Form-052)

SECTION 1: EMPLOYEE INFORMATION

1. Employee's Name (Last, First, M.I.)		2. Social Security Number (last 4 digits) XXX-XX-	3. Telephone Number
4. Mailing Address (Street or P.O. Box, City, State, Zip Code)			5. Date of Injury
6. Current Treating Doctor's Name		7. Current Treating Doctor's Telephone Number	

SECTION 2: EMPLOYER / INSURANCE CARRIER INFORMATION

8. Employer's Name	9. Insurance Carrier's Name	
10. Adjuster's Name	11. Adjuster's Telephone Number	Extension

SECTION 3: SIBs QUALIFYING INFORMATION

12. Impairment Rating	13. Date of Maximum Medical Improvement	
14. Quarter Number	15. Filing Deadline	
16. Dates of Quarter	Beginning:	Ending:
17. Dates of Qualifying Period	Beginning:	Ending:
18. County of Residence:	19. Number of minimum weekly work search efforts for your county of residence:	

SECTION 4: WORK SEARCH ACTIVITIES FOR THE QUALIFYING PERIOD

To further document work searches, use the "Detailed Job Search / Employer Contact Log" on page 5 of this form.

Week Number	Check All That Apply		Notes and Type of Documentation Attached (see instructions)
Sample	<input type="checkbox"/> Unable to Work <input type="checkbox"/> Working <input checked="" type="checkbox"/> Vocational Rehab Program	<input checked="" type="checkbox"/> Work Search Efforts Number of Work Searches Conducted <u> 3 </u>	Copy of my rehab plan from ABC Therapy; copies of three job applications Two jobs found with assistance from staff at Workforce Dev't office, one job vacancy I found in the newspaper
1	<input type="checkbox"/> Unable to Work <input type="checkbox"/> Working <input type="checkbox"/> Vocational Rehab Program	<input type="checkbox"/> Work Search Efforts Number of Work Searches Conducted _____	
2	<input type="checkbox"/> Unable to Work <input type="checkbox"/> Working <input type="checkbox"/> Vocational Rehab Program	<input type="checkbox"/> Work Search Efforts Number of Work Searches Conducted _____	
3	<input type="checkbox"/> Unable to Work <input type="checkbox"/> Working <input type="checkbox"/> Vocational Rehab Program	<input type="checkbox"/> Work Search Efforts Number of Work Searches Conducted _____	
4	<input type="checkbox"/> Unable to Work <input type="checkbox"/> Working <input type="checkbox"/> Vocational Rehab Program	<input type="checkbox"/> Work Search Efforts Number of Work Searches Conducted _____	

Week Number	Check All That Apply		Notes and Type of Documentation Attached (see instructions)
5	<input type="checkbox"/> Unable to Work <input type="checkbox"/> Working <input type="checkbox"/> Vocational Rehab Program	<input type="checkbox"/> Work Search Efforts Number of Work Searches Conducted _____	
6	<input type="checkbox"/> Unable to Work <input type="checkbox"/> Working <input type="checkbox"/> Vocational Rehab Program	<input type="checkbox"/> Work Search Efforts Number of Work Searches Conducted _____	
7	<input type="checkbox"/> Unable to Work <input type="checkbox"/> Working <input type="checkbox"/> Vocational Rehab Program	<input type="checkbox"/> Work Search Efforts Number of Work Searches Conducted _____	
8	<input type="checkbox"/> Unable to Work <input type="checkbox"/> Working <input type="checkbox"/> Vocational Rehab Program	<input type="checkbox"/> Work Search Efforts Number of Work Searches Conducted _____	
9	<input type="checkbox"/> Unable to Work <input type="checkbox"/> Working <input type="checkbox"/> Vocational Rehab Program	<input type="checkbox"/> Work Search Efforts Number of Work Searches Conducted _____	
10	<input type="checkbox"/> Unable to Work <input type="checkbox"/> Working <input type="checkbox"/> Vocational Rehab Program	<input type="checkbox"/> Work Search Efforts Number of Work Searches Conducted _____	
11	<input type="checkbox"/> Unable to Work <input type="checkbox"/> Working <input type="checkbox"/> Vocational Rehab Program	<input type="checkbox"/> Work Search Efforts Number of Work Searches Conducted _____	
12	<input type="checkbox"/> Unable to Work <input type="checkbox"/> Working <input type="checkbox"/> Vocational Rehab Program	<input type="checkbox"/> Work Search Efforts Number of Work Searches Conducted _____	
13	<input type="checkbox"/> Unable to Work <input type="checkbox"/> Working <input type="checkbox"/> Vocational Rehab Program	<input type="checkbox"/> Work Search Efforts Number of Work Searches Conducted _____	

SECTION 5: WAGES DURING QUALIFYING PERIOD

Week Ending	Gross Wages Earned	Week Ending	Gross Wages Earned
1.	\$	8.	\$
2.	\$	9.	\$
3.	\$	10.	\$
4.	\$	11.	\$
5.	\$	12.	\$
6.	\$	13.	\$
7.	\$		

SECTION 6: CERTIFICATION

I certify that:

- I have not elected to have any of my impairment income benefits paid in a lump sum;
- I am earning less than 80% of my average weekly wage as a result of my impairment from my compensable injury;
- I have complied with the Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation (TDI-DWC) Work Search Requirements (Texas Labor Code § 408.1415 and Texas Administrative Code §130.101 and §130.102); and,
- the information I have provided on this *Application for Supplemental Income Benefits* is true. I understand that if I intentionally provide false information to obtain benefits, I can be charged with an administrative or criminal penalty.

Employee's Signature _____ Date _____

SECTION 7: NOTICE OF ENTITLEMENT OR NON-ENTITLEMENT

Quarter Number	Beginning Date	Ending Date
TO BE COMPLETED BY TDI-DWC FOR FIRST QUARTER AND BY INSURANCE CARRIER FOR SUBSEQUENT QUARTERS.		
<input type="checkbox"/> Employee Entitled to Supplemental Income Benefits		Monthly Payments for 3 Months \$ _____
<input type="checkbox"/> Employee Not Entitled to Supplemental Income Benefits		
Reason for Non-entitlement:		
Signature of Reviewing Authority		Date
Printed Name of Reviewing Authority		
Title	Telephone Number	

INFORMATION FOR DISPUTING ENTITLEMENT OR AMOUNT OF SUPPLEMENTAL INCOME BENEFITS:

To Employee

- To dispute non-entitlement to supplemental income benefits or the monthly amount to be paid in any quarter, you must have facts, such as your detailed job search/employer contact log or a current narrative report from your doctor supporting your disability, or a legal basis.
- To dispute the determination by TDI-DWC or the insurance carrier, you must request a benefit review conference by contacting the TDI-DWC office handling your claim or call (800) 252-7031.

To Insurance Carrier

- To dispute the first quarter, request a benefit review conference within 10 days after receiving notice from TDI-DWC.
- To dispute entitlement to a subsequent quarter when payment has been made in the previous quarter, request a benefit review conference within 10 days after receiving the employee's *Application for Supplemental Income Benefits*.
- To dispute entitlement to a subsequent quarter without prior payment in the previous quarter, send the notice of non-entitlement to the employee within 10 days of the date the form was filed with the insurance carrier. Include the reason(s) for finding non-entitlement and give instructions to the employee about how to dispute the insurance carrier's determination.

CALCULATION OF SUPPLEMENTAL INCOME BENEFITS

To Be Completed By TDI-DWC Or Insurance Carrier To Show Wages Used To Calculate Monthly Payments

1.	\$ _____ (Average Weekly Wage)	X	80%	=	\$ _____ (Transfer to Line 4A)
2.	\$ _____ (Earned Wages)	+	\$ _____ (Offered Wages)	=	\$ _____ (Transfer to Line 3A)
3.	\$ _____ (3A - Total Wages)	÷	13	=	\$ _____ (Transfer to Line 4B)
4.	\$ _____ (4A)	-	\$ _____ (4B)	=	\$ _____ (Transfer to Line 5A)
5.	\$ _____ (5A)	X	80%	=	\$ _____ (Transfer to Line 6A)
6.	\$ _____ (6A)	X	4.34821	=	\$ _____ (Monthly Payment*)
	If Contribution: (% _____)				
7.	\$ _____ (Monthly Payment)	X	_____ (% of Reduction)	=	\$ _____ (Transfer to Line 8B)
8.	\$ _____ (Monthly Payment)	-	\$ _____ (8B - Contribution Reduction)	=	\$ _____ (Reduced Monthly Payment)

*Subject to a maximum amount.

APPLICATION FOR SUPPLEMENTAL INCOME BENEFITS (DWC Form-052)

To complete this application, refer to the TDI-DWC publication
“Questions and Answers about Supplemental Income Benefits.”

When do I file the application for SIBs?

The SIBs application deadlines will be different for each injured employee, depending on the dates of the qualifying period. Generally, you must submit your application for SIBs six days before the end of the qualifying period, but no later than seven days after the end date of the qualifying period. For the first quarter, this filing deadline is provided for you in Item #4 of the SIBs notification letter sent to you by the Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation (TDI-DWC). For other quarters, your insurance carrier will provide you with the filing deadline in Section 3, Item # 15 of this form.

Where do I send the completed form?

For the first quarter, send the completed DWC Form-052 and supporting documentation to the TDI-DWC Field Office handling your claim. Field office contact information is available at <http://www.tdi.texas.gov/wc/dwcccontacts.html#offices>. For all other quarters, return the form to your insurance carrier. You may file the form by first class mail, personal delivery or electronic submission (including fax or e-mail).

How many job applications and/or work search contacts must I make if I am actively seeking work?

You must make at least the minimum number of job applications and/or work search contacts consistent with those for unemployment compensation benefits. These vary by county of residence. You must contact TDI-DWC at 1-800-252-7031 or go to the website at <http://www.tdi.texas.gov/wc/employee/suppben.html> to find the number of minimum weekly work search requirements for the county where you live.

What documentation should I provide to show that I meet TDI-DWC's work search requirements?

You must maintain supporting documentation, applications, letters, and notes to clearly demonstrate your active efforts to meet the TDI-DWC work search requirements for **each week** during the entire qualifying period. The following are examples of the various types of acceptable documentation.

To Document Work Searches - If you have not returned to work and you are able to work in **any** capacity, you must look for a job to match your ability to work during **each week** of the qualifying period. Appropriate documentation includes:

- Work search log attached to DWC Form-052, *Application for Supplemental Income Benefits*;
- Documentation about any follow-up visits to a potential employer; and/or
- Copies of employment applications or resumes which document your efforts to find a job.

If you have **any** offers of employment which you do not accept, you must include information about the offered wages as part of this application. If you are self-employed, show your gross weekly wages as the total amount of income received from self-employment. Use the attached “Detailed Job Search / Employer Contact Log” (page 5 of this form) to document your efforts.

To Document an Inability to Work - If you are unable to work due to your compensable injury for any part or all of the qualifying period, you must submit a narrative report from a doctor which specifically explains how your compensable injury caused your inability to perform any kind of work for the specific period of time.

To Document Participation in Vocational Rehabilitation Services - If you participate in a Vocational Rehabilitation Services program, you must provide documentation to show your efforts to meet the requirements of your vocational rehabilitation plan.

To Document Employment During the SIBs Qualifying Period - You must provide documentation that you earned less than 80% of your average weekly wage as a direct result of your impairment from the compensable injury. Appropriate documentation includes payroll stubs and wage statements.

When and how will I know if I am approved for SIBs?

TDI-DWC will notify you of first quarter SIBs entitlement no later than the last day of your IIBs period. For all subsequent quarters, the insurance carrier must notify applicants of its decision of SIBs entitlement within 10 days of the receipt of an application. The notice will contain specific information regarding the reason for its determination. If you are denied SIBs, the notice will include the grounds for the determination, the beginning and ending dates of the quarter, and instructions for the parties if they want to dispute the decision.

Where do I find more information regarding SIBs?

More information about SIBs, including a listing of each Texas county's number of minimum work searches and the TDI-DWC publication “Questions and Answers about Supplemental Income Benefits,” is available on the website at <http://www.tdi.texas.gov/wc/employee/suppben.html>.

Note: With few exceptions, on your request, you are entitled to:

- be informed about the information DWC collects about you.
- receive and review the information (Government Code Sections 552.021 and 552.023); and
- have DWC correct information that is incorrect (Government Code Section 559.004).

For more information, contact DWCLegalServices@tdi.texas.gov or refer to the Corrections Procedure section at www.tdi.texas.gov/commissioner/legal/lccorprc.html.

