



Workers Compensation Division

Workers Compensation State Claim Kit

Illinois



Table of Contents

BHHC IL Claims Kit Introductory Letter	1
BHHC Requirements for IL Posting Notice – 12/31/2020	2
IL Form ICPN – Workplace Notice	3
English - 10/2011	3
Spanish - 10/2011.....	4
Polish – 08/2013	5
Mandarin Chinese – 11/2011	6
IL Form IC-45 – Employer’s First Report of Injury – 08/2012	7
IL Form IC-85 – Employer’s Supplementary Report of Injury – 08/2012	8
BHHC Authorization for the Release of Information (English & Spanish) - 12/31/2020.....	9
BHHC Medical History Request – 12/31/2020.....	11
BHHC General Employee Accident Report - 12/31/2020	12
English.....	12
Spanish	13
BHHC General Supervisor Accident Report - 12/31/2020.....	14
English.....	14
Spanish	16
BHHC General Witness Accident Report – 12/31/2020	18
IL Form – Handbook on Workers’ Compensation and Occupational Diseases - 01/2013.....	19
English.....	19
Spanish	44
Polish	70
BHHC Express Scripts First Fill Form (English & Spanish) – 12/2018	94
BHHC Workers’ Compensation Fraud Posters.....	96
English.....	96
Spanish	97

P.O. Box 881236 San Francisco, CA 94188
(888) 495-8949
bhhc.com

Dear Policyholder:

Thank you for placing your workers compensation coverage with Berkshire Hathaway Homestate Companies (BHHC). We look forward to working with you to fulfill all your workers compensation needs.

Enclosed you will find documentation necessary for the processing and administration of a claim in the event of a workplace injury, as well as important information regarding workers compensation requirements for your state (i.e. posting notices, compliance laws, etc). Please utilize the documents included to collect valid information regarding the injured employee and incident, and send the documents in when reporting the claim or upon request. Any completed document should be sent directly to BHHC using mail, e-mail, or fax. The assigned claims professional will forward necessary documentation onto the appropriate state entity.

It is critical that you promptly report all new claims using one of the contact methods listed to the right.

Illinois state law recommends employers report every industrial injury or occupational disease claim to their workers compensation carrier as soon as possible or within five days of employer knowledge of injury.

State law also requires that employers authorize initial medical treatment within 24 hours of knowledge that an occupational injury of illness has been sustained or reported, regardless of the legitimacy of the claim. Failure to comply may result in the loss of "medical control" and a significant increase in the potential claim cost.

We will attempt to contact you and the injured worker within 24 hours of receiving the First Report of Injury. Your cooperation in allowing the injured employee to speak with one of our Claims Professionals is appreciated.

Should you have any questions regarding the contents of this kit, a claim, or claim reporting, please contact our Customer Care Center at (888) 495-8949. Questions regarding your insurance policy or coverage should be directed to your broker or agent. We thank you for choosing BHHC as your workers compensation carrier and look forward to providing you superior customer service and compassionate care for your injured workers.

BERKSHIRE HATHAWAY HOMESTATE COMPANIES

Contact Information

Online

[bhhc.com/workers-compensation/
claim-center/report-a-claim.aspx](http://bhhc.com/workers-compensation/claim-center/report-a-claim.aspx)

Phone

(800) 661-6029

Fax

(800) 661-6984

E-mail

newclaim@bhhc.com





Workers' Compensation Posting Requirements

Workplace Notice Poster

- Post in one or more conspicuous places at all business locations
- Must contain the insurer name and address, policy number, and policy period dates

Required Information

To complete the form, please enter the following information in the spaces provided:

- Name of your designated insurer (party handling workers' compensation claims)
- Policy effective and termination dates
- Policy number
- Your company's federal employer identification number (FEIN)

For your convenience, our other contact information has been entered on the Poster.

(820 Illinois Compiled Statutes 305/6(a))

WORKERS' COMPENSATION



is a system of benefits provided by law to most workers who have job-related injuries or illnesses. Benefits are paid for injuries that are caused, in whole or in part, by an employee's work. This may include the aggravation of a pre-existing condition, injuries brought on by the repetitive use of a part of the body, heart attacks, or any other physical problem caused by work. Benefits are paid regardless of fault.

IF YOU HAVE A WORK-RELATED INJURY OR ILLNESS, TAKE THE FOLLOWING STEPS:

1. GET MEDICAL ASSISTANCE. By law, your employer must pay for all necessary medical services required to cure or relieve the effects of the injury or illness. Where necessary, the employer must also pay for physical, mental, or vocational rehabilitation, within prescribed limits. The employee may choose two physicians, surgeons, or hospitals. If the employer notifies you that it has an approved Preferred Provider Program for workers' compensation, the PPP counts as one of your two choices of providers.

2. NOTIFY YOUR EMPLOYER. You must notify your employer of the accidental injury or illness within 45 days, either orally or in writing. To avoid possible delays, it is recommended the notice also include your name, address, telephone number, Social Security number, and a brief description of the injury or illness.

3. LEARN YOUR RIGHTS. Your employer is required by law to report accidents that result in more than three lost work days to the Workers' Compensation Commission. Once the accident is reported, you should receive a handbook that explains the law, benefits, and procedures. If you need a handbook, please call the Commission or go to the Web site.

If you must lose time from work to recover from the injury or illness, you may be entitled to receive weekly payments and necessary medical care until you are able to return to work that is reasonably available to you.

It is against the law for an employer to harass, discharge, refuse to rehire or in any way discriminate against an employee for exercising his or her rights under the Workers' Compensation or Occupational Diseases Acts. If you file a fraudulent claim, you may be penalized under the law.

4. KEEP WITHIN THE TIME LIMITS. Generally, claims must be filed within three years of the injury or disablement from an occupational disease, or within two years of the last workers' compensation payment, whichever is later. Claims for pneumoconiosis, radiological exposure, asbestosis, or similar diseases have special requirements.

Injured workers have the right to reopen their case within 30 months after an award is made if the disability increases, but cases that are resolved by a lump-sum settlement contract approved by the Commission cannot be reopened. Only settlements approved by the Commission are binding.

For more information, go to the Illinois Workers' Compensation Commission's Web site or call any office:

Toll-free: 866/352-3033 Chicago: 312/814-6611 Peoria: 309/671-3019 Springfield: 217/785-7087
 Web site: www.iwcc.il.gov Collinsville: 618/346-3450 Rockford: 815/987-7292 TDD (Deaf): 312/814-2959

**BY LAW, EMPLOYERS MUST DISPLAY THIS NOTICE IN A PROMINENT PLACE
IN EACH WORKPLACE AND COMPLETE THE INFORMATION BELOW.**

Party handling workers' compensation claims			
Business address			
Business phone			
Effective date		Termination date	
Policy number		Employer's FEIN	

COMPENSACION A LOS TRABAJADORES



es un sistema de beneficios que por ley se provee a la mayoría de trabajadores que se han enfermado o accidentado en el trabajo. Los beneficios son pagados por lesiones que son causadas en parte o completamente por el trabajo del trabajador. Esto puede incluir el agravante o una condición pre-existente, lesiones causadas por uso repetitivo de una parte del cuerpo, ataques cardiacos, o cualquier otro problema físico causado por el trabajo. Los beneficios son pagados sin importar la causa.

SI USTED SUFRE DE UNA LESION O ENFERMEDAD RELACIONADA AL TRABAJO, USTED DEBE TOMAR LAS SIGUIENTES MEDIDAS:

- 1. OBTENGA AYUDA MEDICA.** Por ley, su empleador debe pagar por todos los servicios médicos necesarios que se requieran para aliviar los síntomas de lesión o enfermedad. Si es necesario, el empleador debe pagar por rehabilitación física, mental o profesional dentro de los límites establecidos. El trabajador puede escoger dos doctores, cirujanos u Hospitales. Si el empleador le notifica que tiene un programa de proveedor preferido (PPP) aprobado para la compensación de trabajadores, el PPP cuenta como una de las dos opciones de proveedores.
- 2. NOTIFIQUE A SU EMPLEADOR.** Usted debe notificar a su empleador del accidente o enfermedad dentro de 45 días, ya sea por escrito o verbalmente. Para evitar posibles demoras, es recomendable que la nota incluya su nombre, dirección, número telefónico, número de Seguro Social, y una breve descripción de la lesión o enfermedad.
- 3. CONOZCA SUS DERECHOS.** Su empleador por ley debe reportar accidentes que resulten en más de tres días de ausencia al trabajo, a la Comisión de Compensación para Trabajadores. Una vez que el accidente es reportado, usted recibirá un manual que explica la ley, beneficios y procedimientos. Si necesita un manual, por favor llame a la Comisión o visite nuestra red.

Si usted tiene que faltar al trabajo para recuperarse de la lesión o enfermedad, usted tiene derecho a recibir pagos semanales y atención médica necesaria hasta que este capacitado para regresar a trabajar y que el trabajo este de acuerdo a sus capacidades.

Es contra la ley que el empleador moleste, despidas o se niegue a reemplazar o de alguna manera discrimine contra un trabajador por ejercitar sus derechos de conformidad con las leyes que rigen el seguro de accidentes de trabajo de enfermedades profesionales. Si usted hace una demanda fraudulenta, podrá ser castigado por la ley.

- 4. MANTENGASE DENTRO DEL LIMITE DE TIEMPO.** Usualmente, las quejas deben ser presentadas dentro de los primeros tres años del accidente o incapacidad de una enfermedad profesional, o dentro de dos años del último pago de compensación de trabajo, lo que sea más reciente. Quejas por neumoconiosis, exposición radiológica, asbestos, o enfermedades similares tienen requerimientos especiales.

Los trabajadores accidentados tienen derecho para volver a abrir su caso dentro de 30 meses después que la Comisión haya otorgado una decisión y la incapacidad haya incrementado, pero en casos resueltos por una suma global aprobada por la Comisión no pueden volver a abrirse. Únicamente las decisiones aprobadas por la Comisión son obligatorias.

Para mas información, visite la Red de la Comisión de Compensación para Trabajadores o llame a nuestras oficinas:

Toll-free: 866/352-3033 Chicago: 312/814-6611 Peoria: 309/671-3019 Springfield: 217/785-7087
Web site: www.iwcc.il.gov Collinsville: 618/346-3450 Rockford: 815/987-7292 TDD (Sordo): 312/814-2959

LOS EMPLEADORES DEBEN EXHIBIR ESTE AVISO EN UN LUGAR VISIBLE PARA TODOS LOS TRABAJADORES Y LLENAR LA INFORMACIÓN REFERENTE A LA COMPAÑIA DE SEGUROS.

Nombre:			
Dirección de la Compañía:			
Teléfono de la Compañía:			
Fecha efectiva:		Fecha de terminación:	
Número de Póliza:		FEIN del Empleador:	

PRACOWNICZE UBEZPIECZENIE ODSZKODOWAWCZE

to system zasiłków gwarantowanych prawnie dla większości pracowników, którzy odnieśli obrażenia związane z pracą lub cierpią na choroby zawodowe. Zasiłki są wypłacane w przypadku obrażeń, które zostały spowodowane w całości lub częściowo przez pracę wykonywaną przez pracownika. Mogą one obejmować pogorszenie się wcześniejszego stanu zdrowia, obrażenia w wyniku powtarzalnego wykorzystywania części ciała, zawały serca lub inne fizyczne problemy spowodowane przez pracę. Zasiłki są wypłacane bez względu na obrażenie.

W PRZYPADKU CHOROBY ZAWODOWEJ LUB OBRAŻEŃ ODNIESIONYCH PODCZAS PRACY NALEŻY PODJĄĆ NASTĘPUJĄCE KROKI:

- 1. SKORZYSTAĆ Z POMOCY MEDYCZNEJ.** Zgodnie z prawem pracodawca musi pokryć koszty wszystkich niezbędnych usług medycznych wymaganych w celu wyleczenia lub złagodzenia skutków obrażenia lub choroby. W razie konieczności pracodawca musi również zapłacić za rehabilitację fizyczną, umysłową lub zawodową w ramach wymaganych limitów. Pracownik może wybrać dwóch lekarzy, chirurgów lub szpitale. Jeśli pracodawca poinformuje, że posiada zatwierdzony Program preferowanych dostawców pracowniczych ubezpieczeń odszkodowawczych, PPP jest traktowany jako jeden z dwóch możliwych do wyboru dostawców.
- 2. POWIADOMIĆ PRACODAWCĘ.** Należy powiadomić pracodawcę o przypadkowym obrażeniu lub chorobie w ciągu 45 dni, albo ustnie albo w formie pisemnej. W celu uniknięcia możliwych opóźnień zaleca się, aby powiadomienie obejmowało również imię i nazwisko, adres, numer telefonu, numer ubezpieczenia społecznego oraz krótki opis obrażenia lub choroby.
- 3. POZNAĆ SWOJE PRAWA.** Pracodawca jest zobowiązany prawnie do zgłoszenia wypadków skutkujących ponad trzema dniami absencji w pracy do Komisji ds. pracowniczych ubezpieczeń odszkodowawczych. Po zgłoszeniu wypadku pracownik powinien otrzymać podręcznik zawierający wyjaśnienia dotyczące praw, zasiłków oraz procedur. W przypadku chęci otrzymania podręcznika należy skontaktować się telefonicznie z Komisją lub przejść na stronę internetową.
W przypadku konieczności rezygnacji z pracy w celu powrotu do zdrowia po obrażeniu lub chorobie, pracownik może być uprawniony do otrzymywania cotygodniowej wypłaty oraz niezbędnej opieki medycznej aż do czasu powrotu do pracy, możliwej do wykonywania przez pracownika.
Sprzeczne z prawem jest nękanie, zwolnienie, odmowa ponownego zatrudnienia lub dyskryminowanie w inny sposób przez pracodawcę za dochodzenie przez pracownika swoich praw w ramach ustawy o pracowniczych ubezpieczeniach odszkodowawczych lub ustawy o chorobach zawodowych (Workers' Compensation Act lub Occupational Diseases Act). W przypadku roszczenia będącego oszustwem pracownik może ponieść karę przewidzianą przez prawo.
- 4. PRZESTRZEGAĆ RAM CZASOWYCH.** Ogólnie roszczenia muszą zostać złożone w ciągu trzech lat od obrażenia lub niepełnosprawności w wyniku choroby zawodowej lub w ciągu dwóch lat od ostatniej wypłaty odszkodowawczej pracownika, w zależności od tego, co nastąpi później. Roszczenia dotyczące pylicy płuc, narażenia na promieniowanie radiologiczne, pylicy azbestowej lub podobnych chorób mają specjalne wymagania.
Pracownicy, którzy odnieśli obrażenia mają prawo do ponownego otwarcia swoich spraw w ciągu 30 miesięcy po przyznaniu odszkodowania w przypadku zwiększenia się stopnia niepełnosprawności, jednak przypadki, które zostaną rozwiązane w wyniku umowy dot. rozliczenia ryczałtowego zatwierdzonej przez Komisję, nie mogą zostać ponownie otwarte. Wyłącznie porozumienia zatwierdzone przez Komisję są wiążące.

W celu uzyskania dodatkowych informacji należy przejść na stronę internetową Komisji ds. pracowniczych ubezpieczeń odszkodowawczych stanu Illinois lub zadzwonić do dowolnego biura:

Bezpłatna infolinia: 866/352-3033 Chicago: 312/814-6611 Peoria: 309/671-3019 Springfield: 217/785-7087
Strona internetowa: www.iwcc.il.gov Collinsville: 618/346-3450 Rockford: 815/987-7292 TDD (Deaf): 312/814-2959

ZGODNIE Z PRAWEM PRACODAWCY MUSZĄ UMIEŚCIĆ NINIEJSZE POWIADOMIENIE W WIDOCZNYM MIEJSCU W KAŻDYM MIEJSCU PRACY I WYPEŁNIĆ PONIŻSZE INFORMACJE			
Strona zajmująca się obsługą roszczeń dotyczących pracowniczego ubezpieczenia odszkodowawczego			
Adres służbowy			
Telefon służbowy			
Data wejścia w życie		Data zakończenia	
Numer polisy		FEIN federalny numer identyfikacyjny pracodawcy	



劳工赔偿

劳工赔偿是一套法定的福利系统，提供给大多数遭逢职业相关伤害或疾病之劳工。若伤害肇始之因(全体或部分)为劳工之工作，福利津贴就会给付。给付情况可能包含：加重原有病情、重复使用身体某部位而造成之伤害、心脏病、或是其它任何由工作所引起之身体问题。不论过失与否，津贴一律给付。

若您遭遇工作相关之伤害或疾病，便应采取下列步骤：

1. 寻求医疗协助。 法律规定，为治疗或减轻伤害或疾病所造成之问题，您的雇主必须支付所有必需之医疗费用。必要时，雇主也必须在医师诊断的范围内，支付生理、心理、职业复健费用。员工能选择两位内科医师、外科医师、或医院。如果雇主向您告知，您的单位有劳工赔偿所许可之「首选医疗单位」(Preferred Provider Program, 简称 PPP)，那么 PPP 即为您两项选择的其中一项。

2. 通知您的雇主。 您须于意外伤害或疾病发生后之四十五天内，以口头或书面方式告知雇主。为避免可能发生延误，建议您于通知时附上姓名、地址、电话号码、社会安全码、并简述此起伤害或疾病。

3. 了解您的权利。 若意外事故造成您三天以上无法上工，您的雇主须依法通知劳工赔偿委员会此起意外。事故一经呈报，您应该就会收到一本手册，内容解释相关法律、福利、程序。若您需要手册，请电洽本委员会或上网查询。

若您为调养伤势或疾病而须暂停工作，您也许有权获得每周津贴与必要之医疗照护，一直到能重回合理范围内之工作岗位为止。

雇主若出现下列行为皆属违法：因员工行使**劳工赔偿法**或**职业疾病法**之权利而骚扰员工、解雇员工、拒绝再次雇用或以任何理由歧视员工。若您提出虚假不实之理赔要求，将遭受法律惩处。

4. 保持时限之内。 一般说来，职业疾病伤残之理赔要求必须于发生后三年内提出，或于劳工赔偿最后一次给付之后的两年内提出，端视何者为后。针对废尘症、辐射暴露、石棉沉滞病或类似疾病之理赔要求，另有特殊规定。

受伤之劳工若伤残情况加剧，有权于裁决确定后之三十个月内重启理赔案件；但若该案件以一次支付和解金总额之合约解决，而合约也经本委员会批准，便无法重启理赔。唯经本委员会批准之和解具有法律约束力。

若需索取更多信息，请前往伊州劳工赔偿委员会网站或电洽办公室：

免付费电话：866/352-3033 芝加哥：312/814-6611 Peoria：309/671-3019 春田市：217/785-7087
网址：www.iwcc.il.gov Collinsville：618/346-3450 Rockford：815/987-7292 TDD (听障):312/814-2959

法律规定雇主必须于工作场所显眼之处 张贴此布告并且填妥下列数据

办理劳工赔偿理赔之单位			
公司地址			
公司电话			
生效日期		终止日期	
保单号码		联邦雇主税号 FEIN	

ILLINOIS FORM 45: EMPLOYER'S FIRST REPORT OF INJURY

Please type or print.

Employer's FEIN	Date of report	Case or File #	Is this a lost workday case? Yes No
Employer's name		Doing business as	
Employer's mailing address			Employer's email address
Nature of business or service			SIC code
Name of workers' compensation carrier/admin.		Policy/Contract #	Self-insured? Yes No
Employee's full name			Birthdate
Employee's mailing address			Employee's e-mail address
Gender Male Female	Marital status Married Single	# Dependents	Employee's average weekly wage
Job title or occupation			Date hired
Time employee began work	Date and time of accident		Last day employee worked
If the employee died as a result of the accident, give the date of death.		Did the accident occur on the employer's premises? Yes No	
Address of accident			
What was the employee doing when the accident occurred?			
How did the accident occur?			
What was the injury or illness? List the part of body affected and explain how it was affected.			
What object or substance, if any, directly harmed the employee?			
Name and address of physician/health care professional			
If treatment was given away from the worksite, list the name and address of the place it was given.			
Was the employee treated in an emergency room? Yes No		Was the employee hospitalized overnight as an inpatient? Yes No	
Report prepared by	Signature	Title and telephone #	Email address

Please send this form to: **ILLINOIS WORKERS' COMPENSATION COMMISSION 4500 S. SIXTH ST. FRONTAGE RD SPRINGFIELD, IL 62703**
 By law, employers must keep accurate records of all work-related injuries and illness (except for certain minor injuries). Employers shall report to the Commission all injuries resulting in the loss of more than three scheduled workdays. Filing this form does not affect liability under the Workers' Compensation Act and is not incriminatory in any way. This information is confidential. IC45 8/12

ILLINOIS FORM 85: EMPLOYER'S SUPPLEMENTARY REPORT OF INJURY

Please type or print.

Employer's FEIN	Date of report	Case or File #	This report is Supplementary / Final	
Employer's name	Doing business as			
Employer's full mailing address	Employer's email address			
Nature of business or service		SIC code		
Name of workers' compensation carrier/admin.		Policy/Contract #	Self-insured? Yes / No	
Insurer's mailing address		City	State	Zip code
Employee's full name		Birthdate		
Employee's full mailing address		Employee's email address		
Date of injury/diagnosis	Date of first payment	Employee's average weekly wage	# Dependents	
Period of disability		If the employee died as a result of the accident, give the date of death.		
BENEFIT INFORMATION <i>Please provide a comprehensive history of payments.</i>				
Payment Type (TTD, medical, etc.)	Weekly Payment	Number of Weeks	Benefit Paid From Through	Total Payments
			Grand total	\$
Was this case closed by the Industrial Commission? Yes / No		If so, how was the case resolved? Settlement contract / Arbitration decision / Commission decision		
Report prepared by	Signature	Title, telephone #, and email address		

Please send this form to: **ILLINOIS WORKERS' COMPENSATION COMMISSION 4500 S. SIXTH ST. FRONTAGE ROAD SPRINGFIELD, IL 62703-5118**
 In addition to the *Employer's First Report of Injury* (IC45), employers shall file this report when 1) benefits begin or are stopped;
 2) there is a change in the employee's status; 3) final compensation is made. This information is confidential. IC85 8/12



Claim Number/Número de Reclamo

Date of Injury / Fecha de la Lesión

Employee/Empleado

Date of Birth / Fecha de Nacimiento

I hereby authorize the divisions of Berkshire Hathaway Homestate Companies, their representative or bearer, to review, inspect, copy, and/or photograph any and all of the following documents:

Por este medio autorizo las divisiones de Berkshire Hathaway Homestate Companies, su representante o portador, a revisar, inspeccionar, copiar, y/o fotografiar cualquier y todo de los siguientes documentos:

- 1 Any and all medical records, including but not limited to office and hospital records, laboratory results, diagnostic reports and films, psychiatric records, medical correspondences, doctor's and nurse's notes, and medical histories relevant to my workers' compensation claim. I also hereby give permission to Berkshire Hathaway Homestate Company representatives to contact the attending physicians involved in the treatment of all related conditions.

Cualquier y todo expediente médico, incluyendo pero no limitado, a los expedientes de la oficina y hospitales, resultados de laboratorios y filmas, expedientes psiquiátricos, correspondencia médica, notas de los doctores y enfermeros(as), e historiales médicos relevantes a mi reclamo de compensación de trabajadores. También, por este medio le doy permiso a los representantes de Berkshire Hathaway Homestate Company para comunicarse con el médico tratante envuelto en el tratamiento de todas las condiciones relacionadas.