Detailed Job Search / Employer Contact Log (provide detail for each job contact)

Name: _____

Number of minimum weekly work search efforts for your county of residence: _____

Date (mm/dd/yyyy)	Business Name, Address, Phone and Website	Contacted	Submitted	Person Contacted	Description of Job	Results
		<input type="checkbox"/> In person <input type="checkbox"/> By phone <input type="checkbox"/> By fax <input type="checkbox"/> By mail <input type="checkbox"/> By e-mail / web	<input type="checkbox"/> Cover letter <input type="checkbox"/> Application <input type="checkbox"/> Resume _____ _____	Name _____ Phone _____ Fax _____ E-mail _____		<input type="checkbox"/> Job offered Amount of wages offered _____ Accepted offer? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Start date _____ <input type="checkbox"/> Not hiring Other _____
		<input type="checkbox"/> In person <input type="checkbox"/> By phone <input type="checkbox"/> By fax <input type="checkbox"/> By mail <input type="checkbox"/> By e-mail / web	<input type="checkbox"/> Cover letter <input type="checkbox"/> Application <input type="checkbox"/> Resume _____ _____	Name _____ Phone _____ Fax _____ E-mail _____		<input type="checkbox"/> Job offered Amount of wages offered _____ Accepted offer? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Start date _____ <input type="checkbox"/> Not hiring Other _____
		<input type="checkbox"/> In person <input type="checkbox"/> By phone <input type="checkbox"/> By fax <input type="checkbox"/> By mail <input type="checkbox"/> By e-mail / web	<input type="checkbox"/> Cover letter <input type="checkbox"/> Application <input type="checkbox"/> Resume _____ _____	Name _____ Phone _____ Fax _____ E-mail _____		<input type="checkbox"/> Job offered Amount of wages offered _____ Accepted offer? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Start date _____ <input type="checkbox"/> Not hiring Other _____
		<input type="checkbox"/> In person <input type="checkbox"/> By phone <input type="checkbox"/> By fax <input type="checkbox"/> By mail <input type="checkbox"/> By e-mail / web	<input type="checkbox"/> Cover letter <input type="checkbox"/> Application <input type="checkbox"/> Resume _____ _____	Name _____ Phone _____ Fax _____ E-mail _____		<input type="checkbox"/> Job offered Amount of wages offered _____ Accepted offer? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Start date _____ <input type="checkbox"/> Not hiring Other _____

INJURED EMPLOYEES MUST DOCUMENT EACH EMPLOYER CONTACT- USE ADDITIONAL PAGES AS NEEDED

Detailed Job Search / Employer Contact Log (provide detail for each job contact)

Name: _____

Number of minimum weekly work search efforts for your county of residence: _____

Date (mm/dd/yyyy)	Business Name, Address, Phone and Website	Contacted	Submitted	Person Contacted	Description of Job	Results
		<input type="checkbox"/> In person <input type="checkbox"/> By phone <input type="checkbox"/> By fax <input type="checkbox"/> By mail <input type="checkbox"/> By e-mail / web	<input type="checkbox"/> Cover letter <input type="checkbox"/> Application <input type="checkbox"/> Resume _____ _____	Name _____ Phone _____ Fax _____ E-mail _____		<input type="checkbox"/> Job offered Amount of wages offered _____ Accepted offer? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Start date _____ <input type="checkbox"/> Not hiring Other _____
		<input type="checkbox"/> In person <input type="checkbox"/> By phone <input type="checkbox"/> By fax <input type="checkbox"/> By mail <input type="checkbox"/> By e-mail / web	<input type="checkbox"/> Cover letter <input type="checkbox"/> Application <input type="checkbox"/> Resume _____ _____	Name _____ Phone _____ Fax _____ E-mail _____		<input type="checkbox"/> Job offered Amount of wages offered _____ Accepted offer? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Start date _____ <input type="checkbox"/> Not hiring Other _____
		<input type="checkbox"/> In person <input type="checkbox"/> By phone <input type="checkbox"/> By fax <input type="checkbox"/> By mail <input type="checkbox"/> By e-mail / web	<input type="checkbox"/> Cover letter <input type="checkbox"/> Application <input type="checkbox"/> Resume _____ _____	Name _____ Phone _____ Fax _____ E-mail _____		<input type="checkbox"/> Job offered Amount of wages offered _____ Accepted offer? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Start date _____ <input type="checkbox"/> Not hiring Other _____
		<input type="checkbox"/> In person <input type="checkbox"/> By phone <input type="checkbox"/> By fax <input type="checkbox"/> By mail <input type="checkbox"/> By e-mail / web	<input type="checkbox"/> Cover letter <input type="checkbox"/> Application <input type="checkbox"/> Resume _____ _____	Name _____ Phone _____ Fax _____ E-mail _____		<input type="checkbox"/> Job offered Amount of wages offered _____ Accepted offer? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Start date _____ <input type="checkbox"/> Not hiring Other _____

INJURED EMPLOYEES MUST DOCUMENT EACH EMPLOYER CONTACT- USE ADDITIONAL PAGES AS NEEDED



Por favor complete, si es que sabe esta información:

Número de DWC

Número de la aseguradora

Envíe la solicitud del **primer** trimestre de SIBs a la oficina local que está manejando su reclamación. Envíe las solicitudes para todas los demás trimestres a la aseguradora.

SOLICITUD PARA RECIBIR BENEFICIOS DE INGRESOS SUPLEMENTARIOS (Formulario DWC052)

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO

1. Nombre del Empleado (Apellido, Nombre, Inicial)	2. Número de Seguro Social (últimos 4 dígitos) XXX-XX-	3. Número de Teléfono
4. Dirección (Calle o Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal)		5. Fecha de la Lesión
6. Nombre del Médico Tratante Actual		7. Número de Teléfono del Médico Tratante Actual

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADOR / ASEGURADORA

8. Nombre del Empleador	9. Nombre de la Aseguradora	
10. Nombre del Ajustador	11. Número de Teléfono del Ajustador	Extensión

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN SOBRE LA ELEGIBILIDAD DE SIBs

12. Porcentaje de Impedimento de Cuerpo Entero	13. Fecha del Mejoramiento Máximo Médico
14. Número del Trimestre	15. Fecha Límite para Presentar la Solicitud
16. Fechas del Trimestre	Empieza: _____ Termina: _____
17. Fechas del Periodo de Calificación	Empieza: _____ Termina: _____
18. Condado de su residencia:	19. Número mínimo de esfuerzos de búsqueda de trabajo para el condado de su residencia:

SECCIÓN 4: ACTIVIDADES DE BÚSQUEDA DE TRABAJO PARA EL PERIODO DE CALIFICACIÓN

Para documentar más a fondo sus búsquedas de trabajo, utilice la "Búsqueda de Trabajo Detallada / Registro de Contacto del Empleador" en la página 5 de este formulario.

Semana Número	Marque todas las que apliquen	Notas y tipo de documentación adjunta (ver las instrucciones)
Ejemplo	<input type="checkbox"/> No puedo trabajar <input type="checkbox"/> Trabajando <input checked="" type="checkbox"/> Esfuerzos de búsqueda de trabajo <input checked="" type="checkbox"/> Programa de rehabilitación vocacional Número de búsquedas de trabajo llevadas a cabo <u> 3 </u>	Copia de mi plan de rehabilitación en Terapia ABC; copias de tres solicitudes de empleo, dos empleos encontrados con la asistencia del personal de la Fuerza Laboral de Texas, encontré un empleo vacante en el periódico
1	<input type="checkbox"/> No puedo trabajar <input type="checkbox"/> Trabajando <input type="checkbox"/> Esfuerzos de búsqueda de trabajo <input type="checkbox"/> Programa de rehabilitación vocacional Número de búsquedas de trabajo llevadas a cabo _____	
2	<input type="checkbox"/> No puedo trabajar <input type="checkbox"/> Trabajando <input type="checkbox"/> Esfuerzos de búsqueda de trabajo <input type="checkbox"/> Programa de rehabilitación vocacional Número de búsquedas de trabajo llevadas a cabo _____	
3	<input type="checkbox"/> No puedo trabajar <input type="checkbox"/> Trabajando <input type="checkbox"/> Esfuerzos de búsqueda de trabajo <input type="checkbox"/> Programa de rehabilitación vocacional Número de búsquedas de trabajo llevadas a cabo _____	
4	<input type="checkbox"/> No puedo trabajar <input type="checkbox"/> Trabajando <input type="checkbox"/> Esfuerzos de búsqueda de trabajo <input type="checkbox"/> Programa de rehabilitación vocacional Número de búsquedas de trabajo llevadas a cabo _____	

5	<input type="checkbox"/> No puedo trabajar <input type="checkbox"/> Trabajando <input type="checkbox"/> Programa de rehabilitación vocacional	<input type="checkbox"/> Esfuerzos de búsqueda de trabajo Número de búsquedas de trabajo llevadas a cabo _____	
6	<input type="checkbox"/> No puedo trabajar <input type="checkbox"/> Trabajando <input type="checkbox"/> Programa de rehabilitación vocacional	<input type="checkbox"/> Esfuerzos de búsqueda de trabajo Número de búsquedas de trabajo llevadas a cabo _____	
7	<input type="checkbox"/> No puedo trabajar <input type="checkbox"/> Trabajando <input type="checkbox"/> Programa de rehabilitación vocacional	<input type="checkbox"/> Esfuerzos de búsqueda de trabajo Número de búsquedas de trabajo llevadas a cabo _____	
8	<input type="checkbox"/> No puedo trabajar <input type="checkbox"/> Trabajando <input type="checkbox"/> Programa de rehabilitación vocacional	<input type="checkbox"/> Esfuerzos de búsqueda de trabajo Número de búsquedas de trabajo llevadas a cabo _____	
9	<input type="checkbox"/> No puedo trabajar <input type="checkbox"/> Trabajando <input type="checkbox"/> Programa de rehabilitación vocacional	<input type="checkbox"/> Esfuerzos de búsqueda de trabajo Número de búsquedas de trabajo llevadas a cabo _____	
10	<input type="checkbox"/> No puedo trabajar <input type="checkbox"/> Trabajando <input type="checkbox"/> Programa de rehabilitación vocacional	<input type="checkbox"/> Esfuerzos de búsqueda de trabajo Número de búsquedas de trabajo llevadas a cabo _____	
11	<input type="checkbox"/> No puedo trabajar <input type="checkbox"/> Trabajando <input type="checkbox"/> Programa de rehabilitación vocacional	<input type="checkbox"/> Esfuerzos de búsqueda de trabajo Número de búsquedas de trabajo llevadas a cabo _____	
12	<input type="checkbox"/> No puedo trabajar <input type="checkbox"/> Trabajando <input type="checkbox"/> Programa de rehabilitación vocacional	<input type="checkbox"/> Esfuerzos de búsqueda de trabajo Número de búsquedas de trabajo llevadas a cabo _____	
13	<input type="checkbox"/> No puedo trabajar <input type="checkbox"/> Trabajando <input type="checkbox"/> Programa de rehabilitación vocacional	<input type="checkbox"/> Esfuerzos de búsqueda de trabajo Número de búsquedas de trabajo llevadas a cabo _____	

SECCIÓN 5: SUELDOS DURANTE EL PERIODO DE CALIFICACIÓN

Semana	Sueldo Bruto Ganado	Semana	Sueldo Bruto Ganado
1.	\$	8.	\$
2.	\$	9.	\$
3.	\$	10.	\$
4.	\$	11.	\$
5.	\$	12.	\$
6.	\$	13.	\$
7.	\$		

SECCIÓN 6: CERTIFICACIÓN

Yo certifico que:

- no he elegido recibir cualquiera de mis beneficios de ingresos de impedimento para que sean pagados en una suma total;
- estoy ganando menos del 80% de mi promedio del salario semanal como resultado del impedimento a causa de mi lesión compensable;
- he cumplido con los requisitos de búsqueda de trabajo del Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores (TDI-DWC, por sus siglas en inglés) (Código Laboral de Texas §408.1415 y Código Administrativo de Texas §130.101 y §130.102); y
- la información que he proporcionado en esta Solicitud para Recibir Beneficios de Ingresos Suplementarios es verdadera. Yo entiendo que si intencionadamente yo proporciono información falsa para obtener beneficios, puedo ser acusado de cometer un delito criminal o administrativo.

Firma del Empleado _____ Fecha _____

SECCIÓN 7: AVISO DE ELEGIBILIDAD O NO-ELEGIBILIDAD

Número del Trimestre	Fecha en que Empezó	Fecha en que Terminó
ESTA INFORMACIÓN DEBER SER LLENADA POR TDI-DWC EL PRIMER TRIMESTRE Y POR LA ASEGRUADORA EN LOS TRIMESTRES SUBSIGUIENTES.		
<input type="checkbox"/> El Empleado Tiene Derecho a Recibir Beneficios de Ingresos Suplementarios Pagos Mensuales por 3 Meses de \$ _____		
<input type="checkbox"/> El Empleado No Tiene Derecho a Recibir Beneficios de Ingresos Suplementarios Razón por la Cual el Empleado no Tiene Derecho a Recibir Beneficios:		
Firma de la Persona Autorizada que Revisó el Caso		Fecha
Nombre en Letra de Molde de la Persona Autorizada que Revisó el Caso		
Título	Número de Teléfono	

INFORMACION PARA DISPUTAR SU ELEGIBILIDAD O CANTIDAD DE BENEFICIOS DE INGRESOS SUPLEMENTARIOS:

Para el Empleado

- Para disputar la no-elegibilidad de beneficios de ingresos suplementarios o la cantidad mensual que se le pagará en cualquier trimestre, usted deberá tener información, tal como la documentación detallada de sus búsquedas detalladas de trabajo/ registro de contacto del empleador o un reporte médico reciente respaldando su incapacidad o base legal.
- Para disputar la determinación de TDI-DWC o la aseguradora, usted debe solicitar una Conferencia para Revisión de Beneficios comunicándose a la oficina local de TDI-DWC que está manejando su reclamación o llame al (800) 252-7031.

Para la Aseguradora

- Para disputar el primer trimestre, solicite una Conferencia para Revisión de Beneficios dentro de 10 días después de haber recibido notificación por parte de TDI-DWC.
- Para disputar la elegibilidad en los siguientes trimestres cuando un pago se ha hecho en el trimestre anterior, solicite una Conferencia para Revisión de Beneficios dentro de 10 días después de haber recibido la *Solicitud para Recibir Beneficios de Ingresos Suplementarios*.
- Para disputar elegibilidad de un trimestre subsiguiente sin ningún tipo de pago anterior en el trimestre previo, envíe el aviso de no-elegibilidad al empleado dentro de 10 días a partir de la fecha en que el formulario fue presentado a la compañía de seguros. Incluya las razones por las cuales no se encontró elegibilidad y proporcione instrucciones al empleado sobre como disputar la determinación de la aseguradora.

CÁLCULOS DE LOS BENEFICIOS DE INGRESOS SUPLEMENTARIOS

Para uso de TDI-DWC o de la Aseguradora para Demostrar el Cálculo de Pagos Mensuales

1.	\$ _____ (Promedio del Salario Semanal)	X	80%	=	\$ _____ (Transferir a la Línea 4A)
2.	\$ _____ (Salario Ganado)	+	\$ _____ (Salario Ofrecido)	=	\$ _____ (Transferir a la Línea 3A)
3.	\$ _____ (3A – Salario Totales)	÷	13	=	\$ _____ (Transferir a la Línea 4B)
4.	\$ _____ (4A)	-	\$ _____ (4B)	=	\$ _____ (Transferir a la Línea 5A)
5.	\$ _____ (5A)	X	80%	=	\$ _____ (Transferir a la Línea 6A)
6.	\$ _____ (6A)	X	4.34821	=	\$ _____ (Pago Mensual*)
Si Hay Contribución: (% ____)					
7.	\$ _____ (Pago Mensual)	X	_____ % (% de Reducción)	=	\$ _____ (Transferir a la Línea 8B)
8.	\$ _____ (Pago Mensual)	-	\$ _____ (8B – Reducción de Contribución)	=	\$ _____ (Cantidad Mensual Reducida)

*Sujeto a la cantidad máxima.

SOLICITUD PARA RECIBIR BENEFICIOS DE INGRESOS SUPLEMENTARIOS (Formulario DWC-052)

Para llenar esta solicitud, vea la publicación de TDI-DWC

“Preguntas y Respuestas sobre los Beneficios de Ingresos Suplementarios.”

¿Cuándo es que debo presentar la solicitud para obtener SIBs?

Las fechas límites de la solicitud de SIBs serán diferentes para cada empleado, dependiendo en las fechas del periodo de calificación. Generalmente, usted debe presentar su solicitud para obtener SIBs seis días antes del final del periodo de calificación, pero a no más tardar de siete días después de la fecha en que termina el periodo de calificación. Para el primer trimestre, esta fecha límite se proporciona en la Casilla #4 de la carta de aviso de SIBs, la cual se le es enviada por el Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores (TDI-DWC). Para los demás trimestres, su aseguradora le proporcionará las fechas límite para presentar la solicitud de SIBs en la Sección 3, Casilla #15 de este formulario.

¿A dónde debo enviar el formulario completo?

Para el primer trimestre, envíe el formulario completo DWC-052 y cualquier documentación pertinente a la oficina local de TDI-DWC que está manejando su reclamación. La información de contacto de la oficina local está disponible en <http://www.tdi.texas.gov/wc/dwccontacts.html#offices>. Para los demás trimestres, regrese el formulario a su aseguradora. Usted puede presentar el formulario por medio de correo postal, en persona o electrónicamente (incluyendo fax o e-mail).

¿Cuántas solicitudes de empleo y/o contactos de búsqueda de trabajo debo tener si estoy activamente buscando trabajo?

Usted debe tener al menos el número mínimo de solicitudes de empleo y/o contactos de búsqueda de trabajo que sea consistente con los de los beneficios de compensación por desempleo. Estos varían por condado de residencia. Usted debe comunicarse con TDI-DWC al 1-800-252-7031 o visite el sitio Web <http://www.tdi.texas.gov/wc/employee/benefits.html#sibs> para encontrar los requisitos del número mínimo de búsquedas semanales de trabajo en el condado donde vive.

¿Qué tipo de documentación debo proporcionar para demostrar que cumpla con los requisitos de búsqueda de trabajo de TDI-DWC?

Usted debe mantener documentación pertinente, tal como solicitudes de trabajo, cartas y notas que claramente demuestren sus activos esfuerzos para cumplir con los requisitos de búsqueda de trabajo de TDI-DWC por **cada semana** durante el entero periodo de calificación. Los siguientes son ejemplos de varios tipos de documentación que es aceptable.

Para documentar las búsquedas de trabajo – Si usted no ha regresado a trabajar y no puede trabajar en **ninguna** capacidad, usted debe buscar un trabajo que iguale su habilidad para trabajar durante **cada semana** del periodo de calificación. La documentación que es apropiada incluye:

- Registro de búsqueda de trabajo adjunto al Formulario DWC-052, Solicitud para Recibir Beneficios de Ingresos Suplementarios;
- Documentación sobre cualquier visita de seguimiento con un posible empleador, y/o
- Copias de solicitudes de empleo u hoja de vida (resume, por su nombre en inglés) las cuales documentan sus esfuerzos para encontrar empleo.

Si usted tiene **cualquier** oferta de empleo, y no la acepta, debe incluir información sobre los salarios que le ofrecieron como parte de esta solicitud. Si usted tiene su propio negocio, muestre sus salarios semanales brutos como la cantidad total del salario recibido de su propio negocio. Utilice la “Búsqueda de Trabajo Detallada / Registro de Contacto del Empleador” (página 5 de este formulario) para documentar sus esfuerzos.

Para documentar su inhabilidad para trabajar – Si usted no puede trabajar a causa de su lesión compensable en parte o por todo el periodo de calificación, usted debe presentar un reporte narrativo de un médico, el cual específicamente explique cómo es que su lesión compensable le ha causado no poder desempeñar cualquier tipo de trabajo en el periodo de tiempo que ha sido especificado.

Para documentar la participación en un servicio de rehabilitación vocacional – Si usted participa en un programa de servicios de rehabilitación vocacional, debe proporcionar documentación que demuestre sus esfuerzos para cumplir con los requisitos de su plan de rehabilitación vocacional.

Para documentar el empleo durante el periodo de calificación de SIBs – Usted debe proporcionar documentación que muestre que usted ganó menos del 80% de su promedio del salario semanal como resultado de su incapacidad a causa de la lesión compensable. La documentación pertinente incluye talones de cheques y estados de cuenta de su salario (wage statements, por su nombre en inglés).

¿Cuándo y cómo sabré si he sido aprobado para recibir SIBs?

TDI-DWC le notificará sobre su derecho para recibir SIBs por el primer trimestre a no más tardar del último día de su periodo de IIBs. Para todos los trimestres subsiguientes, la aseguradora debe notificar a los solicitantes sobre su decisión del derecho para recibir SIBs dentro de 10 días a partir de la fecha en que se recibió la solicitud. El aviso contendrá información específica sobre la razón por la cual se tomó la determinación. Si le negaron los SIBs, el aviso incluirá las razones por las cuales se tomó la determinación, las fechas en que empezaron y terminaron los trimestres, y las instrucciones para los participantes si ellos quieren disputar la decisión.

¿En dónde puedo encontrar más información sobre SIBs?

Más información sobre SIBs, incluyendo una lista del número mínimo de búsquedas de trabajo en cada condado en Texas y la publicación “Preguntas y Respuestas sobre los Beneficios de Ingresos Suplementarios”, está disponible en nuestro sitio Web en <http://www.tdi.texas.gov/wc/employee/benefits.html#sibs>.

Nota: Con pocas excepciones, si lo solicita, usted tiene derecho a:

- estar informado sobre la información que DWC reúne sobre usted;
- recibir y revisar la información (Secciones del Código Gubernamental 552.021 y 552.023); y
- pedir que DWC corrija la información que está incorrecta (Sección del Código Gubernamental 559.004).

Para más información contacte a DWCLegalServices@tdi.texas.gov o consulte la sección para el Procedimiento de Correcciones en www.tdi.texas.gov/commissioner/legal/lccorprc.html.

Búsqueda de Trabajo Detallada / Registro de Contacto del Empleador (proporcione detalles de cada contacto de trabajo)

Nombre: _____ **Número mínimo de esfuerzos de búsqueda semanal para su condado de residencia:** _____

Fecha (mes/día/año)	Nombre del negocio, Dirección, Teléfono y sitio Web	¿Cómo se comunicó?	¿Qué fue lo que presentó?	Persona con la que se comunicó	Descripción del empleo	Resultados
		<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Por teléfono <input type="checkbox"/> Por fax <input type="checkbox"/> Por correo postal <input type="checkbox"/> Por e-mail / Web	<input type="checkbox"/> Carta de presentación <input type="checkbox"/> Solicitud <input type="checkbox"/> Hoja de vida _____ _____	Nombre _____ Teléfono _____ Fax _____ E-mail _____		<input type="checkbox"/> Empleo ofrecido Cantidad del salario ofrecido _____ ¿Aceptó la oferta? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fecha de inicio en el nuevo empleo ____ <input type="checkbox"/> No están contratando Otro _____
		<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Por teléfono <input type="checkbox"/> Por fax <input type="checkbox"/> Por correo postal <input type="checkbox"/> Por e-mail / Web	<input type="checkbox"/> Carta de presentación <input type="checkbox"/> Solicitud <input type="checkbox"/> Hoja de vida _____ _____	Nombre _____ Teléfono _____ Fax _____ E-mail _____		<input type="checkbox"/> Empleo ofrecido Cantidad del salario ofrecido _____ ¿Aceptó la oferta? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fecha de inicio en el nuevo empleo ____ <input type="checkbox"/> No están contratando Otro _____
		<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Por teléfono <input type="checkbox"/> Por fax <input type="checkbox"/> Por correo postal <input type="checkbox"/> Por e-mail / Web	<input type="checkbox"/> Carta de presentación <input type="checkbox"/> Solicitud <input type="checkbox"/> Hoja de vida _____ _____	Nombre _____ Teléfono _____ Fax _____ E-mail _____		<input type="checkbox"/> Empleo ofrecido Cantidad del salario ofrecido _____ ¿Aceptó la oferta? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fecha de inicio en el nuevo empleo ____ <input type="checkbox"/> No están contratando Otro _____
		<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Por teléfono <input type="checkbox"/> Por fax <input type="checkbox"/> Por correo postal <input type="checkbox"/> Por e-mail / Web	<input type="checkbox"/> Carta de presentación <input type="checkbox"/> Solicitud <input type="checkbox"/> Hoja de vida _____ _____	Nombre _____ Teléfono _____ Fax _____ E-mail _____		<input type="checkbox"/> Empleo ofrecido Cantidad del salario ofrecido _____ ¿Aceptó la oferta? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fecha de inicio en el nuevo empleo ____ <input type="checkbox"/> No están contratando Otro _____

LOS EMPLEADOS LESIONADOS DEBEN DOCUMENTAR LA INFORMACIÓN DE CADA EMPLEADOR CON EL QUE SE HAN COMUNICADO – USE PÁGINAS ADICIONALES SI ES NECESARIO

Búsqueda de Trabajo Detallada / Registro de Contacto del Empleador (proporcione detalles de cada contacto de trabajo)

Nombre: _____

Número mínimo de esfuerzos de búsqueda semanal para su condado de residencia: _____