- 2 All employment and human resource information including but not limited to: hiring and employment records, payroll and income statements, documentation related to this or any other relevant injury and any other information pertinent to providing benefits and services necessary for the completion of this claim.

Toda información del empleo y de recursos humanos, incluyendo pero no limitado a: expedientes de contratación y empleo, declaraciones de nómina e ingresos, documentación relacionada a esta o cualquier otra lesión relevante, y cualquier otra información pertinente que provea los beneficios y servicios necesarios para completar este reclamo.

The released information is required for the following reasons:

La información liberada es requerida por las siguientes razones:

- 1 To provide for adequate preparation, investigation, evaluation, review, and discovery of a claim for workers compensation benefits. Specifically, to determine the causation and the nature and extent of any possible pre-existing, concurrent or aggravating medical conditions with potential medical, legal, or factual implications in the this work-related injury or injuries.

Para proporcionar una preparación, investigación, evaluación, revisión, y descubrimiento adecuado del reclamo de beneficios de compensación de trabajadores. Específicamente, para determinar la causa y la naturaleza y extensión de cualquier posible condición médica pre-existente, concurrente o agravante con potencial médico, legal, o implicaciones fácticas en esta lesión o lesiones relacionadas al trabajo.

- 2 To provide the treating physician, consultant or evaluator with medical information necessary to provide you with the best possible medical care and medical advice.

Para proporcionar al médico tratante, consultor, o evaluador con la información médica necesaria para proporcionarle el mejor cuidado médico posible y consejería médica.



- 3 To facilitate recovery of all benefits paid toward your workers' compensation claim from any third party responsible for this injury.

Para facilitar la recuperación de todos los beneficios pagados por su reclamo de compensación de trabajadores de cualquier tercer parte responsable de esta lesión.

- 4 To ensure that you are accurately compensated for any amount of lost wages, time or resources while undergoing evaluation, treatment and recovery for this injury.

Para asegurar que usted se encuentra compensado correctamente por cualquier cantidad de salarios, tiempo, o recursos perdidos mientras se somete a la evaluación, tratamiento, y recuperación de esta lesión.

- 5 To obtain any information necessary to appropriately determine further actions as a result of the injury or condition and to prevent further issues for you and other employees.

Para obtener cualquier información necesaria para determinar apropiadamente acciones adicionales como resultado de la lesión o condición, y para prevenir problemas adicionales para usted y otros empleados.

- 6 This consent and authorization is effective immediately, and is subject to revocation by the undersigned at any time except to the extent that action has been taken in reliance hereon, and if not earlier revoked, it shall terminate on conclusion of the claim without express revocation.

Este consentimiento y autorización es efectivo inmediatamente, y está sujeto a la revocación del abajo firmante en cualquier momento excepto a la extensión en que se hayan tomado acciones en dependencia con esto de aquí en adelante, y si no es revocado anteriormente, terminará con la conclusión del reclamo si no se presenta una revocación expresa.

A copy or fax is as valid as the original.

Una copia o fax es tan válida como el original.

Names, Addresses, and Phone Numbers of Providers/Nombres, direcciones, y números de teléfonos de los proveedores

I have read this authorization and fully understand its entire contents. I have asked questions about anything that was not clear to me and I am satisfied with the answers I have received. I understand that I have a right to receive a copy of this authorization upon my request.

He leído esta autorización y entendido completamente su contenido en su totalidad. He hecho preguntas sobre todo lo que no estaba claro para mí y estoy satisfecho con las contestaciones que he recibido. Yo entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización una vez lo solicite.

Signature/Firma

Date/Fecha



Medical History Request



Employee Name

Date of Injury

Employer Name

Completion Date

Please complete this form by providing your medical history for the past 5 years. This will help ensure that we are able to provide all of your medical records to your current treating physician for you to receive the proper care for your work injury.

Thank you for your cooperation.

Past Injuries, Disabilities, or Other Medical Conditions

Hospitalizations

Hospital Name & Address	Phone	Date(s) Admitted

Treating Physicians or Groups

Doctor or Group Name, Address	Phone	Dates of Treatment

Employee Accident Report

This form should be filled out by the injured employee.



Name

Employer Name

Date of Accident

Time of accident

Time you began work on day of accident

Address of Accident

City, State

Zip

Offsite? (Y/N)

How did the injury occur? What job duties were you performing? Please describe in your own words.

What part(s) of your body was injured (indicating right and/or left)?

Have you sought any medical treatment for these injuries? If so, specify where and when.

Have you ever injured this part of your body before (yes or no)? If so, please describe how and when the previous injury(s) occurred.

What witnesses were present when the accident occurred? Please provide names if applicable.

Who did you report the injury to? When was the injury reported? Please provide name(s) and job title(s).

What did you do after the accident occurred?

The above form is true and correct.

Signature

Date Completed

Informe De Accidente Del Empleado

A ser completado por el trabajador lesionado.



Nombre del empleado

Nombre del empleador

Fecha del accidente

Hora del accidente

Hora en que usted empezó a trabajar el día del accidente

Dirección del Accidente

Ciudad, Estado

Código Postal

Fuera del sitio? (S/N)

¿Cómo ocurrió la lesión? ¿Qué deberes del trabajo estaba desempeñando? Por favor, describa en sus propias palabras.

¿Qué parte(s) de su cuerpo resultó(aron) lesionada(s) (indicando derecha y/o izquierda)?

¿Ha buscado algún tratamiento médico para estas lesiones? Si es así, especifique dónde y cuándo.

¿Se ha lesionado anteriormente alguna vez esta parte de su cuerpo (sí o no)? Si es así, por favor, describa cómo y dónde ocurrió(eron) la(s) lesión(es) anterior(es).

¿Qué testigos estuvieron presentes cuando ocurrió el accidente? Por favor, proporcione nombres si es aplicable.

¿A quién informó la lesión? ¿Cuándo fue informada la lesión? Por favor, proporcione nombre(s) y puesto(s).

¿Qué hizo después de ocurrido el accidente?

El informe anterior es verdadero y correcto.

Firma

Fecha En Que Se Completó El Formulario

Supervisor's Report of Employment Accident



Employee Name

Employer Name

Date of Accident

Time of accident

Time you began work on day of accident

Did the employee report the accident immediately?

Address of Accident

City, State

Zip

Offsite? (Y/N)

How did the injury occur? What job duties were you performing?

What part(s) of the employee's body were reported as injured?

Has the employee sought any medical treatment for these injuries? If so, specify where and when.

What witnesses were present when the accident occurred (including self)?

Do you have any reason to question the legitimacy of the accident? If so, please explain:

Indicate working conditions present that led to accident (please check all that apply)

Unused/unavailable lifting equipment

Obstructed view

Interaction with patient or resident

Unused/unavailable PPE (gloves, hardhat, goggles, etc.)

Lack of training

Interaction with customer

Unused/unavailable sharps container

Wet/slippery floor

Chemical exposure

Unguarded or improperly guarded equipment

Poor housekeeping

Motor vehicle accident

Electrical exposure

Interaction with co-worker

Other:

What changes could be made to eliminate or reduce the hazard(s) identified above?

The above form is true and correct.

Prepared by

Signature

Date Completed

Informe Del Supervisor De Accidente De Empleado



Nombre del empleado

Nombre del empleador

Fecha del accidente

Hora del accidente

Fecha en que se informó el accidente

¿Informó el empleado el accidente inmediatamente?

Dirección del Accidente

Ciudad, Estado

Código Postal

Fuera del sitio? (S/N)

¿Cómo ocurrió la lesión? ¿Qué deberes del trabajo estaba desempeñando el empleado?

¿Qué parte(s) del cuerpo del empleado se informaron como lesionadas?

¿Ha buscado el empleado algún tratamiento médico para estas lesiones? Si es así, especifique dónde y cuándo.

¿Qué testigos estuvieron presentes cuando ocurrió el accidente (incluyendo él mismo)?

¿Tiene usted alguna razón para dudar de la legitimidad del accidente? Si es así, por favor, explique:

Indique las condiciones de trabajo presentes que conllevaron al accidente (por favor, marque todas las que apliquen).

Equipo para levantar no usado/no disponible

Vista obstruida

Interacción con paciente o residente

PPE (guantes, casco, gafas, etc.) no usado/no disponible

Falta de capacitación

Interacción con cliente

Contenedor de objetos punzantes no usado/no disponible

Herramientas o equipo defectuosos

Exposición a producto químico

Equipo no resguardado o incorrectamente resguardado

Piso mojado/resbaloso

Accidente de vehículo motorizado

Exposición eléctrica

Mala limpieza

Other:

Interacción con compañero de trabajo

¿Qué cambios se pueden realizar para eliminar o reducir el(los) peligro(s) identificado(s) anteriormente?

El informe anterior es verdadero y correcto.

Elaborado por

Puesto

Fecha de elaboración:

Witness' Report/Statement of Employee Accident



Employee Name

Witness' Name

Witness' Phone Number

Witness' Address

City, State

Zip

Offsite? (Y/N)

Date of Accident

Time of accident

Time you began work on day of accident

Address of Accident

City, State

Zip

Offsite? (Y/N)

Did you witness the above-reported accident? If so, how did the injury occur? What job duties was the employee performing?

What part(s) of the employee's body were injured? Describe the type of injury (strain, bruise, etc.)

What did the injured employee say at the time of injury? Did the injured employee complain of pain at the time of injury? If they complained of pain, please specify the body part(s).

What did the employee do after the accident occurred?

Were any other witnesses present at the time of the accident? If so, please list them below.

The above form is true and correct.

Witness' Signature

Date Completed

ILLINOIS WORKERS' COMPENSATION COMMISSION

**HANDBOOK ON
WORKERS'
COMPENSATION
AND
OCCUPATIONAL
DISEASES**



This handbook is designed to serve as a general guide to the rights and obligations of employees who have experienced work-related injuries or diseases, as well as the rights and obligations of their employers, under the Illinois Workers' Compensation and Occupational Diseases Acts.

While this handbook attempts to provide both employees and employers with an overview of the Act, the facts and circumstances of each workplace injury will affect the outcome of each case. If you still have questions, please contact one of our Commission offices listed below. While the Commission staff is happy to try to answer your questions, this handbook is not intended to, nor does it constitute legal advice. Should you seek legal advice, please consult an attorney.

COMMISSION OFFICES

Toll-free:	Within Illinois only	866/352-3033
Chicago:	100 W. Randolph St., #8-200, 60601	312/814-6611
Peoria:	401 Main Street, Ste 640, 61602	309/671-3019
Rockford:	200 S. Wyman, 61101	815/987-7292
Springfield:	4500 S. Sixth St. Frontage Road, 62703	217/785-7087
TDD:	Telecomm. Device for the Deaf	312/814-2959

This handbook is also available in Spanish. This handbook, as well as the statute, rules, forms, and more information are available for free at <http://www.iwcc.il.gov/>.

TABLE OF CONTENTS

	PAGE
SECTION 1 Overview	3
SECTION 2 Reporting an Injury or Exposure	5
SECTION 3 Filing a Claim at the Commission	7
SECTION 4 Resolving a Dispute at the Commission	9
SECTION 5 Medical Benefits	14
SECTION 6 Temporary Total Disability (TTD) Benefits	16
SECTION 7 Temporary Partial Disability (TPD) Benefits	17
SECTION 8 Vocational Rehabilitation/Maintenance Benefits	18
SECTION 9 Permanent Partial Disability (PPD) Benefits	19
SECTION 10 Permanent Total Disability (PTD) Benefits	23
SECTION 11 Death/Survivors' Benefits	23

SECTION 1: Overview

1. *What is workers' compensation?*

Workers' compensation is a system of benefits provided by law to most employees who experience work-related injuries or occupational diseases. Generally, benefits are paid regardless of fault.

2. *What is the Illinois Workers' Compensation Commission?*

The Illinois Workers' Compensation Commission is the State agency that administers the judicial process that resolves disputed workers' compensation claims between employees and employers. The Commission acts as an administrative court system for these claims.

As the administrative court system, the Commission must be impartial. Staff explains procedures and basic provisions of the law to members of the public, but cannot provide legal advice or act as an advocate for either the employee or employer.

3. *Which employees are covered by the Workers' Compensation Act?*

Most employees who are hired, injured, or whose employment is localized in the State of Illinois are covered by the Act. These employees are covered from the moment they begin their jobs.

4. *What injuries and diseases are covered under the law?*

The Workers' Compensation Act provides that accidents that arise out of and in the course of employment are eligible to receive workers' compensation benefits. This generally means that the Act covers injuries that result in whole or in part from the employee's work.

5. *What benefits are provided?*

The Act provides the following benefit categories, which are explained in later sections of this handbook:

- a) Medical care that is reasonably required to cure or relieve the employee of the effects of the injury;
- b) Temporary total disability (TTD) benefits while the employee is off work, recovering from the injury;
- c) For injuries that occur on or after February 1, 2006, temporary partial disability (TPD) benefits while the employee is recovering from the injury but working on light duty for less compensation;
- d) Vocational rehabilitation/maintenance benefits are provided to an injured employee who is participating in an approved vocational rehabilitation program;
- e) Permanent partial disability (PPD) benefits for an employee who sustains some permanent disability or disfigurement, but can work;
- f) Permanent total disability (PTD) benefits for an employee who is rendered permanently unable to work;
- g) Death benefits for surviving family members.

6. Are workers' compensation benefits taxable income?

No. Workers' compensation benefits are not taxable under state or federal law and need not be reported as income on tax returns.

7. Who pays for workers' compensation benefits?

By law, the employer is responsible for the cost of workers' compensation benefits. Most employers buy workers' compensation insurance, and the insurance company pays the benefits on the employer's behalf. No part of the workers' compensation insurance premium or benefit can be charged to the employee. Other employers obtain the state's approval to self-insure, which means that the employer will be responsible for paying its own claims.

To identify the party responsible for paying benefits, an employee may check the employer's workplace notice, check the Commission's website, or contact the Commission at inscompquestions.wcc@illinois.gov or toll-free at 866/352-3033.

8. What does the law require of employers?

Employers are obligated to follow the provisions of the Workers' Compensation Act. Employers must:

- a) purchase workers' compensation insurance or obtain permission to self-insure from the Commission;
- b) post a notice in the workplace. Employers can obtain this notice at <http://www.iwcc.il.gov/forms.htm>; and
- c) keep records of work-related injuries and report to the Commission those accidents involving more than three lost workdays.

Employers are prohibited from doing the following:

- a) charging the employee for any part of the workers' compensation insurance premium or benefits; and
- e) harass, discharge, refuse to rehire, or in any way discriminate against an employee for exercising his or her rights under the Workers' Compensation Act.

9. What should an employee do if his or her employer does not have workers' compensation insurance?

The employee should give the employer's name and address, and the date of injury, to the Commission's Insurance Compliance Division. The Division can be reached at inscompquestions.wcc@illinois.gov or at 312/814-6611, toll-free 866/352-3033.

10. Is an employer subject to any penalties if they do not purchase workers' compensation insurance?

Yes. There are various provisions in the Workers' Compensation Act that address this issue.

Negligent failure to provide workers' compensation insurance coverage is punishable by a Class A misdemeanor for each day without coverage (maximum 12 months imprisonment, \$2,500 fine).

Knowing failure to provide workers' compensation insurance coverage is punishable by a Class 4 felony for each day without coverage (maximum 1-3 years imprisonment, \$25,000 fine).

An uninsured employer may also be subject to a civil penalty of \$500 for every day it lacked insurance, with a minimum \$10,000 fine.

Employers without workers' compensation insurance may be subject to a citation issued by the Insurance Compliance Division. The citation fine may range from \$500 to \$2,500.

An uninsured employer loses the protections of the Workers' Compensation Act for the period of noncompliance. That means an employee who was injured during the period of noncompliance may choose to sue in civil court.

In addition, if the Commission finds that an employer knowingly failed to provide insurance coverage, it may issue a stop-work order and shut the company down until it obtains insurance.

11. *Does the Workers' Compensation Act address workers' compensation fraud?*

Yes. Workers' compensation fraud falls into many different categories that affect employees, employers, and healthcare providers. The Act prohibits the intentional filing of any fraudulent workers' compensation claims or making a fraudulent statement to obtain workers' compensation benefits. Workers' compensation fraud may also involve making false statements in order to deny workers' compensation benefits. It is also unlawful to intentionally present a bill or statement for the payment of medical services that were not provided.

Assisting or conspiring in any of these actions may also be considered workers' compensation fraud.

12. *What are the penalties for workers' compensation fraud?*

The penalties for violations of the fraud provisions increase with the value of the property obtained or attempted to be obtained, starting with a Class A Misdemeanor for property valued at \$300 or less (maximum 12 months imprisonment and a \$2,500 fine), and ranging upwards to a Class 1 felony (maximum 4-15 years imprisonment, \$25,000 fine) for property valued at more than \$100,000. A convicted party is required to pay complete restitution, as well as court costs and attorney fees.

13. *What should I do if I suspect workers' compensation fraud?*

If you wish to report a possibly fraudulent situation, contact the Workers' Compensation Fraud Unit, Department of Insurance (DOI.WorkCompFraud@illinois.gov; toll-free 877/923-8648).

Anyone who intentionally makes a false report of fraud is subject to a Class A misdemeanor (maximum 12 months imprisonment, \$2,500 fine).

SECTION 2: Reporting An Injury or Exposure

1. *Who should an employee notify if injured at work?*

The employee should inform their employer if they are injured at work.

2. *Are there any specific requirements for a notice of an accident to an employer?*

The Act provides that the notice of accident shall include the approximate date and place of the accident, if known. Notice may be given orally or in writing.

3. *What are the time limits for notifying the employer of a workplace accident?*

Generally, the employee must notify the employer as soon as practicable, but no later than 45 days after the accident. Any delay in the notice to the employer can delay the payment of benefits.

For injuries resulting from radiological exposure, the employee must notify the employer 90 days after the employee knows or suspects that he or she has received an excessive dose of radiation.

For occupational diseases, the employee must notify the employer as soon as practicable after he or she becomes aware of the condition.

4. *What should the employer do after receiving notice of accident?*

The employer should promptly take the following steps:

- a) provide all necessary first aid and medical services;
- b) inform the insurance carrier or workers' compensation administrator, even if the employer disputes the employee's claim;
- c) if the employee cannot work for more than three days because of the injury, the employer must do one of the following:
 - (i) Begin payments of TTD; or
 - (ii) Give the employee a written explanation of the additional information the employer needs before it will begin payments; or
 - (iii) Give the employee a written explanation of why benefits are being denied.

5. *What records about workplace injuries must the employer maintain?*

Employers must maintain accurate records of work-related deaths, injuries, or illnesses. This does not include minor injuries requiring only first aid and not involving further medical treatment, loss of consciousness, restriction of work or motion, or transfer to another job.

6. *Are employers required to submit any reports to the Commission?*

Yes. Employers are required to report accidents to the Commission on the form, "Employer's First Report of Injury" which is known as the Form 45. The Form 45 is available on the Commission's website, <http://www.iwcc.il.gov/forms.htm>.

Written reports of all job-related deaths must be made to the Commission within two working days. Written reports of job-related injuries or illnesses resulting in the loss of more than three scheduled workdays must be made within one month. Employers are not required to submit a Form 45 for injuries that do not result in three or less days of lost work.

7. *How do employers submit accident reports?*

Accident reports should be submitted electronically. For information on how to submit accident reports electronically, please visit the Commission's website at <http://www.iwcc.il.gov/forms.htm>.

8. *Are employers required to post any notices in the workplace?*

Yes. Employers are required to post a notice developed by the Commission at each respective place of employment. The Commission maintains a copy of this notice on its website at <http://www.iwcc.il.gov/forms.htm>.

9. *What are an employee's options if the employer refuses to pay for workers' compensation benefits?*

The employee or the employee's attorney should contact the employer directly to determine why benefits are not being paid. Poor communication often causes delays and misunderstanding.

If the employer still does not pay any benefits, the employee's other option is to file a claim at the Commission. Please note that an accident report does not trigger any action by the Commission.

The Commission becomes involved only if the employee files a claim and follows the procedures to request a hearing. For more information about the claims process at the Commission, please see the next section of the handbook.

10. *Can an employee be fired for reporting an accident or filing a claim?*

It is illegal for an employer to harass, discharge, refuse to rehire, or discriminate in any way against an employee for exercising his or her rights under the law. Such conduct by the employer may give rise to a right to file a separate suit for damages in the circuit court.

An employee with a pending workers' compensation claim may still be disciplined or fired for other valid reasons.

SECTION 3: Filing a Claim at the Commission

1. *How is a claim filed at the Commission?*

To start your claim at the Commission, you must file three copies of the *Application for Adjustment of Claim*, along with a *Proof of Service* stating that a copy of the application was served upon the employer. Claims may be filed by mail or in person at any Commission office. You can find these forms on the Commission's website at <http://www.iwcc.il.gov/forms.htm>.

2. *Is there a filing fee for filing documents at the Commission?*

No. There are no fees for the forms or to file a claim.

3. *Where are the required claim forms at the Commission posted?*

All forms are posted on the Commission's website at <http://www.iwcc.il.gov/forms.htm>. These forms are available in Microsoft Word and Adobe Acrobat format and can be filled in on a personal computer.

4. *What happens after a claim is filed?*

The Commission assigns a case number and an arbitrator to the case. For cases in Cook County, cases are randomly assigned among the Chicago arbitrators. For cases outside of Cook County, cases are assigned to the hearing site closest to the site of the accident.

Every three months, the case will automatically be set for a status call. At the call, the parties may request a trial. If neither party requests a trial, the case is continued for another three months.

This rotation continues for three years. For the first three years after a case is filed, it is the parties' responsibility to move the case along. After three years, the arbitrator may dismiss the case at the status call unless the parties show there is a good reason to continue it.

It is important to realize that each arbitrator is responsible for thousands of cases, cannot monitor individual cases, and has no information as to whether benefits are or are not being paid. It is the parties' responsibility to track the case and take action when appropriate.

5. *How can I determine the status of a case at the Commission?*

The Commission maintains an online database of cases on its website. You can search that database by name or case number at <http://www.iwcc.il.gov/caseinfo.htm>.

6. *Is an employee required to file a claim at the Commission in order to receive benefits?*

No. However, many employees choose to file a claim. If the employee wants the Commission to order benefits to be paid, he or she must file a claim. An employee who is receiving benefits but is concerned about protecting his or her rights to receive future benefits may also wish to file a claim.

7. *What are the time limits for filing a claim at the Commission?*

Generally, an employee who fails to file a claim within the time limits loses his or her right to claim future benefits.

In most cases, the employee must file a claim within three years after an injury, death, or disablement from an occupational disease, or within two years of the last payment of TTD or a medical bill, whichever is later.

Some cases involving specific diseases or death of an employee have different time limits. You may wish to consult an attorney in those instances.

8. *Does the voluntary payment of benefits affect a claim?*

If the employee accepts benefits from their employer, he or she does not give up any rights under the law. Similarly, if the employer pays benefits, it does not waive its right to dispute the claim. Even if a claim is filed with the Commission after some benefits have been paid, the employer still has the right to contest its liability to pay any compensation at all.

9. *Does the employee have to hire an attorney to file a claim?*

No, but in disputed cases, most employees and employers do hire attorneys.

If the employee does not hire an attorney, it is the employee's responsibility to keep track of the claim, appear at hearings when necessary, and present evidence at hearings that proves his or her eligibility under the law.

Arbitrators and commissioners must be neutral and are subject to the Code of Judicial Conduct. They cannot act as an advocate for the employee or for the employer.