Fecha (mes/día/año)	Nombre del negocio, Dirección, Teléfono y sitio Web	¿Cómo se comunicó?	¿Qué fue lo que presentó?	Persona con la que se comunicó	Descripción del empleo	Resultados
		<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Por teléfono <input type="checkbox"/> Por fax <input type="checkbox"/> Por correo postal <input type="checkbox"/> Por e-mail / Web	<input type="checkbox"/> Carta de presentación <input type="checkbox"/> Solicitud <input type="checkbox"/> Hoja de vida _____ _____	Nombre _____ Teléfono _____ Fax _____ E-mail _____		<input type="checkbox"/> Empleo ofrecido Cantidad del salario ofrecido _____ ¿Aceptó la oferta? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fecha de inicio en el nuevo empleo ____ <input type="checkbox"/> No están contratando Otro _____
		<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Por teléfono <input type="checkbox"/> Por fax <input type="checkbox"/> Por correo postal <input type="checkbox"/> Por e-mail / Web	<input type="checkbox"/> Carta de presentación <input type="checkbox"/> Solicitud <input type="checkbox"/> Hoja de vida _____ _____	Nombre _____ Teléfono _____ Fax _____ E-mail _____		<input type="checkbox"/> Empleo ofrecido Cantidad del salario ofrecido _____ ¿Aceptó la oferta? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fecha de inicio en el nuevo empleo ____ <input type="checkbox"/> No están contratando Otro _____
		<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Por teléfono <input type="checkbox"/> Por fax <input type="checkbox"/> Por correo postal <input type="checkbox"/> Por e-mail / Web	<input type="checkbox"/> Carta de presentación <input type="checkbox"/> Solicitud <input type="checkbox"/> Hoja de vida _____ _____	Nombre _____ Teléfono _____ Fax _____ E-mail _____		<input type="checkbox"/> Empleo ofrecido Cantidad del salario ofrecido _____ ¿Aceptó la oferta? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fecha de inicio en el nuevo empleo ____ <input type="checkbox"/> No están contratando Otro _____
		<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Por teléfono <input type="checkbox"/> Por fax <input type="checkbox"/> Por correo postal <input type="checkbox"/> Por e-mail / Web	<input type="checkbox"/> Carta de presentación <input type="checkbox"/> Solicitud <input type="checkbox"/> Hoja de vida _____ _____	Nombre _____ Teléfono _____ Fax _____ E-mail _____		<input type="checkbox"/> Empleo ofrecido Cantidad del salario ofrecido _____ ¿Aceptó la oferta? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fecha de inicio en el nuevo empleo ____ <input type="checkbox"/> No están contratando Otro _____

LOS EMPLEADOS LESIONADOS DEBEN DOCUMENTAR LA INFORMACIÓN DE CADA EMPLEADOR CON EL QUE SE HAN COMUNICADO – USE PÁGINAS ADICIONALES SI ES NECESARIO



PO Box 12050 | Austin, TX 78711 | 800-252-7031 | tdi.texas.gov/wc

Complete esta información, si es que la sabe:

No. de reclamación de DWC

No. de reclamación de la aseguradora

Solicitud del Empleado para Cambiar de Médico de Tratamiento

Para uso **EXCLUSIVO** de los Empleados que **NO Participan** en las Redes de Servicios Médicos de Compensación para Trabajadores o en Ciertos Planes de Salud de Subdivisiones Políticas

Escriba a máquina (o a mano, usando tinta negra) cada artículo en este formulario

I. INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADO/ABOGADO DEL EMPLEADO

1. Nombre del Empleado (Nombre, Inicial, Apellido)		2. Número de Seguro Social del Empleado	
3. Dirección Postal del Empleado (Calle o Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal)			
4. Número de Teléfono del Empleado ()	5. Número Alterno de Teléfono (si es que lo hay) ()	6. Fecha de la Lesión (mm/dd/aaaa)	
7. Nombre del Abogado/Representante (si es que aplica)		8. Dirección del Abogado/Representante (Calle o Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal)	

II. INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADOR (al momento de la lesión)

9. Nombre del Empleador	10. Dirección del Empleador (Calle o Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal)
-------------------------	--

III. INFORMACIÓN SOBRE LA ASEGURADORA

11. Nombre de la Aseguradora	12. Dirección de la Aseguradora (Calle o Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal)	
13. Nombre del Ajustador	14. Número de Teléfono del Ajustador () ext.	15. Número de Fax del Ajustador ()

IV. INFORMACIÓN SOBRE EL MÉDICO DE TRATAMIENTO

Médico de Tratamiento Actual	
16. Nombre del Médico de Tratamiento Actual (Nombre, Inicial, Apellido) y el Título (MD, DO, DC, etc.)	17. Número de Teléfono del Médico de Tratamiento Actual () ext.
18. Dirección Postal del Médico de Tratamiento Actual (Calle o Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal)	
19. Número de Licencia del Médico de Tratamiento Actual (si es que la sabe)	20. Número de Fax del Médico de Tratamiento Actual ()
Razón por la Cual Solicita el Cambio de Médico de Tratamiento	
21. Explique por qué está solicitando cambiar de médico de tratamiento (adjunte hojas adicionales si es necesario)	
Médico de Tratamiento Que ha Solicitado	
22. Nombre del Médico de Tratamiento que se ha Solicitado (Nombre, Inicial, Apellido) y el Título (MD, DO, DC, etc.)	23. Número de Teléfono del Médico de Tratamiento que se ha Solicitado () ext.
24. Número de Licencia del Médico de Tratamiento que se ha Solicitado	25. Número de Fax del Médico de Tratamiento que se ha Solicitado ()
26. Dirección Postal del Médico de Tratamiento que se ha Solicitado (Calle o Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal)	
27. Firma del Médico de Tratamiento que se ha Solicitado (requerido)	28. Fecha (mm/dd/aaaa)

V. AUTORIZACIÓN DEL EMPLEADO PARA CAMBIAR DE MÉDICO DE TRATAMIENTO Y PARA HACER PÚBLICOS SUS EXPEDIENTES MÉDICOS

Al firmar este formulario yo confirmo que deseo cambiar a mi médico de tratamiento, y doy mi autorización para que mi médico de tratamiento actual proporcione los expedientes relacionados con mi reclamación de compensación para trabajadores al médico de tratamiento que estoy solicitando.	Para Uso Exclusivo de TDI-DWC
29. Firma del Empleado (requerido)	
30. Fecha	



Preguntas Frecuentes

Solicitud del Empleado para Cambiar de Médico de Tratamiento

Para uso **EXCLUSIVO** de los Empleados que **NO** Participan en las Redes de Servicios Médicos de Compensación para Trabajadores o en Ciertos Planes de Salud de Subdivisiones Políticas

¿Quién puede usar este formulario para cambiar de médico de tratamiento?

Solamente un empleado lesionado (a) que esté cubierto por el sistema de compensación para trabajadores de Texas; (b) que tenga una reclamación con fecha de lesión o exposición en o después del 1º de enero de 1991; (c) que **no** sea parte de una red certificada de servicios médicos de compensación para trabajadores (red); y (d) cuya reclamación **no** incluya beneficios médicos que sean proporcionados mediante una subdivisión política (plan de salud de una subdivisión política) según §504.053(b)(2) del Código Laboral de Texas, relacionado con los contratos directos con los proveedores de servicios médicos o con los contratos mediante fondos de beneficios de salud, pueden usar este formulario para solicitar un médico de tratamiento.

NOTE: Si usted pertenece a una red, descrita en (c) en la parte de arriba o pertenece a un plan de salud descrito en (d) en la parte de arriba, comuníquese con la red o con el plan de salud y siga los procedimientos de ellos para cambiar a su médico de tratamiento. Si no sabe si pertenece a una red o a este tipo de plan de salud comuníquese con su ajustador de seguros de compensación para trabajadores.

¿Bajo qué circunstancias se me es requerido presentar el Formulario DWC-053S?

Usted debe presentar el Formulario DWC-053S para **solicitar la aprobación del Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores** (Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation -TDI-DWC, por su nombre y siglas en inglés) **antes de recibir los servicios** por parte un nuevo médico de tratamiento si usted no está satisfecho con la elección inicial de médico de tratamiento por una razón válida incluyendo, mas no limitándose a una de las siguientes:

- usted cree que el tratamiento proporcionado por su médico de tratamiento actual es médicamente inapropiado;
- usted cree no estar recibiendo la atención médica apropiada para poder alcanzar el mejoramiento máximo médico (maximum medical improvement, por su nombre en inglés);
- usted está preocupado por la reputación profesional de su médico de tratamiento actual;
- existe un conflicto entre usted y su médico de tratamiento actual, de tal manera que la relación de médico-paciente está en peligro o ha sido dañada;
- su médico de tratamiento actual opta por no coordinar su atención médica debido a problemas de comunicación entre su médico y la aseguradora sobre el procesamiento de sus facturas médicas. Proporcione documentación de su médico de tratamiento actual, si es que está disponible.

Usted **no** puede solicitar un cambio de médico de tratamiento para obtener un nuevo porcentaje de impedimento de cuerpo entero (impairment rating, por su nombre en inglés) o para obtener un reporte médico.

AVISO IMPORTANTE: Si no obtiene la aprobación de TDI-DWC antes de recibir el tratamiento por parte del nuevo médico de tratamiento, usted podría ser responsable de pagar por el costo del tratamiento y la aseguradora podría ser relevada de su responsabilidad para pagar. Para obtener la aprobación de TDI-DWC, usted debe presentar el Formulario DWC-053S, a menos que un cambio inmediato de médico de tratamiento sea médicamente necesario. En este caso, usted puede comunicarse por teléfono con la oficina local de TDI-DWC que está manejando su reclamación para obtener una aprobación verbal.

También debe presentar el Formulario DWC-053S para **inmediatamente notificar a TDI-DWC** si usted cambia de médico de tratamiento debido a que:

- usted se mudó o se cambió de residencia; o
- su médico de tratamiento actual no está disponible o no puede proporcionarle atención médica, o se ha jubilado o ha muerto. Proporcione documentación de la oficina del médico, si es que está disponible.

¿Por qué es necesaria la firma del nuevo médico de tratamiento?

Usted debe confirmar que el médico que ha solicitado le atenderá, comunicándose con la oficina del médico que ha solicitado, describiendo su lesión y preguntando si el médico está aceptando a nuevos pacientes de compensación para trabajadores. Para verificar que el médico está de acuerdo en atenderle, usted **debe** pedirle al médico que firme el Formulario DWC-053S en la Casilla 27. El médico de tratamiento debe ser un médico según lo definido en el Código Laboral de Texas §401.011. Una persona que no es un médico graduado, tal como un practicante de enfermería o un asistente médico, no pueden ejercer como médico de tratamiento.

¿Dónde puedo presentar el Formulario DWC-053S?

Usted puede presentar el formulario y cualquier documentación pertinente a TDI-DWC por medio de:

- fax al (512)804-4378; o
- correo postal a Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation, PO Box 12050, Austin, Texas 78711.

¿Qué es lo que hace TDI-DWC?

Dentro de 10 días de haber recibido el Formulario DWC-053S, el cual ha sido firmado, TDI-DWC revisará y procesará la solicitud.

- Si la solicitud es aprobada, TDI-DWC emitirá una orden de aprobación (approval order, por su nombre en inglés) y enviará una copia al empleado lesionado, representante del empleado lesionado (si es que lo hay), aseguradora, médico de tratamiento anterior, y al médico de tratamiento que acaba de ser aprobado.
- Si la solicitud es denegada, TDI-DWC emitirá una carta de rechazo (denial order, por su nombre en inglés) y enviará una copia al empleado lesionado, representante del empleado lesionado (si es que lo hay), aseguradora, y al médico de tratamiento que fue solicitado.

NOTA: *Si no está de acuerdo con la decisión de TDI-DWC, usted debe disputar la decisión dentro de 10 días, a partir de la fecha en que recibió la orden. Comuníquese con la oficina local de TDI-DWC que está manejando la reclamación al teléfono 1-800-252-7031 para obtener más información sobre el proceso de disputas. La aseguradora también tiene el derecho a disputar la decisión.*

Nota: Con pocas excepciones, si lo solicita, usted tiene derecho a:

- estar informado sobre la información que DWC reúne sobre usted;
- recibir y revisar la información (Secciones del Código Gubernamental 552.021 y 552.023); y
- pedir que DWC corrija la información que está incorrecta (Sección del Código Gubernamental 559.004).

Para más información contacte a DWCLegalServices@tdi.texas.gov o consulte la sección para el Procedimiento de Correcciones en www.tdi.texas.gov/commissioner/legal/lccorprc.html.



DWC CLAIM#

CARRIER'S CLAIM #

Send completed form to the DWC field office handling the claim and to the injured employee.

**NOTICE TO EMPLOYEE: INTENTION TO REQUEST
DIVISION PERMISSION TO ADJUST BENEFITS**

Instructions for Insurance Carrier: The insurance carrier must obtain approval from the Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation before an injured seasonal employee's temporary income benefits are adjusted because of a seasonal change in wages. When Division approval is requested for an adjustment, the injured employee must be informed of the intent by mailing by first class mail this notice to the employee.

1. Employee's Name (Last, First M.I.)	2. Telephone Number	3. Date of Injury
4. Mailing Address (Street or P.O. Box)	5. Employer's Business Name	
City State ZIP Code	6. Insurance Carrier's Name	

!!! NOTICE TO EMPLOYEE !!!

_____ the workers' compensation insurance carrier in the above styled name of carrier claim, intends to request approval from the Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation to decrease increase your weekly temporary income benefit payment to \$_____ because of a seasonal change in your wages. The proposed effective date of this change in your weekly payment is _____.