The Commission cannot recommend attorneys. Employees seeking an attorney may wish to ask friends for a recommendation or call an attorney referral service. The Commission has a list of bar associations that make referrals at <http://www.iwcc.il.gov/attys.pdf>.

10. *How much can an attorney charge for their services on a workers' compensation case?*

The law limits the claimant attorney's fee:

- a) An attorney shall not charge any fee on payments the employer voluntarily made in a timely and proper manner for medical care, TTD, and any other compensation.
- b) The attorney's fee is limited to 20% of compensation recovered, up to 20% of 364 weeks of the maximum TTD benefit, unless a hearing is held and the Commission approves additional fees.
- c) If the employer made a written offer to the employee, the attorney may only charge a fee on the amount recovered in excess of this offer. In this case, the attorney's fee may exceed 20% of the additional amount recovered, but in no event may the fee exceed 20% of the total award.
- d) The attorney's fee must be stated on the *Attorney Representation Agreement* form, signed by the employee (or in death cases, by the beneficiaries) and approved by the Commission.

11. What if the employee is dissatisfied with his or her attorney?

The Commission cannot resolve problems between an injured employee and his or her attorney.

SECTION 4: Resolving a Dispute at the Commission

1. What must the employee demonstrate to obtain an order from the Commission awarding benefits?

In cases before the Commission, it is the employee's responsibility to prove he or she is eligible for benefits. The employer does not need to disprove an employee's claim. By law, the burden of proof rests with the employee.

2. What are the most commonly disputed issues in cases filed at the Commission?

Some of the main issues in a workers' compensation case are listed below. The employee must prove all of them to qualify for benefits.

- a) Jurisdiction: on the date of the accident, the employer was subject to the Illinois Workers' Compensation or Occupational Diseases Act.
- b) Employment: on the date of the accident, a relationship of employee and employer existed between the parties.
- c) Accident or exposure: the employee sustained accidental injuries or was exposed to an occupational disease that arose out of and in the course of employment.
- d) Causal connection: the medical condition was caused or aggravated by the alleged accident or exposure.
- e) Notice: the employer received notice of the accident or exposure within the time limits set by law.

If the employee prevails on these issues, he or she will generally qualify for some benefit, but there may be other issues in dispute. For example, the parties may disagree over the extent of the employee's disability, or the employee's average weekly wage, or whether the medical treatments and/or bills were reasonable and necessary, or whether the employee is entitled to penalties.

3. How are claims before the Commission resolved?

An arbitrator of the Commission will conduct a trial, relying on Illinois law, rules of evidence, precedent set by previous workers' compensation cases, and the *Rules Governing Practice Before the Commission*. A court reporter will make a record of the hearing.

Except for emergency hearings, an arbitrator cannot resolve a case until the employee has reached maximum medical improvement. Once the employee has healed to the extent possible, the parties need to prepare the case for trial by obtaining medical records, doctors' depositions, and other paperwork. By the time everything is ready for trial, it is not uncommon for one to two years to have elapsed since the filing of the claim with the Commission.

In order to proceed to a trial, a trial date must be requested at the arbitrator's status call. The schedules for arbitrator status calls are available at the Commission's website at <http://www.iwcc.il.gov/calendars.htm>. After the trial, the arbitrator will issue a decision within 60 days, stating the amount of benefits, if any, to which the employee is entitled.

4. *Is there a way to get a quicker decision if there is an emergency?*

Yes. There are two methods of obtaining an emergency decision. They are commonly referred to 19(b) hearings and 19(b-1) hearings. For both 19(b) and 19(b-1) hearings, once the issues contained in the emergency process are decided, the case will go back on the arbitration call to resolve other issues in dispute, such as the degree of permanent disability.

19(b) Hearings

Under Section 19(b) of the Workers' Compensation Act, the Commission is required to issue a decision within 180 days of the date the *Petition for Review* was filed.

An employee who claims to be owed medical or compensation benefits may file a 19(b) petition, regardless of whether the employee is working.

An employer that is paying TTD may also file a 19(b) petition, as long as it keeps paying TTD until:

- a) the arbitrator rules on the petition;
- b) the employee's medical provider releases him or her back to regular work; or
- c) the employee starts work of any kind.

Neither the employee nor the employer is entitled to a 19(b) hearing if the employee has returned to work and the only benefit in dispute amounts to less than 12 weeks of TTD.

19(b-1) Hearings

Under Section 19(b-1), the Commission is required to issue a decision within 180 days, but it should be noted that there are many technical requirements to this process.

An employee who claims to be unable to work as the result of an injury and who is not receiving medical benefits or TTD may file a 19(b-1) petition to obtain a quick ruling on the medical care and/or TTD issues.

5. *Is it possible to appeal the arbitrator's decision?*

Yes. The employee and the employer each have the right to appeal a decision. A panel of three commissioners (usually called the Commission) will review the arbitrator's decision, as well as the evidence and transcript of the trial. Both sides may submit written arguments to the Commission. The Commission will then conduct a hearing (called an oral argument) at which the parties may present a brief, 5-10 minute argument for their position. The Commission is required to issue its decision within 60 days.

6. *Does the employer have to pay the award for benefits while the appeal is pending?*

While an appeal is pending, the employer is not required to pay the benefits awarded by the arbitrator. If the case is ultimately resolved completely in the employee's favor, interest will be added to the award, based on governmental bond rates at the time of the decision. There is also a 1% per month interest charge on medical bills, payable to the medical provider.

7. *Is there any way to appeal the Commission's decision?*

Commission decisions are final for cases involving employees of the State of Illinois. In all other cases and for cases involving Workers' Compensation Commission employees, either party may appeal to the circuit court, which may result in further appeals to the Appellate Court, and in some cases, to the Illinois Supreme Court. A chart at the end of this section illustrates the process.

8. *Is there any other way to resolve disputes?*

As in other court systems, most cases filed at the Commission are resolved through a compromise settlement between the parties. For cases at the Commission, these arrangements are referred to as “settlement contracts.” A settlement contract is an agreement between the employee and the employer to close a claim in exchange for an agreed-upon amount of money.

9. *Why do employers and employees enter into settlement contracts?*

By settling a case, the employee avoids the risk of either getting no compensation or less than is provided in the settlement, and the employer avoids the risk of paying more. Usually, cases are resolved faster by settlement than by trial. On average, a settlement is approved approximately two years after a claim is filed.

10. *How do employers and employees enter into settlement contracts?*

If the employer and employee reach an agreement, they should write down the terms of their agreement on the Commission’s Settlement Contract form and present it for approval to the arbitrator assigned to the case. A settlement is not legally binding unless the Commission approves it.

An employee who does not have an attorney (called a “pro se” petitioner) must appear in person before the arbitrator who, before approving it, will review the settlement and make sure it is fair and that the employee understands its effect. Please note that the arbitrator will act as a neutral adjudicator, not as the employee’s advocate.

11. *Are there any consequences to a settlement contract?*

It is important for all parties to review a settlement contract carefully. An approved settlement contract generally terminates the employee’s rights to any future cash or medical benefits, even if his or her condition worsens. If the parties want to keep a benefit open, this should be clearly stated in the settlement contract.

12. *Can a settlement be made without the Commission’s approval?*

A settlement that is made without Commission approval does not close out the employee's rights, and the time in which an employee may file a claim with the Commission is extended indefinitely.

Any settlement contract made within seven days of the injury is presumed to be fraudulent.

13. *What is a lump sum settlement?*

The Workers’ Compensation Act also allows for settlements that pay an injured employee in a single payment. Lump sum settlements may end other rights. It is important to read any settlement carefully and consult an attorney for legal advice.

14. *Does a decision or settlement close a case forever?*

A settlement contract usually closes a case forever unless the parties specifically state otherwise in the terms of the settlement contract. The following changes may occur after a decision or settlement is approved:

- a) At any time after a decision, the employee may request additional medical services that are reasonably required to cure or relieve the effects of the injury or disease. If the employer does

not agree to the request, the employee may file a petition asking the Commission to resolve the dispute.

- b) Within 30 months after the Commission issues a decision or approves a settlement contract payable in installments, if an employer can show that the disability has decreased, it may file a petition for a reduction in benefits. Conversely, if an employee can show that the disability has increased, he or she may file a petition for additional benefits.
- c) Within 30-60 months after the Commission issues a decision or approves a settlement contract payable in installments for wage differential benefits, if an employer can show that the disability has decreased, it may file a petition for a reduction in benefits. Conversely, if an employee can show that the disability has increased, he or she may file a petition for an increase in benefits.
- d) Anytime after the Commission issues a decision for permanent total disability, if the employer can show that the employee is no longer totally disabled, the employer may petition the Commission for an order terminating the PTD payments.

15. *What if the Commission awards benefits, but the employer won't pay?*

The employee may take one or more of the following actions:

- a) file a petition in the circuit court, asking the court to order payment under Section 19(g) of the Act;
- b) file a petition with the Commission for penalties and/or attorneys' fees for delay in payment, as appropriate, under Sections 16, 19(k), and/or 19(l) of the Act;
- c) file a petition with the Commission alleging a policy of delay or unfairness by the insurer or self-insurer under Section 4(c) of the Act; or
- d) call the Consumer Services Division of the Illinois Department of Insurance (toll-free 866/445-5364 or 217/782-4515).

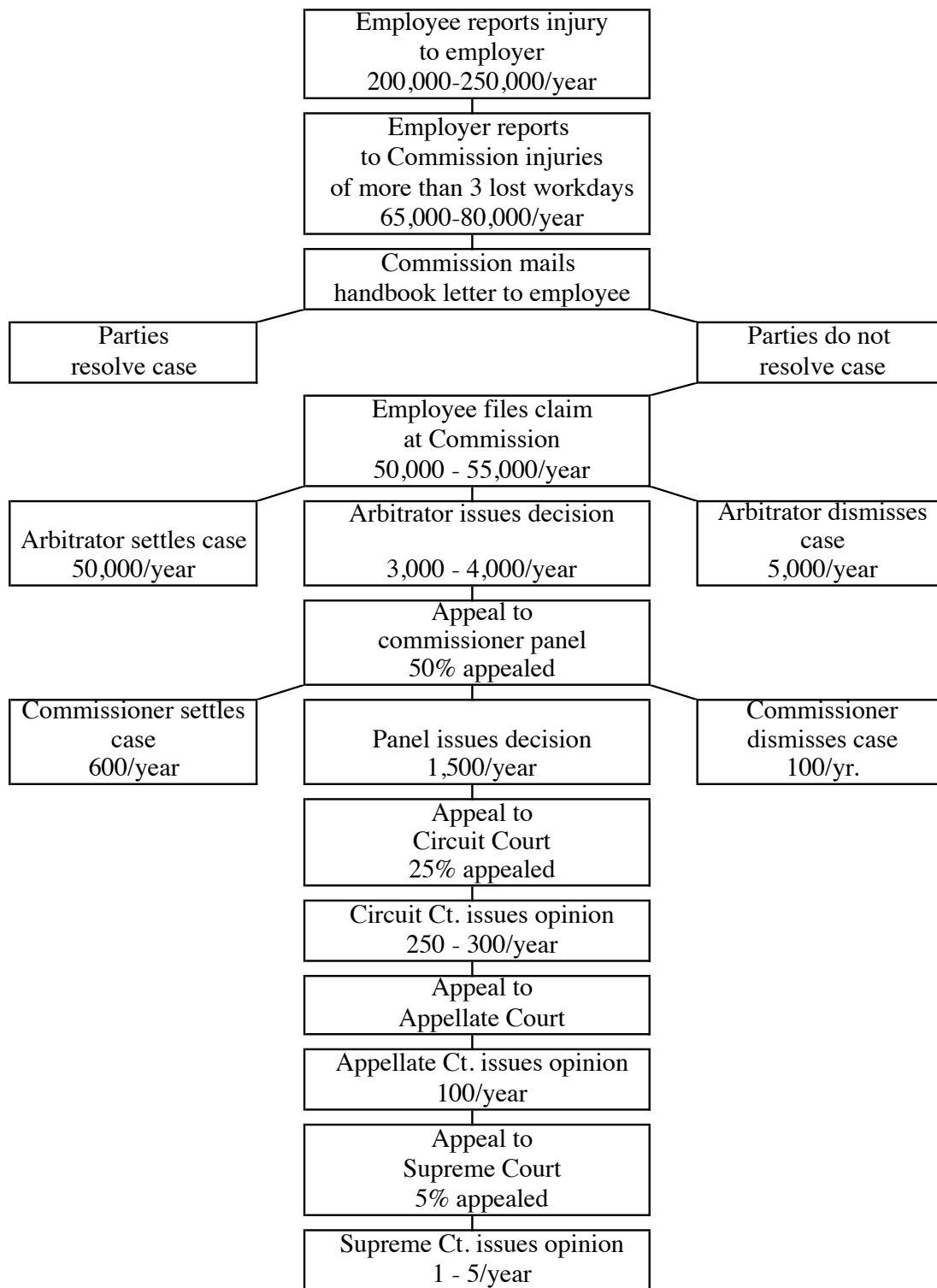
16. *Where are hearings held?*

Arbitrators hold hearings at numerous sites around Illinois. The employee and named employer on a claim will receive a notice from the Commission indicating the hearing site where the status hearings for the case are to be held.

For cases that have been appealed to the Commission after a decision has been entered by an arbitrator, the commissioners hold oral arguments in Springfield and Chicago.

For a complete schedule and list of hearing sites, please visit the Commission's website at <http://www.iwcc.il.gov/calendars.htm>.

Flow Chart of Dispute Resolution Process



Note: Cases can go back and forth. There are also many other processes to hear various motions, insurance compliance cases, etc.

SECTION 5: Medical Benefits

1. *What medical benefits are covered under the Act for work-related injuries?*

The employer is required to pay for all medical care that is reasonably necessary to cure or relieve the employee from the effects of the injury. This includes, but is not limited to first aid, emergency care, doctor visits, hospital care, surgery, physical therapy, chiropractic treatment, pharmaceuticals, prosthetic devices, and prescribed medical appliances.

The cost of devices, such as a shoe lift or a wheelchair, may be covered. If the work injuries result in a disability that requires physical modifications to the employee's home, such as a wheelchair ramp, the employer may have to pay those costs as well.

2. *Who pays for the medical care?*

If the employer does not dispute a medical bill, it will pay the medical provider directly. The employee is not required to pay co-payments or deductibles, unless the service is covered under a group health plan

3. *Can a doctor send the employee a bill for the medical care for a work-related injury while a case is pending at the Commission?*

While a case is pending at the Commission, the provider cannot try to collect payment from the employee once the employee notifies the provider that he or she has filed a claim with the Commission to resolve this dispute. This is a practice known as "balance billing."

The provider may send the employee reminders of the outstanding bill, and ask for information about the case such as the case number and status of case. If the employee does not provide the information within 90 days of the date of the reminder, the provider may resume its efforts to collect payment.

4. *Can the employee choose a doctor or hospital from which to receive treatment?*

Generally, the employee may choose the provider where he or she seeks treatment. However, there may be some limitations both on the number of providers seen by the employee or on which particular providers that an employee may choose. The employee must choose carefully so that he or she does not end up becoming personally responsible for medical bills.

The employee's choice of provider will be limited to a selected network of providers if an employer has established what is called a Preferred Provider Program or "PPP." If there is a PPP, the employee has a choice of two physicians from the network within the PPP.

If an employer does not have a PPP, then the employee has a choice of any two providers. This does not include referrals from those two providers. First aid and emergency care are not considered to be one of the employee's two choices. Nonemergency care obtained before the employee reports the injury to the employer does not count as one of the two choices.

5. *How will an employee know if their employer has a PPP?*

If an employer has established a PPP, it must inform the employee about the PPP in writing on a form that is promulgated by the Commission.

6. *Is an employee only allowed to choose providers from the PPP network?*

The employee may decline participation in the PPP at any time by sending the employer a written statement. If the employee declines participation, it counts as one of the two choices of medical providers.

If the employee declines participation in the PPP, the employee may choose any doctor or hospital, and go to any doctor to whom the employee is referred by that provider. If the employee wishes to see another chain of providers, however, the employer must approve.

7. *What if the employee believes the PPP or the second choice of provider is providing improper or inadequate medical care?*

In this situation, the employee may petition the Commission. If the Commission finds the provider's care is improper or inadequate, the employee may choose a provider at the employer's expense.

8. *Where can employers obtain the form informing employees about its PPP?*

This form is available on the Commission's website at <http://www.iwcc.il.gov/forms.htm> .

9. *As long as the employee stays within the limits on their choice of provider, will the employer then pay for all medical care?*

Employers may use other methods under the Workers' Compensation Act to evaluate or challenge the necessity of medical care sought by an injured employee.

An employer may perform what is called a "utilization review," which is a review of the employee's past, present, and future medical treatments related to the work injury, and analyze the necessity of those treatments. The Commission will consider the utilization review finding, along with all other evidence, when determining whether a treatment was reasonably necessary.

If the Commission finds that a medical treatment was not reasonably necessary, the employer will not be responsible for paying the bill. The employee is not responsible for any treatment the Commission finds to be excessive or unnecessary. The employee may be held responsible for treatment that is deemed not covered under the Act.

10. *What are the employee's responsibilities regarding medical care?*

The employee should take the following steps in terms of medical care:

- a) Seek first aid or medical attention immediately after the injury or the point at which gradual symptoms first begin affecting physical activities at work or at home.
- b) Cooperate with the doctors and make efforts to achieve a complete recovery and full return to work, if possible. An employee may lose their eligibility for benefits for injurious or unsanitary activities.
- c) Tell the medical providers that the treatment is for a work-related condition. This lets the providers know that the employer is responsible for the medical bill.
- d) Give the employer the name and address of the doctor or hospital chosen. If the employee changes providers, the employee should again notify the employer.

The employee must also give the employer enough medical information for the employer to determine whether to accept or deny the claim. This includes all medical records relevant to the condition for which benefits are sought. An employee is not required to give anyone free access to his or her doctor or medical records, however.

The employer is not required to provide benefits if it does not receive the medical information necessary to determine the employee's medical status and fitness to work.

11. *What if an injured employee has religious beliefs that prevent him or her from seeking medical treatment?*

If an employee and employer agree in writing, and if the employee submits to all physical examinations required by the Act, the employee may, in good faith, rely on treatment by prayer or spiritual means alone in accordance with the tenets and practice of a recognized church or religious denomination. An injured employee who denies treatment in accordance with this provision will not suffer any loss or reduction of workers' compensation benefits.

12. *Does an employee have to allow employer-hired case managers to manage his or her care?*

No. An employee may, without penalty, refuse or limit the involvement of nurses or case managers hired by the employer. The employee is obligated to provide medical records that are relevant to the case, but otherwise an employee's medical care is confidential.

While case management is not mandatory, an employee may find the assistance of case management helpful.

13. *Can the employer ask for an evaluation of an employee by its own doctor?*

Yes. The employer may order a full medical exam by the doctor of its choice. The employer must provide notice of the exam to the employee and the exam must be at a time and place reasonably convenient for the employee. If submitting to the examination causes the employee loss of wages, the employer must provide reimbursement for the wages and also the expense of travel and meals.

14. *Can the employee review the examiner's report?*

The employer's doctor must give both parties the examiner's report as soon as practicable, but not less than 48 hours before an arbitration hearing.

15. *How are prices for medical care determined?*

Most treatments that are covered under the Act and were provided on or after February 1, 2006, are subject to a medical fee schedule. The employer shall pay the lesser of the provider's actual charge or the amount set by the fee schedule.

If, however, an employer or insurance carrier contracts with a provider for the purpose of providing services under the Act, the rate negotiated in the contract shall prevail.

The schedule is posted on the Commission's website. Please also refer to the law, rules, *Instructions and Guidelines*, and the "Medical: Frequently Asked Questions" web page at www.iwcc.il.gov/faqmed.htm.

SECTION 6: Temporary Total Disability (TTD) Benefits

1. *What are temporary total disability (TTD) benefits?*

TTD is the benefit that an injured employee receives during the period in which the employee is either: (a) temporarily unable to return to any work, as indicated by his or her doctor, or (b) is released to do light-duty work but whose employer is unable to accommodate him or her.

2. *How long can an employee receive TTD benefits?*

The employer pays TTD benefits to an injured employee until the employee has returned to work or has reached maximum medical improvement or “MMI.”

3. *How is the amount of the TTD benefit calculated?*

The TTD benefit is two-thirds (66 2/3%) of the employee’s average weekly wage, subject to minimum and maximum limits. The minimums and maximums for TTD are available in Commission offices and online at www.iwcc.il.gov/benefits.htm.

4. *How is the employee’s average weekly wage (AWW) calculated?*

The calculation of AWW can be complicated and will depend on the facts of each case. Generally, AWW is based on the employee’s gross (pre-tax) wages during the 52 weeks before the date of injury or exposure. However, the calculation of AWW may be affected by many different factors, including, but not limited to: if the employee had more than one job at the time of the injury, worked less than 52 weeks, or on a casual basis.

5. *Is there a waiting period for TTD benefits?*

TTD is not paid for the first three lost workdays, unless the employee misses 14 or more calendar days due to the injury.

6. *When is TTD paid?*

The employer should make the first TTD payment within 14 days after receiving notice of the injury. Since delays are common, to facilitate the prompt payment of benefits, we encourage the employee to give the employer a written demand for TTD benefits along with the doctor’s note.

If the employer does not pay promptly and cannot justify the delay, the employee may petition the arbitrator to order the employer to pay penalties and/or attorneys’ fees to the employee.

The employer should pay TTD at the same interval the employee was paid before the injury (e.g., weekly or biweekly).

If an employer stops paying TTD before the employee returns to work, it must give the employee a written explanation no later than the date of the last TTD payment. If the employer fails to provide this explanation, the employee may petition the arbitrator to assess penalties and/or attorneys’ fees.

SECTION 7: Temporary Partial Disability (TPD) Benefits

1. *What are temporary partial disability (TPD) benefits?*

TPD is the benefit that may be received during the period in which an injured employee is still healing and is working light duty, on a part-time or full-time basis, and earning less than he or she would earn in the pre-injury employment. The employer pays TPD benefits to an injured employee until the employee has returned to his or her regular job or has reached maximum medical improvement.

2. How is the TPD benefit calculated?

For injuries that occurred **before June 28, 2011**, the TPD benefit is two-thirds (66 2/3%) of the difference between the average amount the employee would be able to earn in the pre-injury job(s) and the net amount he or she earns in the light-duty job.

For injuries that occurred **on or after June 28, 2011**, the TPD benefit is two-thirds (66 2/3%) of the difference between the average amount the employee would be able to earn in the pre-injury job(s) and the gross amount he or she earns in the light-duty job.

Example:

An employee was earning \$900/week at the time of injury. While the employee was off work and recuperating, the pay for the job increased to \$925/week. The employee returns to a light-duty job and earns \$500/week.

Pre-injury average weekly wage (AWW)	=		\$900
Current AWW of pre-injury job	=		\$925
Post-injury gross pay	=		\$500
Wage differential	=	\$925 - \$500 =	\$425
TPD	=	\$425 X 66 2/3% =	\$283.33/week

The minimums and maximums for TPD are available in Commission offices and online at www.iwcc.il.gov/benefits.htm.

3. Who is eligible for the TPD benefit?

Individuals whose injuries occurred on or after February 1, 2006 are eligible to receive TPD benefits.

SECTION 8: Vocational Rehabilitation/Maintenance Benefits

1. What is vocational rehabilitation?

Vocational rehabilitation includes but is not limited to counseling for job searches, supervising a job search program, and vocational retraining, including education at an accredited learning institution.