You must submit to the insurance carrier's adjuster at the address shown below any available wage information within two (2) weeks from the date of this notice which is _____. The information may include wage records from the Texas Employment Commission, copies of your W-2 forms, copies of bank statements, affidavits from your employer(s), payroll check stubs, or other documents showing your wages during previous years. Failure to submit the information may result in your weekly temporary income benefit being decreased based on your wage history for the most recent five (5) quarters available from the Texas Employment Commission.

You have the right to request a Benefit Review Conference to resolve a dispute concerning a seasonal change in your wages. If you have any questions or need assistance, you can reach the Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation at its toll-free number 1-800-252-7031 or contact the Division field office handling your claim.

7. Adjuster's Name (PRINTED)	8. Adjuster's Business Mailing Address
9. Adjuster's Telephone Number	City State ZIP Code

- Note:** With few exceptions, on your request, you are entitled to:
- be informed about the information DWC collects about you.
 - receive and review the information (Government Code Sections 552.021 and 552.023); and
 - have DWC correct information that is incorrect (Government Code Section 559.004).

For more information, contact DWCLegalServices@tdi.texas.gov or refer to the Corrections Procedure section at www.tdi.texas.gov/commissioner/legal/lccorprc.html.





No. de Reclamación de DWC:
No. de Reclamación de la Aseguradora:

Envíe a: Empleado Lesionado Oficina Local de DWC que está Manejando la Reclamación

AVISO AL EMPLEADO: INTENCIÓN PARA SOLICITAR PERMISO DE LA DIVISIÓN PARA AJUSTAR LOS BENEFICIOS

Instrucciones para la Aseguradora: La aseguradora debe obtener aprobación por parte del Departamento de Seguros Texas, División de Compensación para Trabajadores (Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation, por su nombre en inglés) antes de que los beneficios de ingresos temporales de un empleado de trabajo temporal sean ajustados a causa de un cambio en el salario de un empleado de trabajo temporal. Cuando se solicita la aprobación de la División para un ajuste, se deberá informar al empleado lesionado sobre esta intención enviándole éste aviso por correo postal de primera clase.

1. Nombre del Empleado (Apellido, Primer Nombre, Inicial)			2. Número de Teléfono	3. Fecha de la Lesión
4. Dirección (Calle o Apartado Postal)			5. Nombre del Negocio del Empleador	
Ciudad	Estado	Código Postal	6. Nombre de la Aseguradora	

!!!AVISO AL EMPLEADO!!!

_____ aseguradora de compensación para trabajadores para la reclamación
NOMBRE DE LA ASEGURADORA
 que se menciona en la parte de arriba, pretende solicitar la aprobación del Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores para **reducir** **augmentar** su pago semanal de los beneficios de ingresos temporales a la cantidad de \$_____ debido a un cambio en su salario. La fecha que ha sido propuesta para que entre en vigor la modificación a sus pagos semanales es el _____.

Usted debe enviar al ajustador de la aseguradora cualquier información que tenga sobre salarios a la dirección que aparece en la parte de debajo dentro de dos (2) semanas a partir de la fecha de este aviso, el cual es _____. La información puede incluir registros de salarios de la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas (Texas Workforce Commission, por su nombre en inglés), copias de sus formularios W-2 o copias de estados de cuenta de bancos, declaraciones juradas (affidavits, por su nombre en inglés) de su empleador(es), talones de cheques u otros documentos que muestren sus salarios durante los años anteriores. No proporcionar dicha información puede resultar en la reducción de sus beneficios de ingresos temporales y serán reducidos en base a su historial de salarios correspondientes a los cinco (5) trimestres más recientes que estén disponibles por parte de la Comisión de la Fuerza Laboral de Texas.

Usted tiene derecho a solicitar una Conferencia para Revisión de Beneficios (Benefit Review Conference, por su nombre en inglés) para resolver una disputa relacionada con una modificación a su salario de empleo temporal. Si usted tiene alguna pregunta o si necesita asistencia, comuníquese con el Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores al número de teléfono gratuito 1-800-252-7031 o comuníquese con la oficina local de la División que está manejando su reclamación.

Nombre del Ajustador (En Letra de Molde)	Dirección del Ajustador		
Teléfono del Ajustador	Ciudad	Estado	Código Postal

Nota: Con pocas excepciones, si lo solicita, usted tiene derecho a:

- estar informado sobre la información que DWC reúne sobre usted;
- recibir y revisar la información (Secciones del Código Gubernamental 552.021 y 552.023); y
- pedir que DWC corrija la información que está incorrecta (Sección del Código Gubernamental 559.004).

Para más información contacte a DWCLegalServices@tdi.texas.gov o consulte la sección para el Procedimiento de Correcciones en www.tdi.texas.gov/commissioner/legal/lccorprc.html





DWC CLAIM#

CARRIER CLAIM #

Send completed form to the DWC field office handling the claim and to the injured employee.

REQUEST TO ADJUST AVERAGE WEEKLY WAGE FOR SEASONAL EMPLOYEE

Instructions for Insurance Carrier: The insurance carrier's records show that the employee in the claim shown below has failed to furnish the wage information requested on _____ . _____ now requests the

Division's approval to adjust the injured seasonal employee's average weekly wage from \$ _____ to \$ _____ beginning _____ and ending on _____ . Attach _____ showing the employee's earnings during the same period in previous years.

A copy of this request must be provided to the injured worker at the same time it is submitted to the Division's field office handling the claim. Date mailed to Division and Employee: _____

1. Employee's Name (Last, First M.I.)			2. Telephone Number	3. Date of Injury
4. Mailing Address (Street or P.O. Box)			5. Employer's Business Name	
City	State	ZIP Code	6. Insurance Carrier's Name	

• • • NOTICE TO EMPLOYEE • • •

A representative of the Division will attempt to contact you upon the Division's receipt of the insurance carrier's Request to Adjust Average Weekly Wage for Seasonal Employee to explain the purpose of this request and to determine whether you agree with the request to adjust your average weekly wage and your weekly temporary income benefit payment.

Within the next 2 weeks you may request a Benefit Review Conference if you do not agree with the request for adjustment. Your dispute will be set for a Benefit Review Conference within 20 days of your request. You can give additional wage information for consideration. However, if you do not request a Benefit Review Conference within this period, the Division will approve the request for adjustment based on the wage information available.

If you have any questions or need help, call the Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation at 1-800-252-7031 or contact the Division field office handling your claim.

FOR DIVISION USE

The insurance carrier's Request to Adjust Average Weekly Wage for Seasonal Employee in the above styled claim is:

APPROVED Employee failed to request a Benefit Review Conference within the required 2-week period set forth above. The average weekly wage is adjusted to \$ _____, and the temporary income benefit weekly payment is adjusted to \$ _____, beginning _____ and ending _____.

NOT APPROVED. Reason: _____

Authorized DWC Employee Signature	Division Field Office Phone Number		
Division Field Office Address	City	State	ZIP Code

Note: With few exceptions, on your request, you are entitled to:

- be informed about the information DWC collects about you.
- receive and review the information (Government Code Sections 552.021 and 552.023); and
- have DWC correct information that is incorrect (Government Code Section 559.004).

For more information, contact DWCLegalServices@tdi.texas.gov or refer to the Corrections Procedure section at www.tdi.texas.gov/commissioner/legal/lccorprc.html





No. de Reclamación de DWC:
No. de Reclamación de la Aseguradora:

Envíe a: Empleado lesionado oficina local de DWC que está manejando la reclamación

SOLICITUD PARA AJUSTAR EL PROMEDIO DEL SALARIO SEMANAL DE UN EMPLEADO DE TEMPORADA

Instrucciones para la Aseguradora: Los expedientes de la aseguradora muestran que el empleado señalado en la reclamación que se muestra en la parte de abajo de este formulario no ha proporcionado la información de salarios que se le solicitó en _____.

FECHA

_____ está solicitando ahora la aprobación de la División para ajustar el promedio del salario semanal del _____ ASEGURADORA

empleado temporal lesionado de \$ _____ a \$ _____ a partir de _____ FECHA hasta del día _____ FECHA .

Se adjunta, _____ TIPO DE EVIDENCIA

mostrando las ganancias del empleado durante el mismo periodo en años anteriores.

Una copia de esta solicitud debe ser proporcionada al empleado lesionado al mismo tiempo que es presentada ante la oficina local de la División que está manejando la reclamación. Fecha en que se envió a la División y al empleado: _____

1. Nombre del Empleado (Apellido, Nombre, Inicial)			2. Número de Teléfono		3. Fecha de la Lesión	
4. Dirección Postal (Calle o Apartado Postal)				5. Nombre del Negocio del Empleador		
Ciudad		Estado	Código Postal		6. Nombre de la Aseguradora	

• • • AVISO AL EMPLEADO • • •

Un representante de la División intentará comunicarse con usted una vez que la División haya recibido de la aseguradora la Solicitud para Ajustar el Promedio del Salario Semanal de un Empleado de Temporada para así explicarle el propósito de esta solicitud y para determinar si usted está de acuerdo con esta solicitud de ajuste a su promedio del salario semanal y a su pago semanal de los beneficios de ingresos temporales. **Dentro de las próximas 2 semanas usted puede solicitar una Conferencia para Revisión de Beneficios (Benefit Review Conference, por su nombre en inglés), si no está de acuerdo con la solicitud de ajuste. Su disputa será programada para una Conferencia para Revisión de Beneficios dentro del transcurso de 20 días, a partir de la fecha de su solicitud. Usted puede ofrecer información adicional sobre los salarios para que sea tomada en consideración. Sin embargo, si usted no solicita una Conferencia para Revisión de Beneficios dentro de este periodo, la División aprobará la solicitud de ajuste basándose en la información de salario que tenga a su disposición.**

Si usted tiene cualquier pregunta o necesita ayuda, llame al Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores al 1-800-252-7031 o comuníquese a la oficina local de la División que está manejando su reclamación.

PARA USO EXCLUSIVO DE LA DIVISIÓN

La Solicitud para Ajustar el Promedio del Salario Semanal de un Empleado de Temporada, hecha por la aseguradora en la reclamación que se muestra en la parte de arriba es:

APROBADA El empleado no solicitó una Conferencia para Revisión de Beneficios dentro del periodo de las 2 semanas que han sido descritas.

El promedio del salario semanal es ajustado a \$ _____, y el pago semanal del beneficio de ingresos temporales es ajustado a \$ _____, a partir de _____ y hasta _____.

DENEGADA Razón: _____

Oficial de DWC que Determina la Incapacidad			Teléfono de la Oficina Local de la División		
Dirección Postal de la Oficina Local de la División			Ciudad	Estado	Código Postal

Nota: Con pocas excepciones, si lo solicita, usted tiene derecho a:

- estar informado sobre la información que DWC reúne sobre usted;
- recibir y revisar la información (Secciones del Código Gubernamental 552.021 y 552.023); y
- pedir que DWC corrija la información que está incorrecta (Sección del Código Gubernamental 559.004).

Para más información contacte a DWCLegalServices@tdi.texas.gov o consulte la sección para el Procedimiento de Correcciones en www.tdi.texas.gov/commissioner/legal/lccorprc.html





DWC CLAIM #

CARRIER CLAIM #

PREPAYMENT ACCOUNT #:

CARRIER'S REQUEST FOR SEASONAL EMPLOYEE WAGE INFORMATION FROM TEXAS EMPLOYMENT COMMISSION RECORDS (DWC Form-056)

A \$15.00 fee must be paid for this request for seasonal employee wage information from the Texas Workforce Commission. No action will be taken on the request without payment. Send the request with payment to:
Field Services, MS-600, Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation, 7551 Metro Center Drive, Suite 100, Austin, Texas 78744.

1. Employee's Name (Last, First M.I.)	2. Telephone Number	3. Date of Injury
4. Mailing Address (Street or P.O. Box)	5. Employer's Business Name	
City State ZIP Code	6. Insurance Carrier's Name	

On _____ the insurance carrier shown above filed notice with the injured seasonal employee of its
DATE
intention to request the Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation's approval to adjust the employee's average weekly wage and temporary income benefit payment because of a seasonal change in the employee's wages. The seasonal employee did not provide wage information to the carrier within two (2) weeks from the date of notice according to a thorough search of the carrier's records.

The insurance carrier requests the Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation to contact Texas Workforce Commission for the seasonal employee's wage history for the most recent five (5) quarters available.

ADJUSTER CERTIFICATION

I certify the wage information requested will be used solely to determine whether an injured seasonal employee's average weekly wage and temporary income benefit payment should be adjusted.

Adjuster's Name (PRINTED)	Adjuster's Signature
Adjuster's Business Mailing Address (Street or P. O. Box)	City State ZIP Code

DIVISION USE ONLY

Date Information Requested from DWC	Date Information Provided to Carrier's Designated Austin Representative
--	--

Note: With few exceptions, on your request, you are entitled to:

- be informed about the information DWC collects about you.
- receive and review the information (Government Code Sections 552.021 and 552.023); and
- have DWC correct information that is incorrect (Government Code Section 559.004).