2. When is the employee entitled to vocational rehabilitation?

If the employee cannot return to the pre-injury job, the employer must pay for treatment, instruction, and training necessary for the physical, mental, and vocational rehabilitation of the employee, including all maintenance costs and incidental expenses. The employee must cooperate in a reasonable rehabilitation program.

The employee may choose the provider of such reasonable vocational rehabilitation services or may accept the services of a provider selected by the employer.

3. What benefit is the employee entitled to while participating in an approved vocational rehabilitation program?

An employee is entitled to maintenance benefits, plus costs and expenses incidental to the vocational rehabilitation program.

4. How is the maintenance benefit calculated?

The maintenance benefit shall not be less than the employee’s TTD rate.

5. Who is eligible for the maintenance benefit?

Individuals whose injuries occurred on or after February 1, 2006 are eligible for the maintenance benefit.

SECTION 9: Permanent Partial Disability (PPD) Benefits

1. What is permanent partial disability (PPD)?

PPD is:

- a) the complete or partial loss of a part of the body; or
- b) the complete or partial loss of use of a part of the body; or
- c) the partial loss of use of the body as a whole.

“Loss of use” is not specifically defined in the law, but it generally means the employee is unable to do things he or she was able to do before the injury.

The Commission cannot make a PPD determination until the employee has reached maximum medical improvement or “MMI.” PPD is paid only if the job-related injury results in some permanent physical loss.

2. What types of PPD benefits are awarded by the Commission?

There are four types of PPD benefits:

a. Wage differential (Section 8(d)(1) of Workers’ Compensation Act)

If, due to the injury, the employee obtains a new job that pays less than the pre-injury employment, he or she may be entitled to receive a wage differential award. The wage differential award is two-thirds (66 2/3%) of the difference between the amount the employee earns in the new job and the amount he or she would be earning in their prior employment.

For injuries that occur before September 1, 2011, benefits shall be paid for the life of the employee. For injuries that occur on or after September 1, 2011, benefits shall be paid for five years after the date of the award or until the employee reaches age 67, whichever is later.

An employee may be compensated for either the loss of wages or the permanent disability related to the same injury, but not both.

Example:

An employee was earning \$1,000/week at the time of injury. While the employee was off work and recuperating, the pay for the job increased to \$1,040/week. Due to the injury, the employee can only find a job that pays \$500/week.

Pre-injury average weekly wage (AWW) =		\$1,000
Current AWW of pre-injury job =		\$1,040
AWW of post-injury job =		\$500
Wage differential =	\$1,040 - \$500 =	\$540
PPD benefit =	\$540 X 66 2/3% =	\$360/week

b. Schedule of injuries (Section 8(e) of Workers' Compensation Act)

The Act sets a value on certain body parts, expressed as a number of weeks of compensation for each part. (See the chart at the end of this section). The number of weeks is then multiplied by 60% of the employee's AWW.

If a body part is amputated or if it cannot be used at all, that represents a 100% loss, and the employee is awarded the entire number of weeks listed on the chart. If the employee sustains a partial loss, the benefit is calculated by multiplying the percentage of loss by the number of weeks listed.

Example:

An employee earning \$500 per week injures his or her thumb, and it is later determined there is a 10% loss of the use of the thumb.

PPD weekly rate	= \$500 X 60% =	\$300
Number of weeks	= 76 weeks X 10% =	7.6
PPD benefit	= 7.6 weeks X \$300 =	\$2,280

c. Non-schedule injuries (person as a whole) (Section 8(d)2)

If the condition is not listed on the schedule of injuries, but it imposes certain limitations, the employee may be entitled to a percentage of 500 weeks of benefits, based on the loss of the person as a whole. The number of weeks is then multiplied times 60% of the employee's AWW.

Example:

An employee earning \$500/week suffers a back injury that is determined to have caused a 10% loss of the person as a whole.

PPD weekly rate	= \$500 X 60% =	\$300
Number of weeks	= 500 weeks X 10% =	50 weeks
PPD benefit	= 50 weeks X \$300 =	\$15,000

d. Disfigurement (Section 8(c) of Workers' Compensation Act)

An employee who suffers a serious and permanent disfigurement to the head, face, neck, chest above the armpits, arm, hand, or leg below the knee, is entitled to a maximum of 162 weeks of benefits at the PPD rate. The number of weeks is then multiplied by 60% of the employee's AWW.

A scar must heal for at least six months before a hearing to assess the disfigurement can be held.

An employee may not collect compensation for disfigurement and the loss of use for the same body part. For example, a person who undergoes carpal tunnel surgery and is found to have experienced some loss of use, may be awarded a benefit based on the body part or on the disfigurement from the surgery scars, but not both.

3. How is the level of disability assessed?

For injuries occurring before September 1, 2011, the Commission evaluates the physical impairment and the effect of the disability on the injured employee's life. Factors that may be considered include the individual's age, skill, occupation, training, inability to engage in certain kinds of activities, pain, stiffness, or limitation of motion.

For injuries occurring on or after September 1, 2011, the Commission bases the determination of disability on five factors:

- (1) an impairment report prepared by a physician using the most current edition of the American Medical Association's "Guides to the Evaluation of Permanent Impairment"
- (2) the occupation of the injured employee;
- (3) the age of the employee at the time of the injury;
- (4) the employee's future earning capacity; and
- (5) evidence of disability corroborated by the treating medical records.

One of these factors may not be the sole determinant of disability. The relevance and weight of any factors used in addition to the level of impairment as reported by the physician must be explained by the arbitrator in the decision.

4. *Is an employee eligible for compensation for pain and suffering for a work-related injury?*

Employees are not compensated for past pain and suffering, only for the residual pain that is part of the permanent disability.

5. *What if the employee's condition changes?*

For wage differential benefits where the injury occurred on or after February 1, 2006, if the employee's physical condition changes during the 60 months after the award becomes final, either party may ask the Commission to adjust the award.

For all other PPD categories: if the employee's physical condition changes during the 30 months after the award becomes final, either party may ask the Commission to adjust the award.

**PERMANENT PARTIAL DISABILITY BENEFITS
SCHEDULE OF BODY PARTS**

For injuries occurring

	<u>Before 7/20/2005</u>	<u>7/20/2005 - 11/15/2005</u>	<u>11/16/2005 - 1/31/2006</u>	<u>2/1/2006 - 6/27/2011</u>	<u>On or after 6/28/2011</u>
Disfigurement	150	162	150	162	162
Thumb	70	76	70	76	76
First (index) finger	40	43	40	43	43
Second (middle) finger	35	38	35	38	38
Third (ring) finger	25	27	25	27	27
Fourth (little) finger	20	22	20	22	22
Great toe	35	38	35	38	38
Each other toe	12	13	12	13	13
Hand	190	205	190	205	205
--Carpal tunnel due to repetitive trauma					28.5 - 57
Arm	235	253	235	253	253
--Amputation above elbow	250	270	250	270	270
--Amputation at shoulder joint	300	323	300	323	323
Foot	155	167	155	167	167
Leg	200	215	200	215	215
--Amputation above knee	225	242	225	242	242
--Amputation at hip joint	275	296	275	296	296
Eye	150	162	150	162	162
--Enucleation of eye	160	173	160	173	173
Hearing loss of one ear (under WC Act)	50	54	50	54	54
Hearing loss of both ears (under WC Act)	200	215	200	215	215
Testicle--1	50	54	50	54	54
Testicle--2	150	162	150	162	162

The law places a value on certain body parts, expressed as a number of weeks of compensation for each part.

SECTION 10: Permanent Total Disability (PTD) Benefits

1. *What is permanent total disability (PTD)?*

PTD is either:

- a) The permanent and complete loss of use of both hands, both arms, both feet, both legs, both eyes, or any two such parts, e.g., one leg and one arm; or
- b) A complete disability that renders the employee permanently unable to do any kind of work for which there is a reasonably stable employment market.

2. *What is the PTD benefit?*

A claimant who is found to be permanently and totally disabled is entitled to a weekly benefit equal to two-thirds (66 2/3%) of his or her average weekly wage, subject to minimum and maximum limits, for life.

The minimums and maximums for PTD benefits are available in Commission offices and online at www.iwcc.il.gov/benefits.htm.

3. *Can a PTD recipient ever work?*

If an employee experiences a complete disability that renders the employee permanently unable to do any kind of work, and returns to work or is able to return to work, the employer may petition the Commission to terminate or modify the PTD benefit.

4. *Does the PTD benefit amount stay fixed for life?*

If a case is decided by an arbitrator, an employee will be entitled to cost-of-living adjustments. Beginning on the second July 15th after the award became final, the recipient will receive an cost-of-living payment from the Commission's Rate Adjustment Fund that reflects the increase in the statewide average weekly wage during the preceding year. These payments are made monthly.

5. *Can an employee receive both PTD and Social Security?*

Yes, if the employee qualifies under the terms of each program. If an employee receives both benefits, the Social Security Administration will apply a formula that may result in a reduction in the Social Security benefit.

SECTION 11: Death/Survivors' Benefits

1. *What is the burial benefit?*

For injuries resulting in death that occurred before February 1, 2006, a benefit of \$4,200 is provided to the survivor or the person paying for the burial. For injuries resulting in death occurring after February 1, 2006, the benefit is \$8,000.

2. *How is the amount of the survivors' benefit calculated?*

The benefit is two-thirds (66 2/3%) of the employee's gross average weekly wage during the 52 weeks before the injury, subject to minimum and maximum limits.

The minimums and maximums for the survivors' benefit are available in Commission offices and online at www.iwcc.il.gov/benefits.htm.

3. *Who is entitled to the survivors' benefit?*

The primary beneficiaries of the survivors' benefit are the spouse and children under the age of 18. If no primary beneficiaries exist, benefits may be paid to totally dependent parents. If no totally dependent parents exist, benefits may be paid to persons who were at least 50% dependent on the employee at the time of death.

4. *If the surviving spouse remarries, does this have an effect on eligibility for survivors' benefits?*

If there are eligible children at the time of remarriage, benefits will continue.

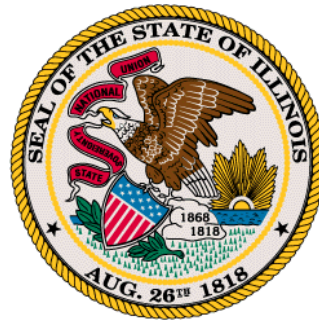
If there are no eligible children at the time of remarriage, the spouse is entitled to a final lump sum payment equal to two years of compensation. All rights to further benefits are extinguished.

5. *Does the benefit amount stay fixed for life?*

If a case is decided by an arbitrator, recipients of the survivors' benefit will be entitled to cost-of-living adjustments. Beginning on the second July 15th after the award became final, the recipient will receive an amount from the Commission's Rate Adjustment Fund that reflects the increase in the statewide average weekly wage during the preceding year. These payments are made monthly.

COMISIÓN DE COMPENSACIÓN DEL LOS TRABAJADORES DE ILLINOIS

**MANUAL DE COMPENSACIÓN DEL LOS
TRABAJADORES Y ENFERMEDADES
OCUPACIONALES**



MANUAL DE COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES Y ENFERMEDADES OCUPACIONALES

Este manual fue diseñado para servir de guía general de los derechos y obligaciones de los empleados que hayan sufrido lesiones o enfermedades ocupacionales, así como los derechos y obligaciones de sus empleadores, bajo las Leyes de Compensación de los Trabajadores y Enfermedades Ocupacionales de Illinois.

Si bien este manual tiene la finalidad de brindar tanto a empleados como empleadores una reseña general de la Ley, los hechos y circunstancias de cada lesión sufrida en el lugar de trabajo afectarán el desenlace de cada caso. Si aún tiene preguntas, por favor comuníquese con una de las oficinas de la Comisión indicadas a continuación. Si bien el personal de la Comisión se complace en intentar responder a sus preguntas, este manual no tiene el propósito de constituir, ni constituye, consejo legal. Para obtener consejo legal, consulte a un abogado.

OFICINAS DE LA COMISIÓN

Llamada sin cargo:	Solo dentro de Illinois	866/352-3033
Chicago:	100 W. Randolph St., #8-200, 60601	312/814-6611
Peoria:	401 Main Street, Ste 640, 61602	309/671-3019
Rockford:	200 S. Wyman, 61101	815/987-7292
Springfield:	4500 S. Sixth St. Frontage Rd, 62703	217/785-7087
TDD:	Dispositivo de telecomunicaciones para personas sordas	312/814-2959

Este manual, así como la ley, las normas, los formularios y más información están disponibles sin cargo en <http://www.iwcc.il.gov/>.

Impreso por la autoridad del Estado de Illinois, enero de 2013.

TABLA DE CONTENIDO

	PÁGINA
SECCIÓN 1	
Reseña general	3
SECCIÓN 2	
Denuncia de lesión o exposición	6
SECCIÓN 3	
La presentación de un reclamo a la Comisión	7
SECCIÓN 4	
La resolución de una disputa ante la Comisión	10
SECCIÓN 5	
Beneficios médicos	15
SECCIÓN 6	
Beneficios de Discapacidad Total Temporal (TTD)	18
SECCIÓN 7	
Beneficios de Discapacidad Parcial Temporal (TPD)	19
SECCIÓN 8	
Beneficios de rehabilitación vocacional/Mantenimiento	19
SECCIÓN 9	
Beneficios de Discapacidad Parcial Permanente (PPD)	20
SECCIÓN 10	
Beneficios de Discapacidad Total Permanente (PTD)	24
SECCIÓN 11	
Beneficios por Fallecimiento/para Sobrevivientes	24

SECCIÓN 1: Reseña general

1. *¿Qué es la compensación de los trabajadores?*

La compensación de los trabajadores es un sistema de beneficios provistos por ley a la mayoría de los empleados que sufren lesiones laborales o enfermedades ocupacionales. En general, los beneficios se pagan sin importar quién tiene la culpa.

2. *¿Qué es la Comisión de Compensación de los Trabajadores de Illinois?*

La Comisión de Compensación de los Trabajadores de Illinois es la agencia estatal que administra el proceso judicial y resuelve los reclamos de compensación de los trabajadores disputados entre los empleados y los empleadores. La Comisión actúa como un sistema judicial administrativo para estos reclamos.

Como el sistema judicial administrativo, la Comisión debe ser imparcial. El personal explica los procedimientos y las disposiciones básicas de la ley a miembros del público, pero no puede brindar consejo legal o abogar por el empleado o el empleador.

3. *¿Qué empleados están cubiertos por la Ley de Compensación del los Trabajadores?*

La mayoría de los empleados contratados, lesionados o cuyo empleo esté ubicado en el Estado de Illinois están cubiertos por la Ley. Estos empleados están cubiertos a partir del momento en que comienzan a trabajar en sus empleos.

4. *¿Qué lesiones y enfermedades están cubiertas bajo la ley?*

La Ley de Compensación de los Trabajadores dispone que los accidentes que ocurran debido a y durante el empleo son elegibles para recibir beneficios de compensación de los trabajadores. En general, esto significa que la Ley cubre lesiones que resulten total o parcialmente debido al trabajo del empleado.

5. *¿Qué beneficios se proveen?*

La Ley provee las siguientes categorías de beneficios, explicadas en secciones posteriores de este manual:

- a) Atención médica razonablemente requerida para curar o aliviar al empleado de los efectos de la lesión;
- b) Beneficios de discapacidad total temporal (TTD, por su sigla en inglés) mientras el empleado está sin trabajar, recuperándose de la lesión;
- c) Para lesiones producidas el 1° de febrero de 2006 o en fecha posterior, beneficios de discapacidad parcial temporal (TPD, por su sigla en inglés) mientras el empleado se está recuperando de la lesión, pero haciendo trabajo ligero por una remuneración inferior;
- d) Se proveen beneficios de rehabilitación vocacional/mantenimiento a un empleado lesionado que esté participando en un programa de rehabilitación vocacional aprobado;
- e) Beneficios de discapacidad parcial permanente (PPD, por su sigla en inglés) para el empleado que presente cierta discapacidad o desfiguración permanente, pero pueda trabajar;
- f) Beneficios de discapacidad total permanente (PTD, por su sigla en inglés) para el empleado que haya quedado permanentemente incapacitado para trabajar;

g) Beneficios por fallecimiento para familiares sobrevivientes elegibles.

6. ¿Los beneficios de compensación de los trabajadores son ingresos sujetos a impuestos?

No. Los beneficios de compensación de los trabajadores no están sujetos a impuestos bajo la ley federal o estatal y no necesitan ser declarados como ingresos en las declaraciones de impuestos.

7. ¿Quién paga por los beneficios de compensación de los trabajadores?

Por ley, el empleador es responsable por el costo de los beneficios de compensación de los trabajadores. La mayoría de los empleadores contratan el seguro de compensación de los trabajadores, y la empresa aseguradora paga los beneficios en nombre del empleador. No se le puede cobrar al empleado ninguna parte de la prima o del beneficio del seguro de compensación de los trabajadores. Otros empleadores obtienen la aprobación del estado para el auto-seguro, lo que significa que el empleador será responsable por pagar sus propios reclamos.

Para identificar a la parte responsable por pagar los beneficios, un empleado puede consultar el aviso del lugar de trabajo del empleador, visitar el sitio web de la Comisión o contactar a la Comisión en inscompquestions.wcc@illinois.gov o llamando sin cargo al 866/352-3033.

8. ¿Qué les exige la ley a los empleadores?

Los empleadores están obligados a respetar las disposiciones de la Ley de Compensación de los Trabajadores. Los empleadores deben:

- a) contratar el seguro de compensación de los trabajadores u obtener un permiso de la Comisión para el auto-seguro;
- b) publicar un aviso en el lugar de trabajo. Los empleadores pueden obtener este aviso en <http://www.iwcc.il.gov/forms.htm>; y
- c) mantener registros de lesiones laborales y notificar a la Comisión acerca de dichos accidentes que comprendan más de tres días laborables perdidos.

Se les prohíbe a los empleadores hacer lo siguiente:

- a) cobrarle al empleado cualquier parte de la prima o beneficios del seguro de los trabajadores; y
- b) acosar, despedir, rechazar o negarse a recontratar, o de cualquier manera discriminar al empleado por ejercer sus derechos bajo la Ley de Compensación de los Trabajadores.

9. ¿Qué debe hacer el empleado si su empleador no cuenta con seguro de compensación de los trabajadores?

El empleado debe brindar el nombre y la dirección del empleador, así como la fecha de la lesión, a la División de Cumplimiento de Seguro de la Comisión. Se puede contactar a la División escribiendo a inscompquestions.wcc@illinois.gov o llamando al 312/814-6611, o sin cargo al 866/352-3033.

10. ¿El empleador está sujeto a alguna penalidad si no contrata el seguro de compensación de los trabajadores?

Sí. Existen diversas disposiciones en la Ley de Compensación de los Trabajadores que tratan esta cuestión.

La falta de provisión *negligente* de brindar cobertura de seguro de compensación de los trabajadores es punible como infracción de la Clase A por cada día sin cobertura (pena máxima de 12 meses de prisión, multa de \$2,500).

La falta de provisión *a sabiendas* de cobertura de seguro de compensación de los trabajadores es punible como delito mayor de la Clase 4 por cada día sin cobertura (pena máxima de 1-3 años de prisión, multa de \$25,000).

El empleador sin seguro también puede ser pasible de una multa civil de \$500 por cada día que no contó con seguro, con una multa mínima de \$10,000.

Los empleadores sin seguro de compensación de los trabajadores pueden estar sujetos a una citación emitida por la División de Cumplimiento de Seguro. La multa de citación puede variar de \$500 a \$2,500.

El empleador no asegurado pierde las protecciones de la Ley de Compensación de los Trabajadores durante el período de falta de cumplimiento. Esto significa que un empleado lesionado durante el período de falta de cumplimiento puede elegir demandar en el tribunal civil.

Además, si la Comisión encuentra que el empleador dejó de proveer cobertura de seguro a sabiendas, puede emitir una orden de suspensión de labores y cerrar a la compañía hasta que obtenga el seguro.

11. *¿Aborda la Ley de Compensación de los Trabajadores el tema del fraude de Compensación de los Trabajadores?*

Sí. El fraude de compensación de los trabajadores cae en muchas categorías distintas que afectan a empleados, empleadores y proveedores médicos. La Ley prohíbe la presentación intencional de reclamos de compensación de los trabajadores fraudulentos o la realización de una declaración fraudulenta para obtener beneficios de compensación de los trabajadores. El fraude de compensación de los trabajadores también puede incluir la realización de declaraciones falsas a fin de negar beneficios de compensación de los trabajadores. También es ilegal presentar intencionalmente una factura o declaración para el pago de servicios médicos no prestados.

Ayudar o conspirar en cualquiera de estas acciones también puede considerarse fraude de compensación de los trabajadores.

12. *¿Cuáles son las penalidades para el fraude de compensación de los trabajadores?*

Las penalidades por las violaciones de las disposiciones de fraude aumentan con el valor de la propiedad obtenida o que se intentó obtener, comenzando con una transgresión de la Clase A por propiedad por un valor de \$300 o menos (un máximo de 12 meses en prisión y una multa de \$2,500), y hasta un delito mayor de la Clase 1 (un máximo de 4-15 años en prisión, una multa de \$25,000) para propiedad valuada en más de \$100,000. La parte condenada debe pagar la restitución completa, así como costas judiciales y honorarios de abogados.

13. *¿Qué debo hacer si sospecho que se ha cometido fraude de compensación de los trabajadores?*

Si desea denunciar una situación posiblemente fraudulenta, comuníquese con la Unidad de Fraude de Compensación de los Trabajadores, Departamento de Seguro (DOI.WorkCompFraud@illinois.gov; o llame sin cargo al 877/923-8648).

Cualquier persona que, intencionalmente, realice una denuncia de fraude falsa está sujeta a las penalidades de una transgresión de la Clase A (un máximo de 12 meses en prisión, una multa de \$2,500).

SECCIÓN 2: Denuncia de lesión o exposición

1. *¿A quién debe notificar el empleado si sufre una lesión en el trabajo?*

El empleado debe informar a su empleador si sufre una lesión en el trabajo.

2. *¿Existe alguna exigencia específica para el aviso de accidente dirigido al empleador?*

La Ley dispone que el aviso de accidente debe incluir la fecha aproximada y el lugar del accidente, si se los conoce. El aviso puede brindarse verbalmente o por escrito.

3. *¿Cuáles son los plazos para notificar al empleador de un accidente en el lugar de trabajo?*

En general, el empleado debe notificar al empleador tan pronto como sea practicable, pero a no más de 45 días de la fecha del accidente. Cualquier demora en avisar al empleador puede demorar el pago de beneficios.

Para lesiones resultantes de la exposición radiológica, el empleado debe notificar al empleador a los 90 días de haber confirmado o sospechado que ha recibido una dosis de radiación excesiva.

Para enfermedades ocupacionales, el empleado debe notificar al empleador lo antes posible después de haberse enterado de la afección.

4. *¿Qué debe hacer el empleador después de recibir el aviso de accidente?*

El empleador debe inmediatamente hacer lo siguiente:

- a) brindar todos los servicios médicos y de primeros auxilios necesarios;
- b) informar a la empresa aseguradora o al administrador de compensación de los trabajadores, aunque el empleador dispute el reclamo del empleado;
- c) si el empleado no puede trabajar durante más de tres días debido a la lesión, el empleador debe hacer uno de los siguientes:
 - (i) Comenzar los pagos de TTD; o
 - (ii) Entregarle al empleado una explicación por escrito de la información adicional que el empleador necesita para comenzar a realizar los pagos; o
 - (iii) Entregarle al empleado una explicación por escrito de por qué se le están negando beneficios.