For more information, contact DWCLegalServices@tdi.texas.gov or refer to the Corrections Procedure section at www.tdi.texas.gov/commissioner/legal/lccorprc.html





Complete if known: DWC Claim # Carrier Claim #
--

Designated Doctor Examination Data Report

Extent of Injury, Disability, or Other Similar Issues

I. INJURED EMPLOYEE CLAIM INFORMATION

1. Employee Name (Last, First, Middle)	2. Social Security Number (last 4 digits) XXX-XX-
3. Insurance Carrier Name	4. Date of Injury (mm-dd-yyyy)

II. EXAMINATION INFORMATION

5. Designated Doctor Name	
6. Designated Doctor Mailing Address (Street or P.O. Box, City, State, ZIP Code)	
7. Designated Doctor License Number	8. Designated Doctor License Jurisdiction
9. Designated Doctor License Type	10. Designated Doctor Phone Number ()
11. Examination Location (Street, City, State, ZIP Code)	
12. Date and Time of Appointment	
13. Does the claim involve medical benefits provided through a Certified Health Care Network? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, provide the name of the network: _____	
14. Does the claim involve medical benefits provided through a political subdivision pursuant to §504.053(b)(2) of the Texas Labor Code, relating to directly contracting with health care providers or contracting through a health benefits pool? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, provide the name of the health care plan: _____	

For DWC Use Only



III. PURPOSE OF EXAMINATION

15. Issues considered during designated doctor's examination. Check only the items that were included on DWC Form-032 and provide the requested information.

a) Extent of Injury

Refer to the DWC Form-032 you received for this examination and provide below all the diagnoses/conditions listed in Section V, Box 36C. Did you determine that the accident or incident giving rise to the compensable injury was a substantial factor in bringing about the additional claimed diagnoses/condition, and without it, the additional diagnoses/conditions would not have occurred? Provide your answer below by checking Yes or No for each additional claimed diagnosis/condition. For data purposes only, assign the most reasonable corresponding diagnosis code(s) for each additional claimed diagnosis/condition. You may assign up to four diagnosis codes for each additional claimed diagnosis/condition. **Attach additional pages, if necessary.**

Additional Claimed Diagnosis or Condition	Yes	No	For Data Purposes Only			
			Diagnosis Code 1	Diagnosis Code 2	Diagnosis Code 3	Diagnosis Code 4
1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
6)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
7)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
8)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

b) Disability - Direct Result

Did you determine that the employee's inability to obtain and retain employment at wages equivalent to the pre-injury wage is a direct result of the compensable injury? Yes No

Refer to the DWC Form-032 you received for this examination and provide the following information as shown in Section V, Box 36D:

Provide the beginning and ending dates for the claimed periods of disability. If multiple periods, list all dates. From _____ to _____ (mm/dd/yyyy)

c) Other Similar Issues

Refer to the DWC Form-032 you received for the examination and describe the issue(s) listed in Section V, Box 36G, and provide your response to the issue(s).

Employee's Name:
DWC Claim Number:

For DWC Use Only



IV. REFERRALS / ADDITIONAL TESTING

16. Provide the requested information regarding referrals and additional testing for this examination.									
Referral Health Care Provider Name	Provider License Number	Date of Service (mm/dd/yyyy)	Type of Testing						
			FCE	EMG / NCV	X-Ray	MRI	CT-Scan	Psychological Testing / Evaluation	Other
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FCE (Functional Capacity Evaluation); EMG (Electromyography); NCV (Nerve Conduction Velocity); MRI (Magnetic Resonance Imaging); CT-Scan (Computed Tomography Scan)

V. DESIGNATED DOCTOR'S SIGNATURE

17. Signature of Designated Doctor	18. Date of Signature (mm/dd/yyyy)
---	---

**Frequently Asked Questions
Designated Doctor Examination Data Report
Extent of Injury, Disability, or Other Similar Issues (DWC Form-068)**

Under what circumstances is DWC Form-068 filed?

DWC Form-068 must be filed when a designated doctor examination addresses issues of extent of injury, disability – direct result, or other similar issues. Do not file this form if the designated doctor examination only addressed issues of maximum medical improvement, impairment rating, and/or return to work. Title 28 Texas Administrative Code (TAC) §127.220(c) requires a designated doctor who performs an examination under §127.10(f) to file a Designated Doctor Examination Data Report in the form and manner required by DWC.

Is a narrative report required when filing DWC Form-068?

Yes. You must attach the narrative report required by Title 28 TAC §127.220, *Designated Doctor Narrative Reports*.

Where do I file DWC Form-068?

DWC Form-068, along with the narrative report, must be submitted as follows:

- Send to the treating doctor, DWC, and the insurance carrier by facsimile or electronic transmission.
- Send to the injured employee and the injured employee's representative (if any) by facsimile or electronic transmission if you have this information. Otherwise, you must send the reports by other verifiable means.

Note: With few exceptions, on your request, you are entitled to:

- be informed about the information DWC collects about you.
- receive and review the information (Government Code Sections 552.021 and 552.023); and
- have DWC correct information that is incorrect (Government Code Section 559.004).

For more information, contact DWCLegalServices@tdi.texas.gov or refer to the Corrections Procedure section at www.tdi.texas.gov/commissioner/legal/lccorprc.html





Agreement between motor carrier and owner operator to provide workers' compensation insurance

Agreement to require owner operator to act as employer

Este formulario está disponible en español en el sitio web de la División en
www.tdi.texas.gov/forms/form20numeric.html.

Para obtener asistencia en español, llame a la División al 800-252-7031.

Part 1. Agreements

Check only one:

Agreement between motor carrier and owner operator to provide workers' compensation insurance

1. Agreement start date (mm/dd/yyyy)

2. Agreement end date (mm/dd/yyyy)

3. Estimated number of employees affected

Agreement to require owner operator to act as employer

4. Agreement start date (mm/dd/yyyy)

5. Agreement end date (mm/dd/yyyy)

6. Estimated number of employees affected

Part 2. The motor carrier must complete this part.

7. Motor carrier name

8. Federal tax ID number

9. Address (street or PO box, city, state, ZIP code)

10. Email

11. Motor carrier's affirmation

Check only one:

Agreement between motor carrier and owner operator to provide workers' compensation insurance

I agree that the motor carrier will provide workers' compensation insurance coverage to the owner operator and the owner operator's employees.

I will **deduct** **not deduct** the actual premiums, based on payroll, that I incur or pay for coverage from the contract price or any other amount I owe the owner operator.

I agree that I assume the responsibilities of an employer for the performance of work.

<input type="checkbox"/>	<p>Agreement to require owner operator to act as employer</p> <p>I agree that the owner operator will act as the employer and assumes the responsibilities of an employer for the performance of work. I will not provide workers' compensation insurance coverage to the owner operator.</p>
12. Signature of motor carrier	13. Date of signature (mm/dd/yyyy)

Part 3. The owner operator must complete this part.

14. Owner operator name	15. Federal tax ID number
16. Address (street or PO box, city, state, ZIP code)	17. Email
18. Owner operator's affirmation Check only one:	
<input type="checkbox"/>	<p>Agreement between motor carrier and owner operator to provide workers' compensation insurance</p> <p>I agree that the motor carrier assumes the responsibilities of an employer for the performance of work and will provide workers' compensation insurance to me.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Agreement to require owner operator to act as employer</p> <p>I agree that I will act as the employer and assume the responsibilities of an employer for the performance of work. The motor carrier will not provide me workers' compensation insurance coverage.</p>
19. Signature of owner operator	20. Date of signature (mm/dd/yyyy)

FAQ

Agreement between motor carrier and owner operator to provide workers' compensation insurance

Agreement to require owner operator to act as employer

Who may use this agreement?

Texas Labor Code Section 406.122 allows motor carriers and owner operators to agree whether the owner operator is an employee of the motor carrier for the purposes of workers' compensation insurance coverage.

Texas Labor Code Section 406.123 allows motor carriers and owner operators to agree on who will provide workers' compensation insurance coverage to the subcontractor and the employees of the subcontractor.

You can choose to agree if the owner operator is an employee of the motor carrier for the purposes of workers' compensation insurance coverage or motor carriers and owner operators to agree on who will provide workers' compensation insurance coverage to the subcontractor and the employees of the subcontractor.

How do I know if I should sign this agreement?

You may want to talk to an attorney if you are not sure if all parties meet the requirements to enter into these agreements.

When does the agreement take effect?

The agreement takes effect the date both parties have signed it or the start date of the agreement, whichever is later.

Where should I send this agreement?

The motor carrier must file a legible and complete copy of this agreement with their workers' compensation insurance carrier within 10 days after signing the agreement. The motor carrier must keep the original. The owner operator should also keep a copy. If the motor carrier changes workers' compensation insurance carriers during the effective dates of the agreement, the motor carrier should file this form with their new insurance carrier.

Do not send a copy to the Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation (DWC).

Note: With few exceptions, you are entitled to:

- be informed about the information DWC collects about you;
- receive and review the information (Government Code Sections 552.021 and 552.023); and
- have DWC correct information that is incorrect (Government Code Section 559.004).

For more information, contact DWCLegalServices@tdi.texas.gov or refer to the Corrections Procedure section at www.tdi.texas.gov/commissioner/legal/lccorprc.html.



REQUEST FOR RECORD CHECK OR COPIES OF CONFIDENTIAL CLAIM INFORMATION

This form must be signed by a party eligible to receive the information requested.

Este formulario está disponible en español en el sitio web de la División en
www.tdi.texas.gov/forms/dwc/dwc153srec.pdf.

Para obtener asistencia en español, llame a la División al 800-252-7031.

I. INJURED EMPLOYEE INFORMATION

1. DWC Claim Number (Required if box 15 is not checked.)	2. Employee Social Security Number
3. Employee Name (First, Middle, Last)	
4. Date of Birth (mm-dd-yyyy)	5. Date of Injury (mm-dd-yyyy) (Required if box 15 is not checked.)
6. Employee Address (Street or P.O. Box, City, State, ZIP Code)	

II. REQUESTER INFORMATION

7. Name (First, Middle, Last)	8. DWC Representative Box Number (if applicable)
9. Position or Title (if applicable)	10. Firm Name (if applicable)
11. Address (Street or P.O. Box, City, State, ZIP Code)	12. Email Address
13. Phone Number	14. Fax Number

III. INFORMATION REQUESTED Please check a box to indicate the information you are requesting.

RECORD CHECK	
<input type="checkbox"/> 15. Record Check: Requesters will be provided the DWC claim number, date and nature of the injury, employer at the time of injury, whether the injured employee has received income benefits, and disposition of the claim for dates of injury before January 1, 1991.	
OR	
COPIES OF CONFIDENTIAL CLAIM INFORMATION	
<input type="checkbox"/> 16. Claim File <input type="checkbox"/> DRIS Notes Only	<input type="checkbox"/> 17. Medical Fee Dispute Resolution File (date of injury after January 1, 1991) Tracking Number*: <input style="width: 100%;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Complete File <input type="checkbox"/> Specific Document: <input style="width: 100%;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> 18. Indemnity Dispute Resolution File (date of injury after January 1, 1991) Dispute Sequence No: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Complete File <input type="checkbox"/> Specific Document: <input style="width: 100%;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Audio Recording of Hearing <input type="checkbox"/> Video or Audio Evidence (if any)	
19. Certified copy? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	20. Format to receive documents: <input type="checkbox"/> Electronic or <input type="checkbox"/> Paper

*Required for a copy of a medical fee dispute resolution file.



IV. REQUESTER ELIGIBILITY

21. Requester Categories

The Texas Labor Code limits the release of confidential claim information to the requesters below. **Requester represents that he or she is entitled to the information requested and has authority to request the information.**

Check only one box:

- The employee.
- The employee's legal beneficiary. (**Attach documentation**)
- The employee's or the legal beneficiary's representative. (**Attach documentation**)
- The employer at the time of injury. Requester must provide injured employee's period of employment. (**Attach documentation**)
- The workers' compensation insurance carrier.
- The insurance carrier's legal counsel or representative. (**Attach documentation**)
- The Texas Certified Self-Insurer Guaranty Association established under Texas Labor Code, Chapter 407, Subchapter G, if that association has assumed the obligations of an impaired employer.
- The Texas Property and Casualty Insurance Guaranty Association, if that association has assumed the obligations of an impaired insurance company.
- A third-party litigant in a lawsuit, in which the cause of action arises from the incident that gave rise to the injury. Requester must provide injured employee's date of injury. (**Attach copy of Petition and Answer**)
- Health care provider who is a party to a medical dispute under Texas Labor Code Section 413.031(c).

I certify that I am entitled to receive the confidential claim information requested. **I understand** that it is a Class A misdemeanor to unlawfully receive, publish, disclose, or distribute confidential information in or derived from an employee's claim file. Texas Labor Code Sections 402.064, 402.081, 402.083, 402.084, 402.086, and 402.091.