5. *¿Qué registros debe mantener el empleador acerca de lesiones en el lugar de trabajo?*

Los empleadores deben mantener registros precisos de fallecimientos, lesiones o enfermedades laborales. Esto no incluye lesiones menores que solo requieran primeros auxilios y no incluyan tratamiento médico posterior, pérdida del conocimiento, restricción laboral o de movimiento, o transferencia a otro puesto de trabajo.

6. *¿Deben los empleadores presentar algún informe a la Comisión?*

Sí. Los empleadores deben informar a la Comisión acerca de accidentes en el formulario “Primer Informe de Lesión del Empleador”, conocido como el Formulario 45. El Formulario 45 está disponible en el sitio web de la Comisión, <http://www.iwcc.il.gov/forms.htm>.

Los informes por escrito de todos los fallecimientos relacionados con el trabajo deben realizarse a la Comisión en el plazo de dos días hábiles. Los informes por escrito de lesiones o enfermedades laborales que resulten en la pérdida de más de tres días de trabajo programados deben realizarse en el plazo de un mes. No se les exige a los empleadores que presenten un Formulario 45 para lesiones que no resulten en tres días o menos de trabajo perdidos como mínimo.

7. *¿Cómo deben presentar los empleadores los informes de accidentes?*

Los informes de accidentes deben presentarse electrónicamente. Para obtener información sobre cómo presentar informes de accidentes electrónicamente, visite el sitio web de la Comisión en <http://www.iwcc.il.gov/forms.htm>.

8. *¿Se les exige a los empleadores que exhiban algún aviso en el lugar de trabajo?*

Sí. Los empleadores deben exhibir un aviso elaborado por la Comisión en cada respectivo lugar de trabajo. La Comisión mantiene una copia de este aviso en su sitio web en <http://www.iwcc.il.gov/forms.htm>.

9. *¿Cuáles son las opciones del empleado si el empleador se niega a pagar beneficios de compensación del los trabajadores?*

El empleado o el abogado del empleado deben contactar al empleador directamente para determinar por qué no se pagan los beneficios. Frecuentemente, una comunicación deficiente causa demoras y malentendidos.

Si el empleado insiste en no pagar beneficios, la otra opción del empleador es presentar un reclamo a la Comisión. Tenga en cuenta que el informe de accidente no provoca ninguna acción por parte de la Comisión. La Comisión solo toma parte activa donde el empleado presenta un reclamo y sigue los procedimientos para solicitar una audiencia. Para obtener más información sobre el proceso de reclamos en la Comisión, vea la próxima sección del manual.

10. *¿Puede un empleado ser despedido por denunciar un accidente o presentar un reclamo?*

Es ilegal que el empleador acose, despidas, se niegue a recontractar o discrimine de cualquier manera a un empleado por ejercer sus derechos bajo la ley. Dicha conducta por parte del empleador puede dar pie para a que se presente una demanda separada por daños en el tribunal de circuito.

Un empleado con un reclamo de compensación de los trabajadores pendiente aun podrá ser objeto de acción disciplinaria o despido por otras razones válidas.

SECCIÓN 3: La presentación de un reclamo a la Comisión

1. *¿Cómo se presenta el reclamo a la Comisión?*

Para iniciar su reclamo ante la Comisión, debe presentar tres copias de la *Solicitud de Liquidación de Reclamo*, junto con un *Comprobante de Servicio* que indique que se le entregó una copia de la

solicitud al empleador. Se pueden presentar los reclamos por correo o en persona en cualquier oficina de la Comisión. Usted puede encontrar estos formularios en el sitio web de la Comisión en <http://www.iwcc.il.gov/forms.htm>.

2. *¿Existe una tasa por la presentación de los documentos a la Comisión?*

No. No existen cargos por los formularios o por presentar un reclamo.

3. *¿Dónde se exhiben/publican los formularios de reclamo requeridos en la Comisión?*

Todos los formularios están publicados en el sitio web de la Comisión en <http://www.iwcc.il.gov/forms.htm>. Estos formularios están disponibles en formato Microsoft Word y Adobe Acrobat y pueden completarse en una computadora personal.

4. *¿Qué sucede después de que se presenta el reclamo?*

La Comisión asigna un número de caso y un árbitro al caso. En el Condado de Cook, los casos se asignan aleatoriamente a los árbitros de Chicago. Fuera del Condado de Cook, se asignan los casos al lugar de audiencias más próximo al lugar del accidente.

Cada tres meses, será automáticamente listado en un llamamiento de estado. En el llamamiento, las partes pueden solicitar un juicio. Si ninguna de las partes solicita un juicio, el caso continúa por otros tres meses.

Esta rotación continúa durante tres años. En los primeros tres años después de la presentación de un caso, es responsabilidad de las partes hacer que se mueva el caso. Después de tres años, el árbitro puede desestimar el caso en el llamamiento de estado, a no ser que las partes demuestren que existen buenos motivos para continuarlo.

Es importante tener en cuenta que cada árbitro es responsable por miles de casos, no puede monitorizar casos individuales y no tiene información respecto de si se están pagando o no beneficios. Es responsabilidad de las partes mantenerse al tanto del caso y actuar cuando corresponda.

5. *¿Cómo puedo determinar el estado de un caso en la Comisión?*

La Comisión mantiene una base de datos de casos online, en su sitio web. Usted puede realizar búsquedas en la base de datos por nombre o número de caso en <http://www.iwcc.il.gov/caseinfo.htm>.

6. *¿Se le exige al empleado que presente un reclamo a la Comisión a fin de recibir beneficios?*

No. Sin embargo, muchos empleados eligen presentar un reclamo. Si el empleado desea que la Comisión ordene que se paguen beneficios, debe presentar un reclamo. El empleado que esté recibiendo beneficios pero que esté preocupado por proteger su derecho a recibir futuros beneficios también puede preferir presentar un reclamo.

7. *¿Cuáles son los plazos para presentar un reclamo a la Comisión?*

En general, el empleado que deje de presentar un reclamo dentro del plazo pierde su derecho a reclamar futuros beneficios.

En la mayoría de los casos, el empleado debe presentar un reclamo en los tres años posteriores a una lesión, un fallecimiento o la incapacitación debido a una enfermedad ocupacional, o en los dos años posteriores al último pago de TTD o una factura médica, de los anteriores el que ocurra más tarde.

Algunos casos asociados a enfermedades específicas o el fallecimiento de un empleado tienen plazos distintos. En dichos casos, se le sugiere que consulte a un abogado.

8. *¿Afecta al reclamo el pago voluntario de beneficios?*

Si el empleado acepta beneficios del empleador, no renuncia a ningún derecho bajo la ley. Similarmente, si el empleador paga beneficios, no renuncia a su derecho de disputar el reclamo. Aunque el reclamo se presente a la Comisión después de que se hayan pagado algunos beneficios, el empleador aún tiene derecho a disputar su responsabilidad de pagar cualquier compensación.

9. *¿Debe el empleado contratar a un abogado para presentar un reclamo?*

No. Sin embargo, en casos disputados, la mayoría de los empleados y empleadores contratan a abogados.

Si el empleado no contrata un abogado, es responsabilidad del empleado dar seguimiento a su reclamo, presentarse a audiencias cuando sea necesario y presentar en las audiencias pruebas de su elegibilidad bajo la ley.

Los árbitros y comisionados deben ser neutrales y están sujetos al Código de Conducta Judicial. No pueden actuar como defensores del empleado o del empleador.

La Comisión no puede recomendar abogados. Se les sugiere a los empleados que busquen un abogado que les pidan una recomendación a amigos o llamen a un servicio de recomendación de abogados. La Comisión cuenta con una [lista de asociaciones de abogados que realizan recomendaciones](#).

10. *¿Cuánto puede cobrar un abogado por sus servicios en un caso de compensación de los trabajadores?*

La ley limita los honorarios del abogado del demandante:

- a) Un abogado no debe cobrar ninguna tasa sobre los pagos realizados voluntariamente por el empleador de manera oportuna y adecuada por atención médica, TTD o cualquier otra compensación.
- b) Los honorarios del abogado se limitan al 20% de la compensación recuperada, hasta el 20% de 364 semanas del beneficio máximo de TTD, a no ser que se realice una audiencia y la Comisión apruebe honorarios adicionales.
- c) Si el empleador realizó una oferta por escrito al empleado, el abogado solo podrá cobrar honorarios sobre la suma recuperada que supere esta oferta. En este caso, los honorarios del abogado podrán ser superiores al 20% de la suma adicional recuperada, pero en ningún caso podrá superar el 20% de la suma total adjudicada.
- d) Los honorarios del abogado deben informarse en el formulario de *Acuerdo de Representación Legal*, firmado por el empleado (o en casos de fallecimiento, por los beneficiarios) y aprobado por la Comisión.

11. *¿Qué sucede si el empleado no está satisfecho con su abogado(a)?*

La Comisión no puede resolver problemas entre un empleado lesionado y su abogado(a).

SECCIÓN 4: La resolución de una disputa ante la Comisión

1. *¿Qué debe demostrar el empleado a fin de obtener una orden de la Comisión en que se otorguen beneficios?*

En casos ante la Comisión, es la responsabilidad del empleado probar que es elegible para beneficios. El empleador no necesita refutar el reclamo del empleado. Por ley, la carga de la prueba pertenece al empleado.

2. *¿Cuáles son las cuestiones más comúnmente disputadas en casos presentados a la Comisión?*

Algunas de las principales cuestiones en un caso de compensación de los trabajadores figuran a continuación. El empleado debe probar todas ellas para tener derecho a beneficios.

- a) Jurisdicción: en la fecha del accidente, el empleador estaba sujeto a la Ley de Compensación del Trabajador o Enfermedades Ocupacionales de los Trabajadores de Illinois.
- b) Empleo: en la fecha del accidente, existía una relación de empleado-empleador entre las partes.
- c) Accidente o exposición: el empleado sufrió lesiones accidentales o fue expuesto a una enfermedad ocupacional que debido a y durante el empleo.
- d) Conexión causal: la afección médica fue causada o agravada por el supuesto accidente o la supuesta exposición.
- e) Aviso: el empleador recibió un aviso de accidente o exposición dentro del plazo establecido por la ley.

Si el empleado prueba estos puntos, en general, calificará para algún beneficio, pero puede haber otras cuestiones en disputa. Por ejemplo, las partes pueden no estar de acuerdo el grado de la discapacidad del empleado, o el sueldo semanal promedio del empleado, o si los tratamientos médicos y/o facturas médicas fueron razonables y necesarios, o si el empleado tiene derecho a penalidades.

3. *¿Cómo se resuelven los reclamos ante la Comisión?*

Un árbitro de la Comisión realizará un juicio basado en la ley de Illinois, reglas de evidencia, precedentes establecidos por casos anteriores de compensación de los trabajadores y las *reglas que rigen a la práctica ante la Comisión*. Un estenógrafo judicial realizará un registro de la audiencia.

Excepto en el caso de audiencias de emergencia, un árbitro no puede resolver un caso hasta que el empleado haya logrado máxima recuperación médica. Una vez que el empleado haya sanado en la medida de lo posible, las partes necesitan preparar el caso para el juicio obteniendo registros médicos, declaraciones de médicos y otros documentos. Para cuando todo esté listo para el juicio, no es poco común que hayan pasado uno o dos años desde la presentación del reclamo a la Comisión.

A fin de proseguir con el juicio, se debe solicitar una fecha de juicio en el llamamiento de estado del árbitro. Los horarios de llamamientos de estado del árbitro están disponibles en el sitio web de la Comisión en <http://www.iwcc.il.gov/calendars.htm>. Después del juicio, el árbitro emitirá una decisión en el plazo de 60 días, en la que indicará la suma de los beneficios, si los hubiera, a los que tiene derecho el empleado.

4. *¿Existe alguna manera de obtener una decisión más rápida en el caso de una emergencia?*

Sí. Existen dos métodos de para obtener una decisión de emergencia. Se les denomina comúnmente audiencias 19(b) y audiencias 19(b-1). Tanto para las audiencias 19(b) como para las audiencias

19(b-1), una vez tomadas decisiones sobre las cuestiones contenidas en el proceso de emergencia, el caso regresará en la llamada de arbitraje para resolver otros temas disputados, tales como el grado de discapacidad permanente.

Audiencias 19(b)

Bajo la Sección 19(b) de la Ley de Compensación de los Trabajadores, la Comisión debe emitir una decisión en el plazo de 180 días de la fecha de la presentación de la *Petición de Revisión*.

Un empleado que alegue que se le deben beneficios médicos o de compensación puede presentar una petición 19(b) sin importar si el empleado está trabajando o no.

Un empleador que esté pagando TTD también puede presentar una petición 19(b), mientras siga pagando TTD hasta que:

- a) el árbitro decide respecto de la petición;
- b) el proveedor médico del empleado/de la empleada lo(a) libere para volver al trabajo normal; o
- c) el empleado comience a realizar cualquier tipo de trabajo.

Ni el empleado ni el empleador tienen derecho a una audiencia 19(b) si el empleado ha regresado al trabajo y el único beneficio disputado totaliza menos de 12 semanas de TTD.

Audiencias 19(b-1)

Bajo la Sección 19(b-1), la Comisión debe emitir una decisión en el plazo de 180 días, pero es importante destacar que existen muchas exigencias técnicas para este proceso.

Un empleado que alegue no poder trabajar como resultado de una lesión y que no esté recibiendo beneficios médicos o TTD puede presentar una petición 19(b-1) para obtener un fallo acelerado sobre temas de atención médica y/o TTD.

5. *¿Es posible apelar la decisión del árbitro?*

Sí. El empleado y el empleador tienen derecho a apelar una decisión. Un panel de tres comisionados (denominado, en general, la Comisión) revisará la decisión del árbitro, así como las pruebas y la transcripción del juicio. Ambos lados podrán presentar argumentos por escrito a la Comisión. La Comisión realizará una audiencia (llamada argumento oral), en la que las partes podrán presentar un argumento breve, de 5 a 10 minutos de duración, para su posición. Se exige que la Comisión emita su decisión en el plazo de 60 días.

6. *¿Debe el empleador pagar los beneficios otorgados mientras está pendiente la apelación?*

Mientras la apelación esté pendiente, no se exige al empleador que pague los beneficios otorgados por el árbitro. Si el caso se resuelve por completo a favor del empleado, se le sumarán intereses a la suma otorgada, con base en las tasas de bonos gubernamentales en el momento de la decisión. También habrá un cargo de intereses del 1% mensual sobre facturas médicas, pagadero al proveedor médico.

7. *¿Existe alguna manera de apelar la decisión de la Comisión?*

Las decisiones de la Comisión son definitivas para casos asociados a empleados del estado de Illinois. En todos los demás casos y para casos asociados a empleados de la Comisión de Compensación de los Trabajadores, cualquiera de las partes podrá apelar al tribunal de circuito, lo

que podrá resultar en apelaciones adicionales al Tribunal de Apelaciones y, en algunos casos, a la Corte Suprema de Illinois. Un diagrama al final de esta sección ilustra el proceso.

8. *¿Existe alguna otra manera de resolver disputas?*

Como en otros sistemas judiciales, la mayoría de los casos presentados a la Comisión se resuelven a través de un acuerdo conciliatorio entre las partes. Para los casos en la Comisión, estos acuerdos se denominan “contratos de acuerdo conciliatorio.” El contrato de acuerdo conciliatorio es un acuerdo entre el empleado y el empleador para cerrar un reclamo a cambio de una suma de dinero acordada.

9. *¿Por qué los empleadores y los empleados realizan contratos de acuerdo conciliatorio?*

Al realizar un acuerdo conciliatorio, el empleado evita el riesgo de no recibir ninguna compensación o recibir una compensación menor que la provista en el acuerdo conciliatorio, y el empleador evita el riesgo de tener que pagar más. En general, los casos se resuelven más rápido por medio de un acuerdo conciliatorio que a través de un juicio. En promedio, se aprueba un acuerdo conciliatorio a aproximadamente dos años después de la presentación del reclamo.

10. *¿Cómo hacen los empleadores y los empleados para realizar contratos de acuerdo conciliatorio?*

Si el empleador y el empleado llegan a un acuerdo, deben escribir los términos del acuerdo en el formulario de Contrato de Acuerdo Conciliatorio de la Comisión y presentarlo para la aprobación del árbitro asignado al caso. El acuerdo conciliatorio no es vinculante si la Comisión no lo aprueba.

Un empleado que no tenga un abogado (denominado un peticionario “pro se”) debe comparecer en persona ante el árbitro quien, antes de aprobarlo, analizará el acuerdo conciliatorio y se asegurará de que sea justo y que el empleado comprenda su efecto. Debe tenerse en cuenta que el árbitro actuará como un adjudicador neutral, y no como un defensor del empleado.

11. *¿El contrato de acuerdo conciliatorio tiene consecuencias?*

Es importante que todas las partes analicen el contrato de acuerdo conciliatorio detenidamente. En general, un contrato de acuerdo conciliatorio aprobado pone fin a los derechos del empleado a cualquier beneficio médico o en dinero en efectivo futuro, aunque su afección empeore. Si las partes desean mantener abierto un beneficio, esto se debe indicar claramente en el contrato de acuerdo conciliatorio.

12. *¿Puede realizarse un acuerdo conciliatorio sin la aprobación de la Comisión?*

Un acuerdo conciliatorio realizado sin la aprobación de la Comisión no marca un fin para los derechos del empleado y el plazo para que el empleado presente un reclamo a la Comisión se extiende indefinidamente.

Se presume que cualquier contrato de acuerdo conciliatorio realizado en los siete días posteriores a la lesión es fraudulento.

13. *¿Qué es una indemnización de pago único?*

La Ley de Compensación de los Trabajadores también permite indemnizaciones al empleado lesionado en un único pago. Las indemnizaciones en un solo pago pueden poner fin a otros derechos. Es importante que lea cualquier acuerdo conciliatorio detenidamente y consulte a un abogado para recibir asesoría legal.

14. *¿Una decisión o un acuerdo conciliatorio cierran un caso para siempre?*

En general, el contrato de acuerdo conciliatorio cierra un caso para siempre, a no ser que las partes específicamente indiquen lo contrario en los términos del contrato de acuerdo conciliatorio. Los siguientes cambios pueden ocurrir después de la aprobación de una decisión o un acuerdo conciliatorio:

- a) En cualquier momento después de una decisión, el empleado puede solicitar servicios médicos adicionales que sean razonablemente necesarios para curar o aliviar los efectos de la lesión o enfermedad. Si el empleador no está de acuerdo con la solicitud, el empleado puede presentar una petición para que la Comisión resuelva la disputa.
- b) En los 30 meses posteriores a la decisión de la Comisión o su aprobación de contrato de acuerdo conciliatorio pagadero en cuotas, si un empleador puede demostrar que la discapacidad ha disminuido, puede presentar una petición de reducción de beneficios. Por otra parte, si el empleado puede demostrar que la discapacidad ha aumentado, puede presentar una petición de beneficios adicionales.
- c) En los 30-60 meses posteriores a la decisión de la Comisión o su aprobación de contrato de acuerdo conciliatorio pagadero en cuotas para beneficios de diferencial de sueldo, si un empleador puede demostrar que la discapacidad ha disminuido, puede presentar una petición de reducción de beneficios. Por otra parte, si el empleado puede demostrar que la discapacidad ha aumentado, puede presentar una petición de aumento de beneficios.
- d) En cualquier momento después de que la Comisión emita una decisión de discapacidad total permanente, si el empleador puede demostrar que el empleado ha dejado de estar discapacitado, el empleador puede solicitarle a la Comisión una orden de cese de pagos de PTD.

15. *¿Qué sucede si la Comisión otorga beneficios pero el empleador no paga?*

El empleado puede hacer una de las siguientes cosas:

- a) presentar una petición en el tribunal de circuito, pidiéndole al tribunal que ordene el pago bajo la Sección 19(g) de la Ley;
- b) presentar a la Comisión una petición de penalidades y/o honorarios de abogado por el atraso en el pago, según corresponda, bajo las Secciones 16, 19(k) y/o 19(1) de la Ley;
- c) presentar una petición a la Comisión alegando una política de demora o injusticia por parte de la aseguradora o el auto-asegurado bajo la Sección 4(c) de la Ley; o
- d) llamar a la División de Servicios al Consumidor del Departamento de Seguros de Illinois (llamada sin cargo: 866/445-5364 o 217/782-4515).

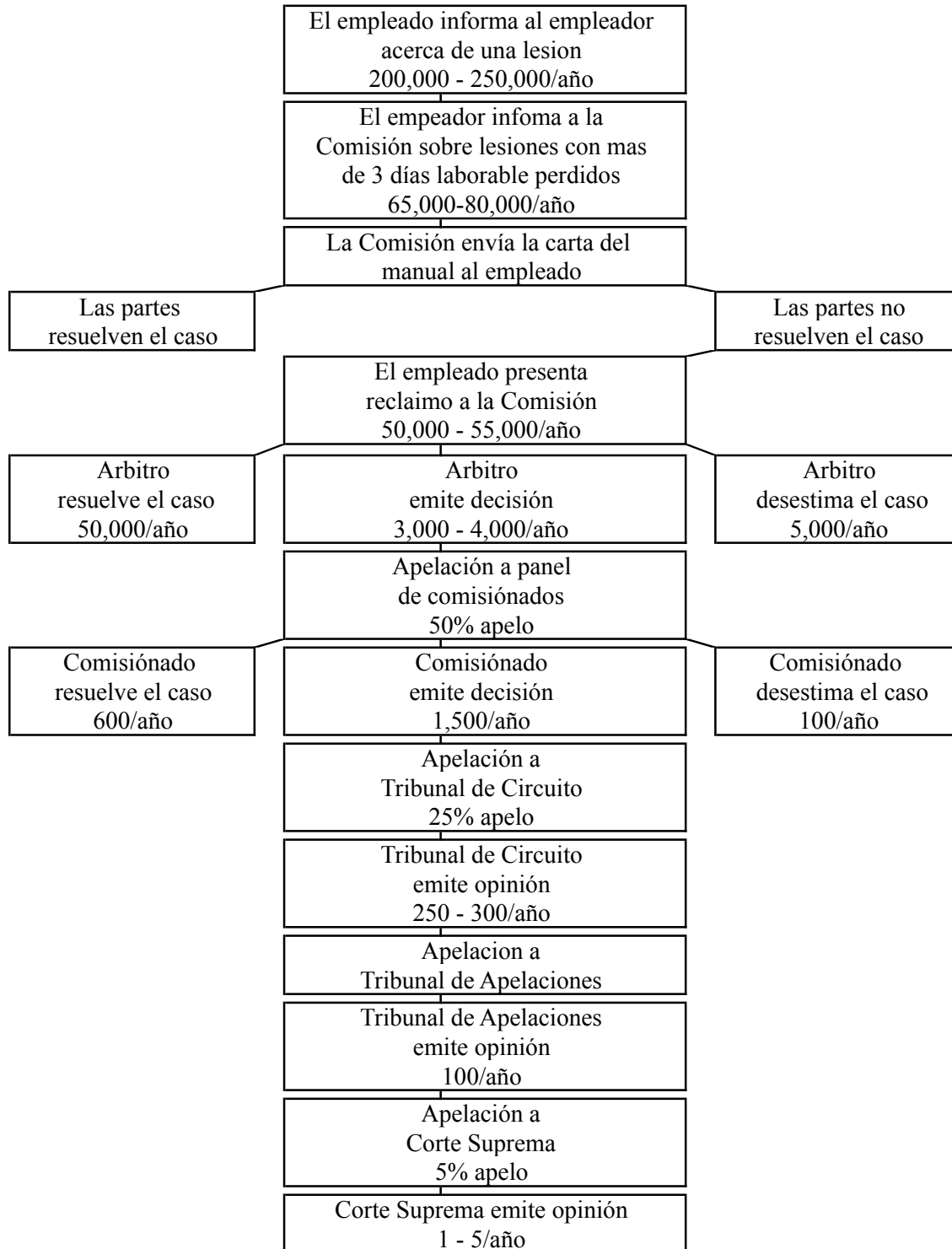
16. *¿Dónde se realizan las audiencias?*

Los árbitros realizan audiencias en numerosos sitios de todo Illinois. El empleado y el empleador nombrado en el reclamo recibirán un aviso de la Comisión indicando el centro de audiencias donde se realizarán las audiencias de estado del caso.