22. Signature of Requester

23. Printed Name of Requester

24. Date of Signature (mm-dd-yyyy)

Frequently Asked Questions

Request for Record Check or Copies of Confidential Claim Information (DWC Form-153)

Who may request confidential claim file information?

Only the requester categories listed in Section IV are entitled to receive confidential claim information. See Texas Labor Code Section 402.084. Governmental agencies or political subdivisions requesting copies of confidential claim information in a capacity other than as an employer should not complete this form. Please contact DWC Legal Services at 512-804-4275 for more information on eligibility to receive confidential information.

- An eligible insurance carrier must have handled a workers' compensation claim for the injured employee. Documentation of a workers' compensation claim must be provided to determine eligibility.
- A lay person, legal representative, or other party may be eligible to receive confidential claim file information if the injured employee authorizes them to request and receive the information on their behalf. To establish eligibility, the party must provide documentation of representation (for example, a letter of representation from the client, copy of the contract between the client and the representative, or the defendant's original answer).



What are my options for receiving confidential claim file information?

- **Electronic** – Documents and other requested media will be provided through the GovQA website and notice will be sent to the requester's email. Insurance carriers will receive their copies through their Austin representative's secure file transfer protocol box.
- **Paper** – Documents will be printed and mailed to the requester. A fee may be charged depending on the number of printed documents. See below for more information about fees.
- **Certified** – The copy of the information requested will have a letter of certification attached, which is signed and stamped by the Custodian of Records and attests to the authenticity of the attached documents.

Are any fields on the DWC Form-153 optional?

All applicable fields must be completed each time a DWC Form-153 is submitted.

- **Section I** – all fields are required for claim file and indemnity dispute resolution file requests. Employee name, Social Security number, and date of birth are required for record check requests. All fields except date of birth are required for the medical fee dispute resolution file.
- **Section II** – all fields are required, if applicable. An email address is required to notify that electronic documents are ready for pick up. The email address is confidential under Texas Government Code Section 552.137 and will not be released without your consent.
- **Section III** – enter information in the specified fields for records you are requesting. The medical dispute resolution file tracking number is required for a copy of a medical fee dispute resolution file.
- **Section IV** – you must indicate the legal basis on which you are eligible to receive requested confidential claim information and provide any additional information in the documentation you attach to the request.

Incorrect or incomplete forms will be returned.

Can I request a record check and copies of confidential claim information for the same injured employee on the same request?

No. Injured employees may have multiple claims, so you must submit a separate DWC Form-153 to request copies of confidential claim information for a specific claim.

How do I submit the DWC Form-153?

The original signed form can be attached to an open records request at tdi.texas.gov/open-records.html, faxed to DWC Legal Services at 512-804-4276, mailed, or personally delivered. Do not fax this request to any other DWC fax number. You must submit a separate DWC Form-153 for each injured employee.

Will I be charged a fee for copies of confidential claim file information?

DWC will give you electronic copies at no cost. We may charge a fee if you ask for paper copies, depending on the number of pages.

How can I get more information?

If you are requesting copies of a claim file or for help completing this form, call DWC Legal Services at 512-804-4703.

IMPORTANT: *By submitting DWC Form-153, the requester represents that he or she is entitled to the information requested and that he or she has full authority to act as a requester. It is a Class A misdemeanor for an unauthorized person to receive confidential claim file information or to disclose such information to an unauthorized person. Texas Labor Code Sections 402.064, 402.081, 402.083, 402.084, 402.086, and 402.091.*

Note: With few exceptions, on your request, you are entitled to:

- be informed about the information DWC collects about you.
- receive and review the information (Government Code Sections 552.021 and 552.023); and
- have DWC correct information that is incorrect (Government Code Section 559.004).

For more information, contact DWCLegalServices@tdi.texas.gov or refer to the Corrections Procedure section at www.tdi.texas.gov/commissioner/legal/lccorprc.html

SOLICITUD PARA OBTENER VERIFICACIÓN DE EXPEDIENTES O COPIAS DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE LA RECLAMACIÓN

Este formulario debe ser firmado por el participante que es elegible para recibir la información que ha sido solicitada.

I. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO LESIONADO

1. Número de Reclamación de DWC (Requerido si la casilla 15 no está marcada.)	2. Número de Seguro Social del Empleado
3. Nombre del Empleado (Nombre, Segundo Nombre, Apellido)	
4. Fecha de Nacimiento (mm-dd-aaaa)	5. Fecha de la Lesión (mm-dd-aaaa) (Requerido si la casilla 15 no está marcada.)
6. Dirección del Empleado (Calle o Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal)	

II. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

7. Nombre (Nombre, Segundo Nombre, Apellido)	8. No. de Buzón del Representante de DWC (si es que aplica)
9. Posición o Título (si es que aplica)	10. Nombre de la Firma (si es que aplica)
11. Dirección (Calle o Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal)	12. Dirección de Correo Electrónico
13. Número de Teléfono	14. Número de Fax

III. INFORMACIÓN SOLICITADA Por favor marque una casilla para indicar la información que está solicitando.

VERIFICACIÓN DE EXPEDIENTE	
<input type="checkbox"/> 15. Verificación de Expedientes: Se les proporcionará a los solicitantes el número de reclamación de DWC, la fecha y la naturaleza de la lesión, el empleador al momento de la lesión, si el empleado lesionado ha recibido beneficios de ingresos y la disposición de la reclamación para las fechas de la lesión antes del 1º de enero de 1991.	
O	
COPIAS DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE LA RECLAMACIÓN	
<input type="checkbox"/> 16. Expediente de la Reclamación <input type="checkbox"/> Solamente Notas de DRIS	<input type="checkbox"/> 17. Expediente de la Resolución de Disputas por Honorarios Médicos (fecha de la lesión después del 1º de enero de 1991) Número de Referencia (tracking number, por su nombre en inglés)*: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Expediente Completo <input type="checkbox"/> Documento Específico: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 18. Expediente de Resolución de Disputas por Indemnización (fecha de la lesión después del 1º de enero de 1991) No. de Secuencia de la Disputa: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Expediente Completo <input type="checkbox"/> Documento Específico: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Evidencia de Video o Audio (si es que la hay) <input type="checkbox"/> Grabación de Audio de la Audiencia	
19. ¿Copia Certificada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	20. Formato para recibir los documentos: <input type="checkbox"/> Electrónico o <input type="checkbox"/> Papel

*Requerido para obtener una copia del expediente de la resolución de disputas por honorarios médicos.



IV. ELEGIBILIDAD DEL SOLICITANTE**21. Categorías de Solicitantes**

El Código Laboral de Texas (Texas Labor Code, por su nombre en inglés) limita la información confidencial sobre la reclamación que se hace pública a los solicitantes que se muestran en la parte de abajo. **El solicitante declara que tiene derecho a la información solicitada y que tiene autoridad para solicitar la información.**

Marque solamente una casilla:

- El empleado.
- El beneficiario legal del empleado. (*Adjunte documentación*)
- El representante del empleado o del beneficiario legal. (*Adjunte documentación*)
- El empleador al momento de la lesión. El solicitante debe proporcionar el periodo de empleo del empleado lesionado. (*Adjunte documentación*)
- La aseguradora de compensación para trabajadores.
- El asesor o representante legal de la aseguradora. (*Adjunte documentación*)
- La Asociación de Garantía de Auto-Asegurados de Texas (Texas Certified Self-Insurer Guaranty Association, por su nombre en inglés) establecida bajo el Código Laboral de Texas, Capítulo 407, Subcapítulo G, si esta asociación ha asumido las obligaciones de un empleador con impedimentos.
- La Asociación Afianzadora de Seguros de Propiedad y Percances de Texas (Texas Property and Casualty Insurance Guaranty Association, por su nombre en inglés) si esta asociación ha asumido las obligaciones de una aseguradora con impedimentos.
- Un litigante de terceros en una demanda, en la cual la causa de la acción surge del incidente que dio lugar a la lesión. El solicitante debe proporcionar la fecha de la lesión del empleado lesionado (*Adjunte una copia de la Petición y Respuesta*).
- El proveedor de servicios médicos que es participante en una disputa médica bajo la Sección 413.031(c) del Código Laboral de Texas.

Yo certifico que tengo derecho a recibir la información confidencial que se ha solicitado sobre la reclamación. **Yo entiendo** que es un delito menor de Clase A recibir, publicar, divulgar o distribuir ilegalmente información confidencial en o derivada de la reclamación de un empleado. Código Laboral de Texas, Secciones 402.064, 402.081, 402.083, 402.084, 402.086 y 402.091.

22. Firma del Solicitante**23. Nombre del Solicitante en Letra de Molde****24. Fecha de la Firma (mm-dd-aaaa)****Preguntas Frecuentes****Solicitud para Obtener Verificación de Expedientes o Copias de Información Confidencial de la Reclamación (Formulario DWC-153S)****¿Quién puede solicitar información confidencial del expediente de una reclamación?**

Solamente las categorías de solicitantes que se muestran en la Sección IV tienen derecho a recibir información confidencial de una reclamación. Consulte la Sección 402.084 del Código Laboral de Texas. Las agencias gubernamentales o subdivisiones políticas que solicitan copias de información confidencial de una reclamación en una capacidad que no sea como empleador, no deben completar este formulario. Por favor comuníquese con la Sección de Servicios Legales de DWC al (512) 804-4275 para obtener más información sobre la elegibilidad para recibir información confidencial.



- Una aseguradora elegible debe haber manejado la reclamación de compensación para trabajadores del empleado lesionado. Debe proporcionarse documentación de la reclamación de compensación para trabajadores para determinar la elegibilidad.
- Una persona lega, el representante legal u otro participante pueden ser elegibles para recibir la información confidencial del expediente de reclamación si el empleado lesionado les autoriza solicitar y recibir la información en su nombre. Para establecer la elegibilidad, el participante debe proporcionar documentación de representación (por ejemplo, una carta de representación del cliente, copia del contrato entre el cliente y el representante, o la respuesta original del demandado).

¿Cuáles son mis opciones para recibir información confidencial del expediente de reclamación?

- **Electrónicamente** – Los documentos y otros medios solicitados se proporcionarán a través del sitio web de GovQA y se enviará una notificación al correo electrónico del solicitante. Las aseguradoras recibirán sus copias a través del buzón de protocolo para la transferencia segura de archivos (secure file transfer protocol box, por su nombre en inglés) del representante en Austin.
- **En Papel** – Los documentos se imprimirán y serán enviados por correo postal al solicitante. Es posible que se cobre un honorario dependiendo de la cantidad de los documentos impresos. Consulte en la parte de abajo para obtener más información sobre los honorarios.
- **Certificado** – La copia de la información solicitada llevará adjunta una carta de certificación, la cual está firmada y sellada por el Conservador de Expedientes (Custodian of Records, por su nombre en inglés) y da fe de la autenticidad de los documentos adjuntos.

¿Son opcionales algunos de los espacios del Formulario DWC-153S?

Todos los espacios aplicables deben completarse cada vez que se presente el Formulario DWC-153S.

- **Sección I** – todos los espacios son requeridos para las solicitudes de expedientes de reclamaciones y para las solicitudes de resolución de disputas por indemnización. Es requerido proporcionar el nombre del empleado, el número de Seguro Social y la fecha de nacimiento para las solicitudes de verificación de expedientes. Todos los espacios, excepto la fecha de nacimiento, son requeridos para el expediente de resolución de disputas por honorarios médicos.
- **Sección II** – todos los espacios son requeridos, si es que aplica. Una dirección de correo electrónico es requerida para notificar que los documentos electrónicos están listos para ser recogidos. La dirección de correo electrónico es confidencial según el Código Gubernamental de Texas, Sección 552.137 y no se divulgará sin su consentimiento.
- **Sección III** – ingrese información en los espacios especificados para los expedientes que está solicitando. El número de referencia (tracking number) para el expediente de resolución de disputas médicas es requerido para obtener una copia del expediente de resolución de disputas por honorarios médicos.
- **Sección IV** – usted debe indicar la base legal por la cual usted es elegible para recibir la información confidencial solicitada relacionada con la reclamación y proporcionar cualquier información adicional en la documentación que adjunte a la solicitud.

Los formularios incorrectos o incompletos serán devueltos.

¿Puedo solicitar una verificación de expediente y copias de la información confidencial de la reclamación del mismo empleado lesionado en la misma solicitud?

No. Los empleados lesionados pueden tener múltiples reclamaciones, por lo que usted debe enviar un Formulario DWC-153S por separado para solicitar copias de la información confidencial de la reclamación para una reclamación en específico.

¿Cómo puedo presentar el Formulario DWC-153S?