Para los casos apelados a la Comisión después de la toma de decisión por parte del árbitro, los comisionados realizan argumentos orales en Springfield y Chicago.

Para un cronograma completo y una lista de centros de audiencia, visite el sitio web de la Comisión en <http://www.iwcc.il.gov/calendars.htm>.

Flujograma del proceso de resolución de disputas



Nota: Los casos pueden ser devueltos y reenviados entre los diversos niveles.
Las cifras son aproximadas.

SECCIÓN 5: Beneficios médicos

1. *¿Qué beneficios médicos están cubiertos bajo la Ley para lesiones laborales?*

Se le exige al empleador que pague por toda la atención médica razonablemente necesaria para brindarle al empleado la cura o el alivio de los efectos de la lesión. Esto incluye, entre otros, primeros auxilios, atención de emergencia, visitas al médico, atención hospitalaria, cirugía, fisioterapia, tratamiento quiropráctico, productos farmacéuticos, dispositivos prostéticos y aparatos médicos recetados.

El costo de los dispositivos, tales como alzas o una silla de ruedas, pueden estar cubiertos. Si las lesiones laborales resultan en una discapacidad que requiera modificaciones físicas al hogar del empleado, tal como una rampa para silla de ruedas, el empleador puede tener que pagar por esos costos también.

2. *¿Quién paga por la atención médica?*

Si el empleador no disputa una factura médica, pagará directamente al proveedor médico. No se requiere que el empleador pague copagos o deducibles, a no ser que el servicio esté cubierto bajo un plan de salud grupal.

3. *¿Puede un médico enviarle al empleado una factura por atención médica para una lesión laboral mientras el caso está pendiente en la Comisión?*

Mientras un caso esté pendiente en la Comisión, el proveedor no puede intentar cobrarle al empleado una vez que el empleado notifique al proveedor acerca de que ha presentado un reclamo ante la Comisión para resolver esta disputa. Esta práctica se conoce como “facturación de saldo”.

El proveedor puede enviarle al empleado recordatorios de la factura pendiente, y pedirle información sobre el caso, tal como el número del caso y el estado del caso. Si el empleado no brinda la información en los 90 días posteriores a la fecha del recordatorio, el proveedor puede reanudar sus esfuerzos de cobranza.

4. *¿Puede el empleado elegir un médico u hospital para que le brinden tratamiento?*

En general, el empleado puede elegir el proveedor que le brindará tratamiento. Sin embargo, puede haber algunas limitaciones tanto en el número de proveedores visitados por el empleado o respecto de qué proveedores específicos el empleado puede elegir. El empleado debe elegir con cuidado, para que no acabe siendo personalmente responsable por las cuentas médicas.

La elección de proveedor por parte del empleado se limitará a una red selecta de proveedores si un empleador ha establecido lo que se denomina un Programa de Proveedor Preferido o “PPP”. Si existe un PPP, el empleado puede elegir a dos médicos de la red perteneciente al PPP.

Si un empleador no tiene un PPP, entonces el empleado puede elegir a dos proveedores cualesquiera. Esto no incluye las remisiones realizadas por estos dos proveedores. Los primeros auxilios y la atención de emergencia no se consideran una de las dos elecciones del empleado. La atención que no sea de emergencia, obtenida antes de que el empleado informe al empleador acerca de la lesión, no cuenta como una de las dos elecciones.

5. *¿Cómo sabrá el empleado si el empleador tiene un PPP?*

Si un empleador ha establecido un PPP, debe informar al empleado acerca del PPP por escrito, en un formulario promulgado por la Comisión.

6. *¿El empleado solo podrá elegir proveedores de la red del PPP?*

El empleado puede negarse a participar en el PPP en cualquier momento enviando una declaración por escrito al empleador. Si el empleado rechaza la participación, cuenta como una de las dos elecciones de proveedores médicos.

Si el empleado rechaza la participación en el PPP, el empleado puede elegir cualquier médico u hospital, y hacerse atender por cualquier médico a quién lo derive dicho proveedor. Sin embargo, si el empleado desea hacerse atender por otra cadena de proveedores, debe contar con la aprobación del empleador.

7. *¿Qué ocurre si el empleado cree que el PPP o la segunda elección de proveedor está brindando atención indebida o inadecuada?*

En esta situación, el empleado puede peticionar a la Comisión. Si la Comisión encuentra determina que la atención brindada por el proveedor es indebida o inadecuada, el empleado puede elegir a un proveedor a expensas del empleador.

8. *¿Dónde pueden los empleadores obtener el formulario que informa a los empleados acerca de su PPP?*

Este formulario está disponible en el sitio web de la Comisión en <http://www.iwcc.il.gov/forms.htm>.

9. *¿Siempre y cuando el empleado se mantenga dentro de los límites para la elección del proveedor, ¿pagará el empleador por toda la atención médica?*

Los empleadores pueden utilizar otros métodos bajo la Ley de Compensación de los Trabajadores para evaluar o disputar la necesidad de atención médica buscada por un empleado lesionado.

Un empleador puede realizar lo que se denomina una “revisión de utilización”, la cual es una revisión de los tratamientos médicos pasados, presentes y futuros del empleado asociados a la lesión laboral, y analizar la necesidad de dichos tratamientos. La Comisión considerará la conclusión de la revisión de utilización, junto con todas las demás pruebas, al determinar si un tratamiento era razonablemente necesario.

Si la Comisión encuentra que un tratamiento médico no era razonablemente necesario, el empleador no será responsable por pagar la cuenta. El empleado no es responsable por ningún tratamiento que la Comisión encuentre considere excesivo o innecesario. El empleado puede ser responsabilizado por tratamiento que se considere que no está cubierto bajo la Ley.

10. *¿Cuáles son las responsabilidades del empleado respecto de la atención médica?*

El empleado debe tomar los siguientes pasos en lo que se refiere a la atención médica:

- a) Buscar primeros auxilios o atención médica inmediatamente después de la lesión o tan pronto como los síntomas graduales empiecen a afectar las actividades físicas en el trabajo o en el hogar.
- b) Cooperar con los médicos y hacer lo posible por lograr la recuperación total y el regreso pleno al trabajo, si fuera posible. El empleado puede perder su elegibilidad para beneficios debido a actividades perjudiciales o insalubres.
- c) Informar a los proveedores médicos que el tratamiento es para una afección laboral. Esto les permite a los proveedores saber que el empleador es responsable por la factura médica.

d) Brindarle al empleador el nombre y la dirección del médico u hospital elegidos. Si el empleado cambia de proveedor, debe notificar nuevamente al empleador.

Asimismo, el empleado debe brindarle al empleador suficiente información médica para que el empleador determine si acepta o rechaza el reclamo. Esto incluye todos los registros médicos relevantes a la afección para la que se solicitan beneficios. Sin embargo, no se exige que el empleado le brinde a nadie acceso libre a su médico o a sus registros médicos.

No se le exige al empleador que brinde beneficios si no recibe la información médica necesaria para determinar el estado médico del empleado y su aptitud para trabajar.

11. *¿Qué ocurre si un empleado lesionado tiene creencias religiosas que no le permiten obtener tratamiento médico?*

Si un empleado y un empleador lo acuerdan por escrito, y si el empleado permite que se le realicen todos los exámenes físicos requeridos por la Ley, el empleado puede, de buena fe, confiar en el tratamiento a través de la oración o por medios espirituales únicamente, de acuerdo con el dogma y la práctica de una iglesia o religión reconocidos. Un empleado lesionado que rechaza el tratamiento de acuerdo con esta disposición no sufrirá ninguna pérdida o reducción de beneficios de compensación de los trabajadores.

12. *¿Debe el empleado permitir que administradores de casos contratados por el empleador administren su atención?*

No. El empleado puede, sin penalidades, rechazar o limitar la participación de enfermeros o administradores de casos contratados por el empleador. El empleado tiene la obligación de brindar registros médicos relevantes al caso, pero, por lo demás, la atención médica recibida por el empleado es confidencial.

Aunque la administración de casos no es obligatoria, el empleado puede encontrar que la asistencia de la administración de casos se puede resultarle útil al empleado.

13. *¿Puede el empleador pedir una evaluación de un empleado realizada por su propio médico?*

Sí. El empleador puede exigir un examen médico integral realizado por el médico de su elección. El empleador debe brindar un aviso del examen al empleado y el examen debe realizarse en un momento y lugar razonablemente conveniente para el empleado. Si la realización del examen hace que el empleado pierda ingresos, el empleador debe proveer el reembolso de los ingresos así como de los gastos realizados en viajes y comidas.

14. *¿Puede el empleado leer el informe del examinador?*

El médico del empleador debe entregar el informe del examinador a ambas partes lo antes posible, pero no menos de 48 horas antes de una audiencia de arbitraje.

15. *¿Cómo se determinan los precios de la atención médica?*

La mayoría de los tratamientos cubiertos bajo la Ley y realizados el 1° de febrero de 2006 o en fecha posterior, están sujetos a una lista de tarifas médicas. El empleador pagará el menor del cargo actual concreto del proveedor o la suma establecida por la lista de tarifas, lo que sea menor.

Sin embargo, si un empleador o una empresa aseguradora contrata a un proveedor para que brinde servicios bajo la Ley, prevalecerá la tarifa negociada en el contrato.

La lista se encuentra publicada en el sitio web de la Comisión. Por favor, consulte también la página web de la ley, las reglas, *las Instrucciones y Directrices*, y “Médico: Preguntas frecuentes” en www.iwcc.il.gov/faqmed.htm.

SECCIÓN 6: Beneficios de Discapacidad Total Temporal (TTD)

1. *¿Qué son los beneficios de discapacidad total temporal (TTD)?*

TTD es el beneficio que un empleado lesionado recibe durante el período en el que el empleado: (a) está temporalmente incapacitado de regresar a cualquier trabajo, según indicación de su médico, o (b) es liberado para realizar trabajos livianos, pero cuyo empleador no puede darle cabida.

2. *¿Durante cuánto tiempo puede un empleado recibir beneficios de TTD?*

El empleador paga beneficios de TTD a un empleado lesionado hasta que el empleado haya regresado al trabajo o haya logrado la máxima recuperación médica o “MMI,” por su sigla en inglés.

3. *¿Cuál es la suma del beneficio de TTD calculado?*

El beneficio de TTD es dos tercios (66 2/3%) del sueldo semanal medio del empleado, sujeto a límites mínimos y máximos. Los mínimos y máximos del TTD están disponibles en las oficinas de la Comisión y en Internet en www.iwcc.il.gov/benefits.htm.

4. *¿Cómo se calcula el sueldo semanal medio (AWW, por su sigla en inglés) del empleado?*

El cálculo del AWW puede ser complicado y dependerá de los hechos en cada caso. En general, el AWW se basa en el sueldo bruto (antes de aplicar impuestos) del empleado durante las 52 semanas anteriores a la fecha de la lesión o exposición. Sin embargo, el cálculo del AWW puede verse afectado por muchos factores diferentes, entre los que se incluyen: si el empleado tenía más de un empleo en el momento de la lesión, si trabajaba menos de 52 semanas, o trabajaba de manera informal.

5. *¿Existe un período de espera para los beneficios de TTD?*

No se paga TTD por los primeros tres días de trabajo perdidos, a no ser que el empleado sea ausente 14 días calendarios o más debido a la lesión.

6. *¿Cuándo se paga el TDD?*

El empleador debe realizar el primer pago de TTD en los 14 días posteriores a la recepción del aviso de la lesión. Debido a que los atrasos son comunes, para facilitar el pronto pago de los beneficios, instamos al empleado a que le entregue al empleador una solicitud escrita de beneficios de TTD junto con la nota del médico.

Si el empleador no paga puntualmente y no puede justificar el atraso, el empleado puede pedirle al árbitro que ordene al empleador que pague penalidades y/u honorarios de abogado al empleado.

El empleador debe pagar TTD con la misma frecuencia en que el empleado recibía su paga antes de la lesión (por ejemplo, semanal, cada dos semanas).

Si el empleador deja de pagar el TTD antes de que el empleado regrese al trabajo, debe entregarle al empleado una explicación por escrito a más tardar en la fecha del último pago de TTD. Si el

empleador deja de brindar esta explicación, el empleado puede pedirle al árbitro que ordene que el empleador pague penalidades y/u honorarios de abogado.

SECCIÓN 7: Beneficios de Discapacidad Parcial Temporal (TPD)

1. ¿Qué son los beneficios de discapacidad parcial temporal (TPD)?

TPD es el beneficio que puede recibirse durante el período en que un empleado lesionado aún está en recuperación y trabajando en tareas livianas, ya sea en tiempo parcial o integral, y ganando menos de lo que ganaba en el empleo antes de la lesión. El empleador paga beneficios de TPD a un empleado lesionado hasta que el empleado haya regresado a su trabajo habitual o haya logrado la mejora médica máxima.

2. ¿Cómo se calcula el beneficio de TPD?

Para lesiones ocurridas **antes del 28 de junio de 2011**, el beneficio de TPD es de dos tercios (66 2/3%) de la diferencia entre la suma media que el empleado podría ganar en empleo(s) previo(s) a la lesión y la suma neta que gana en el trabajo liviano.

Para lesiones ocurridas **a partir del 28 de junio de 2011, inclusive**, el beneficio de TPD es de dos tercios (66 2/3%) de la diferencia entre la suma media que el empleado podría ganar en empleo(s) previo(s) a la lesión y la suma bruta que gana en el trabajo liviano.

Ejemplo:

Un empleado ganaba \$900/semana en el momento de la lesión. Mientras el empleado estaba fuera de trabajo y recuperándose, la paga por el trabajo aumentó a \$925/semana. El empleado regresa a un trabajo liviano y gana \$500/semana.

Sueldo semanal medio previo a la lesión (AWW)	=	\$900
AWW actual del trabajo antes de la lesión	=	\$925
Paga bruta posterior a la lesión	=	\$500
Diferencial del salario	$\$925 - \$500 =$	\$425
TPD	$\$425 \times 66 \frac{2}{3}\% =$	\$283.33/semana

Los mínimos y máximos del TPD están disponibles en oficinas de la Comisión y en Internet en at www.iwcc.il.gov/benefits.htm.

3. ¿Quién es elegible para el beneficio TPD?

Las personas que sufrieron lesiones a partir del 1° de febrero de 2006, inclusive, son elegibles para recibir beneficios de TPD.

SECCIÓN 8: Beneficios de rehabilitación vocacional/mantenimiento

1. ¿Qué es la rehabilitación vocacional?

La rehabilitación vocacional incluye, entre otros, asesoría para búsqueda de empleo, supervisión de un programa de búsqueda de empleo y capacitación vocacional, la que incluye educación en una institución de aprendizaje acreditada.

2. *¿Cuándo tiene derecho el empleado a la rehabilitación vocacional?*

Si el empleado no puede regresar al trabajo que tenía antes de la lesión, el empleador debe pagar por el tratamiento, la instrucción y la capacitación necesarios para la rehabilitación física, mental y vocacional del empleado, incluyendo todos los costos de mantenimiento y gastos incidentales. El empleado debe cooperar en un programa de rehabilitación razonable.

El empleado puede elegir el proveedor de dichos servicios de rehabilitación razonables o puede aceptar los servicios de un proveedor seleccionado por el empleador.

3. *¿A qué beneficio tiene derecho el empleado mientras participa en un programa de rehabilitación vocacional aprobado?*

El empleado tiene derecho a beneficios de mantenimiento, más costos y gastos incidentales al programa de rehabilitación vocacional.

4. *¿Cómo se calcula el beneficio de mantenimiento?*

El beneficio de mantenimiento no debe ser inferior a la tasa de TTD del empleado.

5. *¿Quién es elegible para el beneficio de mantenimiento?*

Las personas que sufrieron lesiones a partir del 1° de febrero de 2006, inclusive, son elegibles para el beneficio de mantenimiento.

SECCIÓN 9: Beneficios de Discapacidad Parcial Permanente (PPD)

1. *¿Qué es la discapacidad parcial permanente (PPD)?*

La PPD es:

- a) la pérdida completa o parcial de una parte del cuerpo; o
- b) la pérdida completa o parcial del uso de una parte del cuerpo; o
- c) la pérdida parcial del uso del cuerpo de modo general.

No se define específicamente la “pérdida de uso” en la ley, pero, en general, significa que el empleado no puede hacer las cosas que podía hacer antes de la lesión.

La Comisión no puede tomar una determinación de PPD hasta que el empleado haya logrado la mejora médica máxima o “MMI”, por su sigla en inglés. Solo se paga PPD si la lesión laboral implica alguna pérdida física permanente.

2. *¿Qué tipos de beneficios de PPD otorga la Comisión?*

Existen cuatro tipos de beneficios PPD:

a. *Diferencial salarial (Sección 8(d)(1) de la Ley de Compensación de los Trabajadores)*

Si, debido a la lesión, el empleado obtiene un empleo nuevo que paga menos que el empleo anterior a la lesión, puede tener derecho a recibir una asignación de diferencial salarial. La asignación de diferencial salarial equivale a dos tercios (66 2/3%) de la diferencia entre la suma que el empleado recibe en el empleo nuevo y la suma que estaría recibiendo en su empleo anterior.

Para las lesiones ocurridas antes del 1° de setiembre de 2011, se pagarán los beneficios durante la vida entera del empleado. Para lesiones ocurridas a partir del 1° de setiembre, inclusive, se pagarán beneficios durante los cinco años posteriores a la asignación o hasta que el empleado cumpla los 67 años de edad, de los anteriores, el que ocurra más tarde.

El empleado puede ser compensado por la pérdida de salarios o la discapacidad permanente asociada a la misma lesión, pero no por ambas.

Ejemplo:

Un empleado ganaba \$1,000/semana en el momento de la lesión. Mientras el empleado estaba de licencia y recuperándose, la paga por el trabajo aumentó a \$1,040/semana. Debido a la lesión, el empleado solo logra encontrar un empleo que paga \$500/semana.

Sueldo semanal medio antes de lesión (AWW)	=	\$1,000
AWW actual de trabajo previo a la lesión	=	\$1,040
AWW de trabajo posterior a la lesión	=	\$500
Diferencial salarial	\$1,040 - \$500 =	\$540
Beneficio PPD	\$540 X 66 2/3% =	\$360/sem

b. Lista de lesiones (Sección 8(e) de la Ley de Compensación de los Trabajadores)

La Ley establece un valor para ciertas partes del cuerpo, expresado como una cantidad de semanas de compensación para cada parte. (Vea el diagrama al final de esta sección). Luego, se multiplica la cantidad de semanas por el 60% del AWW del empleado.

Si se amputa la parte del cuerpo o no se puede utilizar en absoluto, representa una pérdida de 100% y se le otorga al empleado la cantidad de semanas total indicada en la tabla. Si el empleado sufre una pérdida parcial, se calcula el beneficio multiplicando el porcentaje de la pérdida por la cantidad de semanas indicada.

Ejemplo:

Un empleado que gana \$500 por semana se lesiona su el pulgar, y luego se determina que la pérdida de uso del dedo pulgar es del 10%.

Tasa semanal de PPD	\$500 X 60% =	\$300
Cant. de semanas	76 semanas X 10% =	7.6
Beneficio PPD	7.6 semanas X \$300 =	\$2,280

c. Lesiones que no figuran en la lista (la persona como un todo) (Sección 8(d)2)

Si la lesión/afección no figura en la lista de lesiones, pero implica ciertas limitaciones, el empleado puede tener derecho a un porcentaje de 500 semanas de beneficios, basado en la pérdida de la persona como un todo. Luego, se multiplica la cantidad de semanas por el 60% del AWW del empleado.

Ejemplo:

Un empleado que gana \$500/semana sufre una lesión en la espalda que se determina que ha causado una pérdida del 10% de la persona como un todo.

Tasa semanal de PPD	\$500 X 60% =	\$300
Cant. de semanas	500 semanas X 10% =	50 semanas
Beneficio PPD	50 semanas X \$300 =	\$15,000

d. Desfiguración (Sección 8(c))

El empleado que sufra una desfiguración grave y permanente en la cabeza, el rostro, el cuello, el tórax arriba de las axilas, el brazo, la mano o la pierna debajo de la rodilla, tiene derecho a un máximo de 162 semanas de beneficios a la tasa de PPD. Luego, se multiplica la cantidad de semanas por el 60% del AWW del empleado.

Una cicatriz debe cicatrizar durante al menos seis meses antes de que se pueda realizar una audiencia para evaluar la desfiguración.

Un empleado no puede cobrar compensación por desfiguración y pérdida de uso de la misma parte del cuerpo. Por ejemplo, se le puede otorgar a una persona sometida a cirugía de túnel carpiano y que haya sufrido cierta pérdida de uso, un beneficio basado en la parte del cuerpo o en la desfiguración debido a las cicatrices de la cirugía, pero no por ambos.

3. *¿Cómo se evalúa el nivel de discapacidad?*

Para lesiones ocurridas antes del 1° de setiembre de 2011, la Comisión evalúa el deterioro físico y el efecto de la discapacidad en la vida del empleado lesionado. Los factores que pueden considerarse incluyen la edad de la persona, destrezas, ocupación, capacitación, incapacidad de realizar ciertos tipos de actividades, dolor, rigidez o limitación de movimiento.

Para lesiones ocurridas a partir del 1° de setiembre inclusive, la Comisión basa la determinación de la discapacidad en cinco factores:

- (1) un informe de deterioro preparado por un médico, utilizando la edición más reciente de las “Guías de evaluación de deterioro permanente” de la Asociación Médica de EE.UU.
- (2) la ocupación del empleado lesionado;
- (3) la edad del empleado en el momento de la lesión;
- (4) la capacidad futura de ingresos del empleado; y
- (5) pruebas de discapacidad corroboradas por los registros médicos de tratamiento.

Uno de estos factores no podrá ser el único factor de determinación de la discapacidad. La relevancia y el peso de cualquier factor utilizado, además del nivel de deterioro, según lo informado por el médico, deben ser explicados por el árbitro en la decisión.

4. *¿Es elegible el empleado para compensación por daños morales en el caso de una lesión laboral?*

Los empleados no son compensados por dolor y sufrimiento pasados; solo por el dolor residual que sea parte de la discapacidad permanente.

5. *¿Qué ocurre si cambia el estado del empleado?*

Para los beneficios de diferencial salarial cuando la lesión ocurrió a partir del 1° de febrero de 2006, si el estado físico del empleado sufre modificaciones durante los 60 meses posteriores a la asignación final, cualquiera de las partes puede pedirle a la Comisión que reajuste la asignación.

Para todas las demás categorías de PPD: si el estado físico del empleado cambia durante los 30 meses posteriores a la asignación final, cualquiera de las partes puede pedirle a la Comisión que reajuste la asignación.

LISTA DE PARTES DEL CUERPO PARA BENEFICIOS DE DISCAPACIDAD PARCIAL PERMANENTE

Para lesiones ocurridas

	<u>Antes de 20/07/2005</u>	<u>20/07/2005 - 15/11/2005</u>	<u>16/11/2005 - 31/1/2006</u>	<u>1/2/2006 - 27/6/2011</u>	<u>A partir de 28/6/2011</u>
Desfiguración	150	162	150	162	162
Dedo pulgar	70	76	70	76	76
Dedo índice	40	43	40	43	43
Dedo medio	35	38	35	38	38
Dedo anular	25	27	25	27	27
Dedo meñique	20	22	20	22	22
Dedo gordo del pie	35	38	35	38	38
Demás dedos del pie, c/u	12	13	12	13	13
Mano	190	205	190	205	205
--Túnel carpiano					28.5 - 57
Brazo	235	253	235	253	253
--Amputación arriba del codo	250	270	250	270	270
--Amputación a la altura de la articulación del hombro	300	323	300	323	323
Pie	155	167	155	167	167
Pierna	200	215	200	215	215
--Amputación arriba de la rodilla	225	242	225	242	242
--Amputación en la articulación de la cadera	275	296	275	296	296
Ojo	150	162	150	162	162
--Enucleación del ojo	160	173	160	173	173
Pérdida de la audición en un oído (bajo la Ley de CT)	50	54	50	54	54
Pérdida de la audición en ambos oídos (bajo la Ley de CT)	200	215	200	215	215
Testículo--1	50	54	50	54	54
Testículo--2	150	162	150	162	162

SECCIÓN 10: Beneficios de Discapacidad Total Permanente (PTD)

1. *¿Qué es la discapacidad total permanente (PTD)?*

La PTD es uno de los siguientes:

- a) La pérdida permanente y completa del uso de ambas manos, ambos brazos, ambos pies, ambas piernas, ambos ojos o cualquiera de estas dos partes; por ejemplo, un brazo y una pierna; o
- b) Una discapacidad completa que prive permanentemente al empleado de realizar cualquier tipo de trabajo para el que exista un mercado de trabajo razonablemente estable.

2. *¿Qué es el beneficio PTD?*

Un solicitante que se considera que está permanente y totalmente discapacitado tiene derecho a un beneficio semanal equivalente a dos tercios (66 2/3%) de su salario semanal medio, sujeto a límites mínimos y máximos, de por vida.

Los mínimos y máximos del PTD están disponibles en oficinas de la Comisión y en Internet en at www.iwcc.il.gov/benefits.htm.

3. *¿Puede un beneficiario de PTD trabajar?*

Si el empleado presenta una discapacidad completa que no lo priva al empleado permanentemente de realizar cualquier tipo de trabajo, y el mismo vuelve a trabajar o puede volver a trabajar, el empleador puede pedirle a la Comisión que finalice o modifique el beneficio de PTD.

4. *¿El beneficio de PTD permanece fijo de por vida?*

Si el caso es decidido por un árbitro, el empleado puede tener derecho a ajustes de costo de vida. A partir del segundo 15 de julio después de que se dispuso que la asignación era definitiva, el beneficiario recibirá un pago de costo de vida del Fondo de Ajuste de Tasa de la Comisión que refleja el aumento en el sueldo semanal medio de todo el estado durante el año anterior. Estos pagos se realizan mensualmente.

5. *¿Puede un empleado recibir tanto PTD como Seguro Social?*

Sí, si el empleado reúne los requisitos de cada programa. Si el empleado recibe ambos beneficios, la Administración de Seguro Social aplicará una fórmula que puede resultar en una reducción del beneficio de Seguro Social.

SECCIÓN 11: Beneficios por Fallecimiento/para Sobrevivientes

1. *¿Qué es el beneficio de entierro?*

Para lesiones que resulten en muerte ocurridas antes del 1° de febrero de 2006, se le otorga un beneficio de \$4,200 al sobreviviente o a la persona que pague por el entierro. Para lesiones que resulten en muerte ocurridas después del 1° de febrero de 2006, el beneficio es de \$8,000.

2. *¿Cómo se calcula la suma de beneficio para sobrevivientes?*

El beneficio equivale a dos tercios (66 2/3%) del sueldo semanal bruto del empleado durante las 52 semanas anteriores a la lesión, sujeto a límites mínimos y máximos.

Los mínimos y máximos del beneficio para sobrevivientes están disponibles en las oficinas de la Comisión y en Internet en www.iwcc.il.gov/benefits.htm.

3. *¿Quién tiene derecho al beneficio para sobrevivientes?*

Los beneficiarios primarios del beneficio para sobrevivientes son el cónyuge y los hijos menores de 18 años. Si no existen beneficiarios primarios, se puede pagar el beneficio a padres totalmente dependientes. Si no existen padres totalmente dependientes, se pueden pagar los beneficios a personas que dependan en al menos un 50% del empleado en el momento del fallecimiento.

4. *Si el cónyuge sobreviviente vuelve a casarse, ¿tiene esto algún efecto sobre su elegibilidad para beneficios para sobrevivientes?*

Si existen hijos elegibles en el momento del nuevo casamiento, los beneficios continuarán.

Si no existen hijos elegibles en el momento del nuevo casamiento, el cónyuge tiene derecho a un pago en una sola cuota equivalente a dos años de compensación. Se extinguen todos los derechos a futuros beneficios.

5. *¿La suma del beneficio permanece fija de por vida?*

Si el caso es decidido por un árbitro, los beneficiarios del beneficio para sobrevivientes tendrán derecho a ajustes de costo de vida. A partir del segundo 15 de julio después de que se dispuso que la asignación era definitiva, el beneficiario recibirá una suma del Fondo de Ajuste de Tasa de la Comisión que refleja el aumento en el sueldo semanal medio de todo el estado durante el año anterior. Estos pagos se realizan mensualmente.

**KOMISJA DS. PRACOWNICZYCH UBEZPIECZEŃ
ODSZKODOWAWCZYCH STANU ILLINOIS**

**PODREČZNIK DOT. PRACOWNICZYCH
UBEZPIECZEŃ ODSZKODOWAWCZYCH
ORAZ CHORÓB ZAWODOWYCH**



**PODRĘCZNIK DOT. PRACOWNICZYCH UBEZPIECZEŃ ODSZKODOWAWCZYCH ORAZ
CHORÓB ZAWODOWYCH**

Niniejszy podręcznik został opracowany w celu zapewnienia ogólnych wskazówek na temat praw i obowiązków pracowników, którzy odnieśli związane z pracą obrażenia lub choroby, a także na temat praw i obowiązków ich pracodawców, w oparciu o ustawę o pracowniczych ubezpieczeniach odszkodowawczych oraz chorobach zawodowych stanu Illinois (Workers' Compensation Act oraz Occupational Diseases Act).

Pomimo że niniejszy podręcznik jest próbą zapewnienia przeglądu ustaw zarówno pracownikom, jak i pracodawcom, fakty i okoliczności odnoszące się do każdego obrażenia w miejscu pracy będą wpływać na wynik rozwiązania każdego przypadku. W przypadku pytań prosimy o kontakt z jednym z niżej wymienionych biur Komisji. Pomimo że personel Komisji postara się odpowiedzieć na wszelkie pytania, niniejszy podręcznik nie stanowi formy porady prawnej. W przypadku poszukiwania porady prawnej należy skontaktować się z adwokatem.

BIURA KOMISJI

Bezpłatna infolinia:	wyłącznie w stanie Illinois	866/352-3033
Chicago:	100 W. Randolph St., #8-200, 60601	312/814-6611
Peoria:	401 Main Street, Ste 640, 61602	309/671-3019
Rockford:	200 S. Wyman, 61101	815/987-7292
Springfield:	4500 S. Sixth St. Frontage Road, 62703	217/785-7087
TDD:	Telecomm. Urządzenie dla osób niesł	312/814-2959

Niniejszy podręcznik dostępny jest również w j. hiszpańskim. Niniejszy podręcznik, jak również statut, zasady, formularze oraz inne informacje są dostępne bezpłatnie na stronie <http://www.iwcc.il.gov/>.

	STRONA
CZEŚĆ 1 Przegląd	3
CZEŚĆ 2 Zgłaszanie obrażenia lub narażenia na działanie	5
CZEŚĆ 3 Zgłaszanie roszczenia przed Komisją	7
CZEŚĆ 4 Rozwiązywanie sporu przed Komisją	9
CZEŚĆ 5 Zasiłki z tytułu leczenia	14
CZEŚĆ 6 Zasiłki z tytułu tymczasowej całkowitej niezdolności do pracy (TTD)	16
CZEŚĆ 7 Zasiłki z tytułu tymczasowej częściowej niezdolności do pracy (TPD)	17
CZEŚĆ 8 Zasiłki z tytułu zawodowej rehabilitacji / pielęgnacji	18
CZEŚĆ 9 Zasiłki z tytułu stałej częściowej niezdolności do pracy (PPD)	18
CZEŚĆ 10 Zasiłki z tytułu stałej całkowitej niezdolności do pracy (PTD)	22
CZEŚĆ 11 Zasiłki z tytułu zgonu / renty rodzinne	22

CZEŚĆ 1: Przegląd

1. Co to jest pracownicze ubezpieczenie odszkodowawcze?

Pracownicze ubezpieczenie odszkodowawcze to system zasiłków gwarantowanych przez prawo dla większości pracowników, którzy odnieśli obrażenia związane z pracą lub cierpią na choroby zawodowe. Ogólnie zasiłki są wypłacane bez względu na rodzaj obrażenia.

2. Co to jest Komisja ds. pracowniczych ubezpieczeń odszkodowawczych stanu Illinois?

Komisja ds. pracowniczych ubezpieczeń odszkodowawczych stanu Illinois to agencja stanowa, która zarządza procesem sądowym, służącym do rozwiązywania roszczeń dot. pracowniczych ubezpieczeń odszkodowawczych pomiędzy pracownikami a pracodawcami. Komisja pełni rolę sądu administracyjnego w odniesieniu do tych roszczeń.

Jako sąd administracyjny Komisja musi być bezstronna. Jej personel wyjaśnia procedury i podstawowe postanowienia prawa obywatelom, jednak nie może zapewniać porad prawnych lub działać jako adwokat pracowników lub pracodawców.

3. Którzy pracownicy są objęci ustawą o pracowniczych ubezpieczeniach odszkodowawczych?

Większość pracowników, którzy są zatrudnieni, odniosą obrażenia lub których pracodawca znajduje się na terenie stanu Illinois są objęci ustawą. Pracownicy ci są objęci ustawą od momentu rozpoczęcia pracy.

4. Jakie obrażenia oraz choroby są objęte przepisami prawa?

Ustawa o pracowniczych ubezpieczeniach odszkodowawczych określa, że wypadki, do których dojdzie w trakcie zatrudnienia i po jego zakończeniu są uprawnione do otrzymania zasiłków z tytułu pracowniczego ubezpieczenia odszkodowawczego. Oznacza to, że ustawa obejmuje obrażenia, które są rezultatem w całości lub w części pracy wykonywanej przez pracownika.

5. Jakie zasiłki są świadczone?

Ustawa określa następujące kategorie zasiłków, które zostaną wyjaśnione w dalszych częściach niniejszego podręcznika:

- a) Opieka medyczna, która jest wymagana w celu wyleczenia lub złagodzenia skutków obrażenia odniesionego przez pracownika.
- b) Zasiłki z tytułu tymczasowej całkowitej niezdolności do pracy (TTD), w momencie gdy pracownik nie pracuje, dochodząc do zdrowia po obrażeniu;
- c) W przypadku obrażeń, do których doszło po 1 lutego 2006 roku, zasiłki z tytułu tymczasowej częściowej niezdolności do pracy (TPD), w momencie gdy pracownik dochodzi do zdrowia po obrażeniu, lecz pracuje na mniej wymagającym stanowisku za mniejszą pensję;
- d) Zasiłki z tytułu rehabilitacji zawodowej / pielęgnacji są świadczone na rzecz pracowników, którzy odnieśli obrażenia, uczestniczących w zatwierdzonym programie rehabilitacji zawodowej;
- e) Zasiłki z tytułu stałej częściowej niezdolności do pracy (PPD) dla pracowników, którzy doznali częściowej stałej niezdolności do pracy lub oszpecenia, jednak nadal mogą pracować;
- f) Zasiłki z tytułu stałej całkowitej niezdolności do pracy (PTD) dla pracowników, którzy są uznani za stale niezdolnych do pracy;
- g) Zasiłki z tytułu zgonu dla żyjących członków rodziny.

6. Czy zasiłki z tytułu pracowniczych ubezpieczeń odszkodowawczych są dochodem podlegającym opodatkowaniu?

Nie. Zasiłki z tytułu pracowniczych ubezpieczeń odszkodowawczych nie są dochodem podlegającym opodatkowaniu w świetle prawa stanowego lub federalnego i nie muszą być zgłaszane jako dochód w zeznaniu podatkowym.

7. Kto wypłaca zasiłki z tytułu pracowniczych ubezpieczeń odszkodowawczych?

Zgodnie z prawem pracodawca jest odpowiedzialny za poniesienie kosztów zasiłków z tytułu pracowniczych ubezpieczeń odszkodowawczych. Większość pracodawców wykupuje polisę w ramach pracowniczych ubezpieczeń odszkodowawczych i to firma ubezpieczeniowa wypłaca zasiłki w imieniu pracodawcy. Żadna część premii ani zasiłku z tytułu pracowniczego ubezpieczenia odszkodowawczego nie może być przeniesiona na pracownika. Inni pracownicy otrzymują zgodę władz stanowych na samoubezpieczenie, co oznacza, że pracodawca będzie odpowiedzialny za opłacenie dotyczących go roszczeń.

W celu określenia strony odpowiedzialnej za wypłatę zasiłków pracownik może sprawdzić powiadomienie w miejscu pracy, na stronie Komisji lub skontaktować się z Komisją pod adresem inscompquestions.wcc@illinois.gov lub skorzystać z bezpłatnej infolinii 866/352-3033.

8. Jakie obowiązki prawo nakłada na pracodawców?

Pracodawcy są zobowiązani do przestrzegania postanowień ustawy o pracowniczych ubezpieczeniach odszkodowawczych. Pracodawcy muszą:

- a) zakupić pracownicze ubezpieczenie odszkodowawcze lub uzyskać pozwolenie na samoubezpieczenie od Komisji;
- b) umieścić powiadomienie w miejscu pracy. Pracodawcy mogą pobrać to powiadomienie ze strony <http://www.iwcc.il.gov/forms.htm>; oraz
- c) przechowywać dokumentację dotyczącą obrażeń związanych z pracą oraz zgłaszać Komisji te wypadki, które skutkują ponad trzema dniami nieobecności w pracy.

Pracodawcom nie wolno robić następujących rzeczy:

- d) obciążać pracownika za jakąkolwiek część premii lub zasiłku z tytułu pracowniczego ubezpieczenia odszkodowawczego; oraz
- e) nękać, zwalniać, odmawiać ponownego zatrudnienia lub dyskryminować w inny sposób pracownika za dochodzenie swoich praw w ramach ustawy o pracowniczych ubezpieczeniach odszkodowawczych.

9. Co powinien zrobić pracownik, jeśli jego pracodawca nie posiada pracowniczego ubezpieczenia odszkodowawczego?

Pracownik powinien podać nazwę i adres pracodawcy oraz datę obrażenia do działu zgodności z przepisami dot. ubezpieczeń Komisji. Z działem tym można się skontaktować pod adresem inscompquestions.wcc@illinois.gov lub pod nr telefonu 312/814-6611, bezpłatna infolinia – 866/352-3033.

10. Czy pracodawca podlega karom w przypadku niewykupienia pracowniczego ubezpieczenia odszkodowawczego?

Tak. Istnieje wiele różnych postanowień w ustawie o pracowniczych ubezpieczeniach odszkodowawczych określających tę kwestię.

Niedopełnienie obowiązku zapewnienia objęcia pracowniczym ubezpieczeniem odszkodowawczym z powodu *niedbałości* jest karane jako wykroczenie klasy A za każdy dzień bez pokrycia (maksymalnie 12 miesięcy więzienia, 2 500 USD grzywny).

Świadome niedopełnienie obowiązku zapewnienia objęcia pracowniczym ubezpieczeniem odszkodowawczym jest karane jako przestępstwo klasy 4 za każdy dzień bez pokrycia (maksymalnie 1-3 lat więzienia, 25 000 USD grzywny).

Nieubezpieczony pracodawca może również podlegać karze cywilnej w wysokości 500 USD za każdy dzień bez ubezpieczenia, z minimalną grzywną w wysokości 10 000 USD.

Pracodawcy bez pracowniczego ubezpieczenia odszkodowawczego mogą zostać pozwani przez Dział zgodności z przepisami dot. ubezpieczeń. Grzywna z tytułu pozwu sądowego może wahać się od 500 do 2 500 USD.

Nieubezpieczony pracodawca traci ochronę w ramach ustawy o pracowniczych ubezpieczeniach odszkodowawczych za okres niezapewniania zgodności. Oznacza to, że pracownik, który odniósł obrażenia w trakcie okresu niezapewniania zgodności może wybrać pozew do sądu cywilnego.

Ponadto, jeśli Komisja ustali, że pracodawca świadomie nie zapewnił pokrycia ubezpieczeniem, może wydać nakaz wstrzymania prac i zamknąć firmę aż do czasu uzyskania ubezpieczenia.

11. *Czy ustawa o pracowniczych ubezpieczeniach odszkodowawczych określa oszustwa związane z pracowniczymi ubezpieczeniami odszkodowawczymi?*

Tak. Oszustwa związane z pracowniczymi ubezpieczeniami odszkodowawczymi podlegają pod wiele różnych kategorii, które odnoszą się do pracowników, pracodawców i dostawców opieki zdrowotnej. Ustawa zakazuje świadomego składania nieuczciwych roszczeń z tytułu pracowniczych ubezpieczeń odszkodowawczych lub składania nieuczciwych oświadczeń w celu uzyskania zasiłków z tytułu pracowniczych ubezpieczeń odszkodowawczych. Oszustwa związane z pracowniczymi ubezpieczeniami odszkodowawczymi mogą również obejmować składanie fałszywych oświadczeń w celu odmowy zasiłku z tytułu pracowniczych ubezpieczeń odszkodowawczych. Niezgodne z prawem jest również celowe przedstawianie rachunku lub zaświadczenia dokonania płatności za usługi medyczne, które nie były świadczone.

Pomoc lub współudział w dowolnym z powyższych działań może być również uznawana za oszustwo związane z pracowniczymi ubezpieczeniami odszkodowawczymi.

12. *Jakie są kary za oszustwa związane z pracowniczymi ubezpieczeniami odszkodowawczymi?*

Kary za naruszenia postanowień dotyczących oszustw wzrastają wraz z wartością uzyskanej własności lub próby jej uzyskania, poczynając od wykroczenia klasy A za własność o wartości mniejszej niż 300 USD (maksymalnie 12 miesięcy więzienia oraz grzywna w wysokości 2 500 USD) i sięgają do przestępstwa klasy 1 (maksymalnie 4-15 lat więzienia, 25 000 USD grzywny) za własność o wartości przekraczającej 100 000 USD. Skazana strona jest zobowiązana do zwrotu całej kwoty, a także pokrycia kosztów sądowych oraz honorarium adwokata.

13. *Co należy zrobić w przypadku podejrzenia oszustwa związanego z pracowniczymi ubezpieczeniami odszkodowawczymi?*

W przypadku chęci zgłoszenia prawdopodobnej, nieuczciwej sytuacji, należy skontaktować się z jednostką ds. oszustw związanych z pracowniczymi ubezpieczeniami odszkodowawczymi Departamentu ubezpieczeń (DOI.WorkCompFraud@illinois.gov; bezpłatna infolinia – 877/923-8648).

Każdy, kto celowo składa fałszywe zgłoszenie o oszustwie podlega karze za wykroczenie klasy A (maksymalnie 12 miesięcy więzienia, 2 500 USD grzywny).

CZEŚĆ 2: Zgłaszanie obrażenia lub narażenia na działanie

1. *Kogo pracownik powinien powiadomić w przypadku odniesienia obrażenia w pracy?*

Pracownik powinien powiadomić pracodawcę w przypadku odniesienia obrażenia w pracy.

2. *Czy istnieją jakieś szczególne wymagania dotyczące powiadomienia pracodawcy o wypadku?*

Ustawa zakłada, że powiadomienie o wypadku powinno obejmować przybliżoną datę oraz miejsce wypadku, jeśli są znane. Powiadomienie może być złożone ustnie lub w formie pisemnej.

3. *Jakie są ramy czasowe dotyczące powiadamiania pracodawcy o wypadku w miejscu pracy?*

Pracownik musi powiadomić pracodawcę tak szybko, jak to możliwe, jednak nie później niż 45 dni po wypadku. Wszelkie opóźnienia w powiadomieniu pracodawcy mogą opóźnić wypłatę zasiłków.

W przypadku wypadków będących skutkiem narażenia na promieniowanie radiologiczne pracownik musi powiadomić pracodawcę 90 dni po tym, jak uzyska wiedzę lub podejrzewa, że otrzymał nadmierną dawkę promieniowania.

W przypadku chorób zawodowych pracownik musi powiadomić pracodawcę tak szybko, jak to możliwe po uzyskaniu wiedzy na temat stanu zdrowia.

4. *Co powinien zrobić pracodawca po otrzymaniu powiadomienia o wypadku?*

Pracodawca powinien niezwłocznie podjąć następujące kroki:

- a) zapewnić wszystkie niezbędne środki pierwszej pomocy oraz usługi medyczne;
- b) powiadomić ubezpieczyciela lub administratora pracowniczych ubezpieczeń odszkodowawczych, nawet jeśli pracodawca kwestionuje roszczenie pracownika;
- c) jeśli pracownik nie może pracować przez więcej niż trzy dni z powodu obrażenia, pracodawca musi wykonać jedną z następujących czynności:
 - (i) rozpocząć wypłatę TTD; lub
 - (ii) przekazać pracownikowi pisemne wyjaśnienie o wymaganych przez pracodawcę informacjach przed rozpoczęciem wypłaty zasiłku; lub
 - (iii) przekazać pracownikowi pisemne wyjaśnienie dotyczące powodu odmowy wypłaty zasiłku.

5. *Jaką dokumentację dotyczącą obrażeń w miejscu pracy musi przechowywać pracodawca?*

Pracodawca musi przechowywać dokładną dokumentację dotyczącą śmierci, obrażeń lub chorób w miejscu pracy. Nie obejmuje ona mniejszych obrażeń wymagających wyłącznie pierwszej pomocy i niepociągających za sobą dalszego leczenia medycznego, utraty przytomności, ograniczeń pracy lub ruchu lub przeniesienia na inne stanowisko.

6. *Czy pracodawcy są zobowiązani do składania zgłoszeń przed Komisją?*

Tak. Pracodawcy są zobowiązani do zgłaszania wypadku Komisji na formularzu „Pierwsze zgłoszenie pracodawcy o obrażeniu” (Employer’s First Report of Injury) znanego jako formularz 45. Formularz 45 jest dostępny na stronie internetowej Komisji <http://www.iwcc.il.gov/forms.htm>.

Pisemne zgłoszenia dotyczące związanych z pracą zgonów muszą być przedłożone przed Komisją w ciągu dwóch dni roboczych.