El formulario original firmado puede adjuntarse a una solicitud para obtener registros públicos (open records request, por su nombre en inglés) en tdi.texas.gov/open-records.html, también puede enviarlo por fax a la Sección de Servicios Legales de DWC al 512-804-4276, enviarlo por correo postal o entregarlo personalmente. No envíe esta solicitud por fax a ningún otro número de fax de DWC. Usted debe presentar un Formulario DWC-153S por separado para cada

empleado lesionado.

¿Se me cobrará un honorario por las copias de la información confidencial del expediente de la reclamación?

DWC le proporcionará copias electrónicas sin costo alguno. Es posible que le cobremos un honorario si usted solicita copias en papel, dependiendo de la cantidad de páginas.

¿Cómo puedo obtener más información?

Si está solicitando copias de un expediente de reclamación o si necesita ayuda para completar este formulario, llame a la Sección de Servicios Legales de DWC al 512-804-4703.

IMPORTANTE: Al presentar el Formulario DWC-153S, el solicitante declara que él o ella tiene derecho a la información solicitada y que él o ella tiene plena autoridad para actuar como solicitante. Es un delito menor de Clase A que una persona no autorizada reciba información confidencial relacionada con la reclamación o que divulgue dicha información a personas no autorizadas. Código Laboral de Texas Secciones 402.064, 402.081, 402.083, 402.084, 402.086 y 402.091.

Nota: Con pocas excepciones, si lo solicita, usted tiene derecho a:

- estar informado sobre la información que DWC reúne sobre usted;
- recibir y revisar la información (Secciones del Código Gubernamental 552.021 y 552.023); y
- pedir que DWC corrija la información que está incorrecta (Sección del Código Gubernamental 559.004).

Para más información contacte a DWCLegalServices@tdi.texas.gov o consulte la sección para el Procedimiento de Correcciones en www.tdi.texas.gov/commissioner/legal/lccorprc.html



Prospective employment authorization and certification

This form must be signed by a party eligible to receive the information requested.

Este formulario está disponible en español en el sitio web de la División en

<https://www.tdi.texas.gov/forms/dwc/dwc156.pdf>

Para obtener asistencia en español, llame a la División al 800-252-7031.

Part 1. To be completed by the job applicant

1. Job applicant name (first, middle, last)	2. Social security number
3. Address (street or PO box, city, state, ZIP code)	4. Date job application submitted
I understand that the law allows prospective Texas employers to get certain work-related injury information about me from the Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation (DWC). The employer must have workers' compensation insurance and must get my written authorization. DWC will give information on my prior work-related injury claims only if I had two or more general injury claims in the last five years. I authorize DWC to give information allowed by law on my work-related injuries to the prospective employer below.	
5. Signature of job applicant	6. Date of signature (mm/dd/yyyy)

Part 2. To be completed by the prospective Texas employer

7. Employer name	8. Employer's federal employer ID number (FEIN)
9. Address (street or PO box, city, state, ZIP code)	10. Date employer received job application
11. Requester phone number	12. Requester email address
I am a prospective Texas employer, and I have workers' compensation insurance. I am not prohibited from receiving this information under the Americans with Disabilities Act of 1990, 42 U.S.C. §12101 <i>et. seq.</i> because: (Employer must check one):	
<input type="checkbox"/> I am a Texas employer who is not covered by the Americans with Disabilities Act of 1990. (The Americans with Disabilities Act of 1990 defines "employer" as: "a person engaged in an industry affecting commerce who has 15 or more employees for each working day in each of 20 or more calendar weeks in the current or preceding year and any agent of such person.")	
<input type="checkbox"/> I am a Texas employer who is covered by the Americans with Disabilities Act of 1990 requesting this information before hiring the above-named job applicant. I have made a conditional offer of employment to the above-named applicant. I am requesting this information about all post-offer prospective job applicants in this job category, regardless of disability. To get information about the Americans with Disabilities Act, call 1-800-949-4232; TDD 1-713-520-5136, or the Texas Commission on Human Rights at 512-437-3450.	

I certify that I am entitled to receive the confidential claim information requested. I understand that it is a Class A misdemeanor to unlawfully receive, publish, disclose, or distribute confidential information in or derived from an employee's claim file. Texas Labor Code Sections 402.083, 402.086, 402.087, 402.088, 402.089, and 402.091.

13. Signature of requester

14. Printed name of requester

15. Date of signature (mm/dd/yyyy)

FAQ

Prospective employment authorization and certification (DWC Form-156)

Who may request prospective employment authorization and claim information about a job applicant?

Texas Labor Code Section 402.087 allows a prospective employer who has workers' compensation insurance coverage to get information on the prior injuries of an applicant for employment. The employer must make the request no later than the 14th day after the prospective employee applies for a job.

What information will DWC provide when responding to a request?

DWC will provide the dates of injury and descriptions of two or more general injury claims in the past five years.

What are the required fields on the DWC Form-156?

All applicable fields must be completed each time a DWC Form-156 is submitted. DWC will return incorrect or incomplete forms.

- **Section I** – employee name, Social Security number, address, and date of job application are required. The job applicant must authorize the perspective employer to request the information.
- **Section II** – company name, phone number, Federal Tax ID number, date the job application was received, and employer's address are required. Employer may also provide an email address to receive the response. The email address is confidential under Texas Government Code Section 552.137 and will not be released without the employer's consent. The employer must also provide information about the Americans with Disabilities Act by checking one of the boxes. The employer must certify that they are entitled to receive the confidential claim information.

Where do I send the DWC Form-156? How can I get more information?

Send the signed form to DWC:

- **Fax:** 512-804-4378
- **Mail:** Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation
Claims and Coverage Services, Mail Code: BP-OPS
PO Box 12050
Austin, TX 78711-2050
- **Personal delivery to a DWC office:** you can find location information and other assistance at www.tdi.texas.gov/wc or call 800-252-7031.

IMPORTANT: By submitting the DWC Form-156, the requester represents that he or she is entitled to the information requested and has full authority to act as a requester. It is a Class A misdemeanor for an unauthorized person to receive confidential claim file information or disclose such information to an unauthorized person. Texas Labor Code Sections 402.083, 402.086, 402.087, 402.088, 402.089, and 402.091.

Note: With few exceptions, on your request, you are entitled to:

- be informed about the information DWC collects about you;
- receive and review the information (Government Code Sections 552.021 and 552.023); and
- have DWC correct information that is incorrect (Government Code Section 559.004).

For more information, contact DWCLegalServices@tdi.texas.gov or refer to the Corrections Procedure section at www.tdi.texas.gov.



Certificación y autorización para un posible empleo

Este formulario debe estar firmado por el participante que es elegible para recibir la información solicitada.

Parte 1. Debe completarse por el solicitante de trabajo

1. Nombre del solicitante del trabajo (nombre, segundo nombre, apellido)	2. Número de seguro social
3. Dirección (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)	4. Fecha en la que se presentó la solicitud de trabajo
<p>Yo entiendo que la ley permite que un posible empleador obtenga cierta información relacionada con la lesión relacionada con el trabajo del Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores (DWC). El empleador debe contar con un seguro de compensación para trabajadores y debe obtener mi autorización por escrito. DWC proporcionará información sobre mis reclamaciones anteriores por lesiones relacionadas con el trabajo solo si tuve dos o más reclamaciones por lesiones en general en los últimos cinco años. Yo autorizo a DWC para que proporcione la información permitida por la ley sobre mis lesiones relacionadas con el trabajo al posible empleador nombrado en la parte de abajo.</p>	
5. Firma del solicitante de trabajo	6. Fecha de la firma (mm/dd/aaaa)

Parte 2. Debe completarse por el futuro empleador en Texas

7. Nombre del empleador	8. Número de identificación de impuestos federales del empleador (FEIN)
9. Dirección (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)	10. Fecha en la que el empleador recibió la solicitud de trabajo
11. Número de teléfono del solicitante	12. Dirección de correo electrónico del solicitante
<p>Yo soy un posible empleador en Texas, y tengo un seguro de compensación para trabajadores. No tengo prohibido recibir esta información bajo la Ley para Americanos con Discapacidades de 1990 (Americans with Disabilities Act of 1990, por su nombre en inglés), 42 U.S.C. §12101 <i>et. seq.</i> porque: (El empleador debe marcar uno de los siguientes):</p> <p><input type="checkbox"/> Yo soy un empleador en Texas que no está cubierto por la Ley para Americanos con Discapacidades de 1990. (La Ley para Americanos con Discapacidades de 1990 define a un "empleador" como: "una persona involucrada en una industria que afecta el comercio y tiene 15 empleados o más por cada día de trabajo en cada una de las 20 o más semanas del calendario en el presente año o en años anteriores y cualquier agente de dicha persona".)</p> <p><input type="checkbox"/> Yo soy un empleador en Texas que está cubierto por la Ley para Americanos con Discapacidades de 1990, quien está solicitando esta información antes de contratar al solicitante mencionado en la parte de arriba. Yo he hecho</p>	

una oferta condicional de trabajo al solicitante nombrado en la parte de arriba. Estoy solicitando esta información sobre todos los posibles solicitantes de empleo posteriores a la oferta en esta categoría de trabajo, independientemente de su discapacidad. Para obtener información sobre la Ley para Americanos con Discapacidades, llame al 1-800-949-4232; TDD 1-713-520-5136 o llame a la Comisión de Derechos Humanos de Texas (Texas Commission on Human Rights, por su nombre en inglés) al 512-437-3450.

Yo certifico que tengo derecho a recibir la información confidencial solicitada sobre la reclamación. Entiendo que es un delito menor de Clase A recibir, publicar, divulgar o distribuir ilegalmente la información confidencial en o derivada del expediente de reclamación de un empleado. Secciones del Código Laboral de Texas (Texas Labor Code, por su nombre en inglés) 402.083, 402.086, 402.087, 402.088, 402.089 y 402.091.

13. Firma del solicitante

14. Nombre del solicitante en letra de molde

15. Fecha de la firma (mm/dd/aaaa)

Preguntas Frecuentes

Certificación y autorización para un posible empleo (Formulario DWC-156S)

¿Quién puede solicitar autorización para un posible empleo e información de reclamación relacionada con un solicitante de empleo?

La Sección 402.087 del Código Laboral de Texas permite que un posible empleador que cuenta con una cobertura de seguro de compensación para trabajadores obtenga información sobre las lesiones anteriores de un solicitante de empleo. El empleador debe hacer la solicitud a no más tardar del día 14, después de que el posible empleado solicita el trabajo.

¿Qué información proporcionará DWC al responder a una solicitud?

DWC proporcionará las fechas de las lesiones y las descripciones de dos o más reclamaciones por lesiones en general en los últimos cinco años.

¿Cuáles son los espacios que se requieren completar en el formulario DWC-156S?

Todos los espacios aplicables deben de completarse cada vez que se envía el formulario DWC-156S. DWC devolverá los formularios que estén incorrectos o incompletos.

- **Sección I** - se requiere el nombre del empleado, el número de seguro social, la dirección y la fecha de la solicitud de empleo. El solicitante de empleo debe de autorizar al posible empleador para solicitar la información.
- **Sección II** - se requiere el nombre de la compañía, el número de teléfono, el número de identificación de impuestos federales, la fecha en que se recibió la solicitud de empleo y la dirección del empleador. El empleador también puede proporcionar una dirección de correo electrónico para recibir la respuesta. La dirección de correo electrónico es confidencial según la Sección 552.137 del Código Gubernamental de Texas (Texas Government Code, por su nombre en inglés) y no se divulgará sin el consentimiento del empleador. El empleador también debe de proporcionar información sobre la Ley de Americanos con Discapacidades marcando una de las casillas. El empleador debe de certificar que tiene derecho a recibir la información confidencial de la reclamación.

¿A dónde envío el formulario DWC-156S? ¿Cómo puedo obtener más información?

Envíe el formulario firmado a DWC a través de:

- **Fax:** 512-804-4378
- **Correo postal:** Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation
Claims and Coverage Services, Mail Code: BP-OPS
PO Box 12050
Austin, TX 78711-2050
- **Entrega en persona en una oficina de DWC:** usted puede encontrar información sobre la ubicación de las oficinas y obtener otro tipo de asistencia en www.tdi.texas.gov/wc o llame al 800-252-7031.

IMPORTANTE: Al presentar el Formulario DWC-156S, el solicitante representa que él o ella tiene derecho a la información solicitada y que tiene completa autoridad para actuar como solicitante. Es un delito menor de Clase A que una persona no autorizada reciba información confidencial del expediente de reclamación o que divulgue dicha información a una persona no autorizada. Secciones del Código Laboral de Texas 402.083, 402.086, 402.087, 402.088, 402.089 y 402.091.

Nota: Con pocas excepciones, si lo solicita, usted tiene derecho a:

- estar informado sobre la información que DWC reúne sobre usted;

- recibir y revisar la información (Secciones del Código Gubernamental 552.021 y 552.023); y
- pedir que DWC corrija la información que está incorrecta (Sección del Código Gubernamental 559.004).

Para más información contacte a DWCLegalServices@tdi.texas.gov o consulte la sección para el Procedimiento de Correcciones en www.tdi.texas.gov.