Pisemne zgłoszenia dotyczące związanych z pracą obrażeń lub chorób skutkujących nieobecnością w pracy większą niż trzy dni robocze muszą zostać przedłożone w ciągu jednego miesiąca. Pracodawcy nie są zobowiązani do wysyłania formularza 45 w przypadku obrażeń, które nie skutkują nieobecnością w pracy krótszą niż trzy dni.

7. *W jaki sposób pracodawcy składają zgłoszenia dotyczące wypadków?*

Zgłoszenia dotyczące wypadków powinny być wysyłane drogą elektroniczną. W celu uzyskania informacji na temat sposobu złożenia zgłoszeń o wypadku drogą elektroniczną należy odwiedzić stronę internetową Komisji – <http://www.iwcc.il.gov/forms.htm>.

8. Czy pracodawcy są zobowiązani do zamieszczania powiadomień w miejscu pracy?

Tak. Pracodawcy są zobowiązani do zamieszczania powiadomienia opracowanego przez Komisję w odpowiednim miejscu w miejscu zatrudnienia. Komisja przechowuje kopię tego powiadomienia na stronie internetowej <http://www.iwcc.il.gov/forms.htm>.

9. Jakie opcje ma pracownik, jeśli pracodawca odmawia wypłaty zasiłku z tytułu pracowniczego ubezpieczenia odszkodowawczego?

Pracownik lub adwokat pracownika powinien skontaktować się bezpośrednio z pracodawcą w celu ustalenia przyczyny niewypłacania zasiłków. Słaba komunikacja często powoduje opóźnienia i nieporozumienia.

Jeśli pracodawca nadal nie wypłaca zasiłków, pracownik posiada możliwość zgłoszenia roszczenia przed Komisją. Należy pamiętać, że zgłoszenie wypadku nie pociąga za sobą żadnych działań ze strony Komisji.

Komisja angażuje się wyłącznie, jeśli pracownik przedstawi roszczenie i przestrzega procedury w celu doprowadzenia do rozprawy sądowej. W celu uzyskania dodatkowych informacji na temat przetwarzania roszczeń przed Komisją należy odnieść się do kolejnej części tego podręcznika.

10. Czy pracownik może zostać zwolniony za zgłoszenie wypadku lub roszczenia?

Sprzeczne z prawem jest nękanie, zwolnienie, odmowa ponownego zatrudnienia lub dyskryminowanie w inny sposób przez pracodawcę za dochodzenie przez pracownika swoich praw w ramach prawa. Takie zachowanie ze strony pracodawcy może stanowić podstawę do złożenia oddzielnego pozwu za szkody w sądzie okręgowym.

Pracownik, którego roszczenie z tytułu pracowniczego ubezpieczenia odszkodowawczego jest w toku może zostać nadal poddany karze dyscyplinarnej lub zwolniony z innych ważnych przyczyn.

CZĘŚĆ 3: Zgłaszanie roszczenia przed Komisją

1. W jaki sposób roszczenie jest zgłaszane przed Komisją?

W celu rozpoczęcia procedury zgłoszenia roszczenia przed Komisją należy złożyć trzy kopie *Wniosku o rozstrzygnięcie roszczenia*, wraz z *aktem doręczenia sądowego* stwierdzającego, że kopia wniosku została dostarczona pracodawcy. Roszczenia można zgłaszać za pośrednictwem poczty lub osobiście w biurze Komisji. Formularze można znaleźć na stronie internetowej Komisji pod adresem <http://www.iwcc.il.gov/forms.htm>.

2. Czy istnieje opłata za składanie dokumentów przed Komisją?

Nie. Za formularze ani za zgłoszenie roszczenia nie jest pobierana opłata.

3. Gdzie są zamieszczone wymagane formularze dot. roszczenia przed Komisją?

Wszystkie formularze są zamieszczone na stronie internetowej Komisji pod adresem <http://www.iwcc.il.gov/forms.htm>. Formularze te dostępne są w formacie Microsoft Word i Adobe Acrobat i można je wypełnić na komputerze osobistym.

4. Co dzieje się po zgłoszeniu roszczenia?

Komisja przydziela numer sprawy oraz sędziego polubownego. W przypadku spraw rozpatrywanych w Hrabstwie Cook sprawy są losowo przydzielane sędziom polubownym z Chicago. W przypadku spraw spoza Hrabstwa Cook, sprawy są przydzielane do rozpatrzenia w salach rozpraw sądowych najbliższych miejsca wypadku.

Co trzy miesiące sprawa będzie automatycznie przechodzić w tzw. status call, czyli wezwanie o podanie aktualnego stanu sprawy. Podczas wezwania strony mogą żądać rozprawy sądowej. Jeśli

żadna strona nie będzie żądać rozprawy sądowej, sprawa jest kontynuowana przez kolejne trzy miesiące.

Rotacja ta trwa przez trzy lata. Przez pierwsze trzy lata po zgłoszeniu sprawy, obowiązkiem stron jest posunięcie sprawy naprzód. Po trzech latach sędzia polubowny może zamknąć sprawę podczas wezwania o podanie aktualnego stanu sprawy, chyba że strony uzasadnią, że istnieje powód, aby ją kontynuować.

Ważne jest uświadomienie sobie, że każdy sędzia polubowny jest odpowiedzialny za setki spraw, nie może monitorować każdej pojedynczej sprawy i nie ma informacji na temat tego, czy zasiłek został, czy nie został wypłacony. To obowiązkiem stron jest śledzenie sprawy i podjęcie działań, jeśli to konieczne.

5. *W jaki sposób można określić stan sprawy przed Komisją?*

Komisja prowadzi bazę danych spraw na swojej stronie internetowej. Bazę danych można przeszukiwać wg nazwiska lub numeru sprawy pod adresem <http://www.iwcc.il.gov/caseinfo.htm>.

6. *Czy pracownik jest zobowiązany do zgłoszenia roszczenia przed Komisją w celu otrzymania zasiłku?*

Nie. Jednakże wielu pracowników decyduje się na zgłoszenie roszczenia. Jeśli pracownik chce, aby Komisja nakazała wypłacenie zasiłku, musi zgłosić roszczenie. Pracownik, który otrzymuje zasiłki, jednak martwi się o zabezpieczenie prawa do otrzymania przyszłych zasiłków, również może zgłosić roszczenie.

7. *Jakie są ograniczenia czasowe dot. zgłaszania roszczenia przed Komisją?*

W ujęciu ogólnym – pracownik, który nie zgłosi roszczenia w określonym czasie traci swoje prawo do roszczeń o przyszłe zasiłki.

W większości przypadków pracownik musi złożyć roszczenie w ciągu trzech lat od obrażenia, śmierci lub niepełnosprawności w wyniku choroby zawodowej lub w ciągu dwóch lat od ostatniej wypłaty TTD lub rachunku za usługi medyczne, w zależności od tego, co nastąpi później.

Niektóre przypadki obejmujące określone choroby lub śmierć pracownika mają inne ograniczenia czasowe. W takich przypadkach można skonsultować się z adwokatem.

8. *Czy dobrowolna wypłata zasiłku wpływa na roszczenie?*

Jeśli pracownik przyjmie zasiłek od pracodawcy, nie rezygnuje z żadnych praw w świetle przepisów. Podobnie, jeśli pracodawca wypłaci zasiłek, nie wyklucza to prawa do zakwestionowania roszczenia. Jeśli roszczenie zostanie zgłoszone przed Komisją po wypłacie zasiłków, pracodawca nadal ma prawo do zakwestionowania odpowiedzialności do wypłaty odszkodowania.

9. *Czy pracownik musi zatrudnić adwokata w celu zgłoszenia roszczenia?*

Nie, jednak w przypadkach spornych większość pracowników i pracodawców zatrudnia adwokata.

Jeśli pracownik nie zatrudni adwokata, jego odpowiedzialnością jest śledzenie roszczenia, pojawianie się na rozprawach, jeśli to konieczne i przedstawianie dowodów podczas przesłuchania, które dowodzą uprawnienia w świetle prawa.

Sędziowie polubowni oraz członkowie komisji muszą być neutralni i podlegają Kodeksowi postępowania sądowego. Nie mogą pełnić roli adwokata pracownika ani pracodawcy.

Komisja nie może polecać adwokatów. Pracownicy poszukujący adwokata mogą zapytać o polecenie znajomych lub zadzwonić do placówki świadczącej usługi pomocy wyboru reprezentacji prawnej. Komisja posiada [listę adwokatur, które świadczą takie usługi](#).

10. Jaką opłatę może pobrać adwokat za usługi dot. spraw z tytułu pracowniczych ubezpieczeń odszkodowawczych?

Prawo określa limity opłat adwokatów wnioskodawcy:

- a) Adwokat nie pobiera żadnych opłat za płatności, które pracodawca dokona dobrowolnie w odpowiednim czasie i w odpowiedni sposób za opiekę medyczną, TTD oraz wszelkie inne odszkodowania.
- b) Wynagrodzenie adwokata jest ograniczone do 20% otrzymanego odszkodowania, do maksymalnie 20% z 364 tygodni wypłacania maksymalnego zasiłku z tytułu TTD, chyba, że ma miejsce rozprawa sądowa i Komisja zatwierdzi dodatkowe opłaty.
- c) Jeśli pracodawca złoży pisemną ofertę pracownikowi, adwokat może naliczyć opłatę wyłącznie za kwotę odzyskaną, przekraczającą tę ofertę. W takim przypadku opłata adwokata może przekraczać 20% dodatkowej odzyskanej kwoty, jednak w żadnym przypadku nie może przekraczać 20% całego odszkodowania.
- d) Opłata adwokata musi być wyrażona w formie *Umowy o przedstawicielstwie adwokata*, podpisanej przez pracownika (w przypadku śmierci przez spadkobierców) oraz zatwierdzonej przez Komisję.

11. Co, jeśli pracownik jest niezadowolony ze swojego adwokata?

Komisja nie może rozwiązywać problemów pomiędzy poszkodowanym pracownikiem, a jego adwokatem.

CZĘŚĆ 4: Rozwiązywanie sporu przed Komisją

1. Co musi wykazać pracownik w celu uzyskania nakazu Komisji przyznającego zasiłki?

W przypadkach rozpatrywanych przed Komisją obowiązkiem pracownika jest udowodnienie, że jest upoważniony do zasiłków. Pracodawca nie musi obalać zarzutów w ramach roszczenia pracownika. Zgodnie z prawem obciążenie przedstawieniem dowodów spoczywa na pracowniku.

2. Jakie są najczęściej omawiane kwestie w przypadku spraw składanych przed Komisją?

Niektóre z głównych kwestii dotyczące spraw w ramach pracowniczego ubezpieczenia odszkodowawczego są wymienione poniżej. Pracownik musi dowieść wszystkich z nich w celu kwalifikowania się do otrzymania zasiłków.

- a) Jurysdykcja: w dniu wypadku pracodawca podlegał pod ustawę o pracowniczych ubezpieczeniach odszkodowawczych oraz chorobach zawodowych stanu Illinois (Workers' Compensation Act oraz Occupational Diseases Act).
- b) Zatrudnienie: w dniu wypadku istnienia pomiędzy stronami relacji pracownik-pracodawca.
- c) Wypadek lub narażenie: pracownik doznał przypadkowego obrażenia lub był narażony na chorobę zawodową, która powstała w wyniku zatrudnienia.
- d) Związek przyczynowy: stan medyczny został spowodowany lub pogorszony poprzez rzekomy wypadek lub narażenie.
- e) Powiadomienie: pracodawca otrzymał powiadomienie o wypadku lub narażeniu w ramach ograniczenia czasowego ustanowionego prawnie.

Jeśli racja pracownika przeważa w tych kwestiach, będzie on się ogólnie kwalifikować do zasiłku, jednak mogą istnieć inne kwestie sporne. Na przykład strony mogą się nie zgadzać co do zakresu niepełnosprawności pracownika lub wysokości średniej tygodniowej pensji pracownika, do tego, czy leczenie medyczne i/lub rachunki były uzasadnione i konieczne lub czy pracownik jest upoważniony do kary.

3. *W jaki sposób są rozwiązywane roszczenia przed komisją?*

Sędzia polubowny ze strony Komisji poprowadzi proces w oparciu o prawo stanu Illinois, zasady postępowania dowodowego, precedensy stworzone przez poprzednie sprawy dot. pracowniczego ubezpieczenia odszkodowawczego, a także *Zasady stanowiące praktykę ustalone przez Komisję (Rules Governing Practice Before the Commission)*. Protokolant sporządzi protokół z rozprawy.

Poza rozprawami w trybie nagłym sędzia polubowny nie może rozwiązać sprawy do czasu aż pracownik nie osiągnie maksymalnej poprawy stanu zdrowia. Po tym jak pracownik wyzdrowieje w maksymalnym możliwym zakresie strony muszą przygotować się do procesu, gromadząc akta medyczne, zeznania lekarzy oraz inną dokumentację. Do czasu aż wszystko będzie gotowe do procesu upłyną często rok lub dwa lata od czasu zgłoszenia roszczenia przed Komisją.

W celu przystąpienia do procesu należy wystąpić z wnioskiem o ustalenie daty procesu podczas wezwania do podania stanu sprawy sędziego polubownego. Harmonogram wezwań do podania stanu sprawy sędziego polubownego zamieszczony jest na stronie internetowej Komisji pod adresem <http://www.iwcc.il.gov/forms.htm>. Po zakończeniu procesu sędzia polubowny wyda decyzję w ciągu 60 dni, określającą wysokość zasiłku, jeśli zostanie przyznany, do którego upoważniony jest pracownik.

4. *Czy istnieje sposób na uzyskanie szybszej decyzji, w sytuacji nagłej?*

Tak. Istnieją dwie metody uzyskania decyzji w trybie nagłym. Zwykle odnoszą się one do rozpraw z paragrafu 19(b) i 19(b-1). W przypadku rozpraw z paragrafu 19(b) i 19 (b-1) po wydaniu decyzji dotyczących kwestii objętych procesem w trybie nagłym, sprawa wraca do postępowania rozjemczego w celu rozwiązania innych kwestii spornych, takich jak stopień stałej niezdolności do pracy.

Paragraf 19(b)

Wg paragrafu 19(b) ustawy o pracowniczych ubezpieczeniach odszkodowawczych, Komisja jest zobowiązana do wydania decyzji w ciągu 180 dni od daty złożenia Wniosku o rewizję.

Pracownik ubiegający się o przyznanie zasiłku z tytułu leczenia lub odszkodowania może złożyć petycję 19(b), bez względu na to, czy pracownik pracuje.

Pracodawca, który wypłaca TTD może również złożyć petycję 19(b), tak długo jak płaci TTD, do czasu aż:

- a) sędzia polubowny rozstrzyga o petycji;
- b) dostawca usług medycznych pracownika zezwoli na jego powrót do normalnej pracy; lub
- c) pracownik rozpocznie pracę dowolnego rodzaju.

Ani pracownik, ani pracodawca nie jest upoważniony do rozprawy z paragrafu 19(b), jeśli pracownik wrócił do pracy i kwestią sporną jest wyłącznie wysokość zasiłku za TTD krótszą niż 12 tygodni.

Paragraf 19(b-1)

Wg paragrafu 19(b-1) Komisja jest zobowiązana do wydania decyzji w ciągu 180 dni, jednak istnieje wiele wymagań technicznych odnośnie do tego procesu.

Pracownik, który zgłasza, że jest niezdolny do pracy w wyniku obrażenia oraz nie otrzymuje zasiłku z tytułu leczenia lub TTD może złożyć petycję 19(b-1) w celu uzyskania orzeczenia w sprawie opieki medycznej oraz TTD.

5. *Czy istnieje możliwość odwołania od decyzji sędziego polubownego?*

Tak. Pracownik oraz pracodawca posiadają prawo do odwołania się od decyzji. Panel trzech członków komisji (zazwyczaj zwanych Komisją) zapozna się z decyzją sędziego polubownego, a także z dowodami i protokołem z procesu. Obydwie strony mogą przedstawić pisemne argumenty Komisji.

Komisja przeprowadzi następnie rozprawę (zwaną ustnym przedstawieniem stanowiska), podczas której strony mogą przedstawić krótkie, 5-10 minutowe uzasadnienie swojego stanowiska. Komisja jest zobowiązana do wydania decyzji w ciągu 60 dni.

6. *Czy pracodawca musi wypłacać odszkodowanie w trakcie trwania postępowania odwoławczego?*

W trakcie trwania postępowania odwoławczego pracodawca nie musi wypłacać zasiłków przyznanych przez sędziego polubownego. W przypadku ostatecznego rozstrzygnięcia całkowicie na rzecz pracownika, odsetki zostaną dodane do odszkodowania, w oparciu o wysokość obligacji państwowych w czasie wydania decyzji. Naliczana jest również 1% opłata odsetek za miesiąc za rachunki medyczne, płatna dostawcy usług medycznych.

7. *Czy istnieje sposób na odwołanie się od decyzji Komisji?*

Decyzje Komisji są ostateczne w przypadku spraw dotyczących pracowników stanu Illinois. W innych przypadkach oraz sprawach dotyczących pracowników Komisji ds. pracowniczych ubezpieczeń odszkodowawczych każda strona może złożyć odwołanie do sądu okręgowego, a następnie do Sądu Apelacyjnego, a także w niektórych przypadkach do Sądu Najwyższego stanu Illinois. Wykres znajdujący się pod koniec niniejszej części przedstawia ten proces.

8. *Czy istnieje inny sposób na rozwiązanie sporów?*

Jak w przypadku innych systemów sądowniczych, większość spraw zakładanych przed Komisją jest rozwiązywanych w wyniku porozumienia pomiędzy stronami. W przypadkach rozpatrywanych przez Komisję porozumienia te są nazywane „porozumieniami w sprawie odszkodowania”. Porozumienie w sprawie odszkodowania jest umową pomiędzy pracownikiem a pracodawcą w celu rozwiązania roszczenia w zamian za uzgodnioną wcześniej kwotę pieniędzy.

9. *Dlaczego pracodawcy i pracownicy zawierają porozumienia w sprawie odszkodowania?*

Rozstrzygając sprawę, pracownik unika ryzyka nieotrzymania odszkodowania lub przyznania go w kwocie niższej niż ta ustalona w porozumieniu, a pracodawca unika ryzyka zapłacenia większej kwoty. Zazwyczaj sprawy są rozwiązywane szybciej w wyniku porozumienia, niż w trakcie procesu. Średnio porozumienie jest zatwierdzane w ciągu około dwóch lat po zgłoszeniu roszczenia.

10. *W jaki sposób pracodawcy i pracownicy zawierają porozumienia w sprawie odszkodowania?*

Jeśli pracodawca i pracownik osiągną porozumienie, powinni spisać warunki tego porozumienia na formularzu porozumienia w sprawie odszkodowania Komisji i przedstawić je do zatwierdzenia przez sędziego polubownego przydzielonego do sprawy. Porozumienie nie jest prawnie wiążące aż do czasu zatwierdzenia przez Komisję.

Pracownik, który nie posiada adwokata (nazywany wnioskodawcą „pro se”) musi stawić się osobiście przed sędzią polubownym, który, przed zatwierdzeniem, zapozna się z porozumieniem, upewni się, że jest ono uczciwe oraz czy pracownik rozumie jego skutki. Należy zwrócić uwagę, że sędzia polubowny będzie pełnić rolę sędziego bezstronnego, a nie adwokata pracownika.

11. *Czy są jakieś konsekwencje porozumienia w sprawie odszkodowania?*

Ważne jest, aby wszystkie strony dokładnie zapoznały się z porozumieniem w sprawie odszkodowania. Zatwierdzone porozumienie w sprawie odszkodowania stanowi zakończenie praw pracownika do przyszłych zasiłków w postaci gotówki lub z tytułu leczenia, nawet jeśli jego stan się pogorszy. Jeśli strony chcą pozostawić kwestię zasiłku otwartą, powinno być to wyraźnie stwierdzone w porozumieniu w sprawie odszkodowania.

12. *Czy porozumienie może zostać zawarte bez zatwierdzenia Komisji?*

Porozumienie zawarte bez zatwierdzenia Komisji nie zamyka praw pracownika, a czas, w trakcie którego pracownik może zgłosić roszczenie przed Komisją zostaje wydłużony w nieskończoność.

Wszelkie porozumienia w sprawie odszkodowania zawarte w ciągu siedmiu dni od obrażenia są uznawane za próbę oszustwa.

13. Co to umowa dot. rozliczenia ryczałtowego?

Ustawa o pracowniczych ubezpieczeniach odszkodowawczych zezwala również na porozumienia, które wypłacają odszkodowania pracownikowi w postaci jednorazowej wypłaty. Umowa dot. rozliczenia ryczałtowego może zakończyć inne prawa. Ważne jest uważne przeczytanie wszelkich porozumień i skonsultowanie się z adwokatem w celu uzyskania porady prawnej.

14. Czy decyzja lub porozumienie zamyka sprawę na zawsze?

Porozumienie w sprawie odszkodowania zazwyczaj zamyka sprawę na zawsze, chyba że strony postanowią inaczej w warunkach porozumienia w sprawie odszkodowania. Mogą zajść następujące zmiany po zatwierdzeniu decyzji lub porozumienia:

- a) W dowolnym momencie po podjęciu decyzji pracownik może poprosić o dodatkowe usługi medyczne, które są uzasadnione w celu wyleczenia lub złagodzenia skutków obrażenia lub choroby. Jeśli pracodawca nie wyraża zgody, pracownik może złożyć wniosek z prośbą o rozwiązanie sporu przez Komisję.
- b) W ciągu 30 miesięcy po wydaniu decyzji przez Komisję lub zatwierdzeniu porozumienia w sprawie odszkodowania wypłaconego w ratach, jeśli pracodawca może wykazać, że stopień niepełnosprawności zmalał, może złożyć wniosek o zmniejszenie zasiłku. Odwrotnie, jeśli pracownik może wykazać, że stopień niepełnosprawności wzrósł, może złożyć wniosek o dodatkowe zasiłki.
- c) W ciągu 30-60 miesięcy po wydaniu decyzji przez Komisję lub zatwierdzeniu porozumienia w sprawie odszkodowania wypłaconego w ratach na zasiłek z tytułu różnicy w płacy, jeśli pracodawca może wykazać, że stopień niepełnosprawności zmalał, może złożyć wniosek o zmniejszenie zasiłku. Odwrotnie, jeśli pracownik może wykazać, że stopień niepełnosprawności wzrósł, może złożyć wniosek o zwiększenie zasiłków.
- d) W dowolnym momencie po wydaniu decyzji przez Komisję dot. stałej, całkowitej niezdolności do pracy, jeśli pracodawca może udowodnić, że pracownik nie jest już dłużej całkowicie niezdolny do pracy, pracodawca może złożyć wniosek do Komisji o nakaz zaprzestania wypłacania płatności z tytułu PTD.

15. Co jeśli Komisja przyzna zasiłki, jednak pracodawca nie płaci?

Pracownik może podjąć jedno lub więcej z poniższych działań:

- a) złożyć wniosek do sądu okręgowego z prośbą o nakaz płatności wg paragrafu 19(g) ustawy;
- b) złożyć wniosek przed Komisją o kary i/lub honorarium adwokata za opóźnienie w płatności, odpowiednio, w ramach paragrafu 16, 19(k) i/lub 19(l) ustawy;
- c) złożyć wniosek przed Komisją, zakładając politykę opóźnień lub niesprawiedliwości ze strony ubezpieczyciela lub samoubezpieczyciela w ramach paragrafu 4(c) ustawy; lub
- d) skontaktować się z działem obsługi klienta Departamentu ubezpieczeń stanu Illinois (bezpłatna infolinia 866/445-5364 lub 217/782-4515).

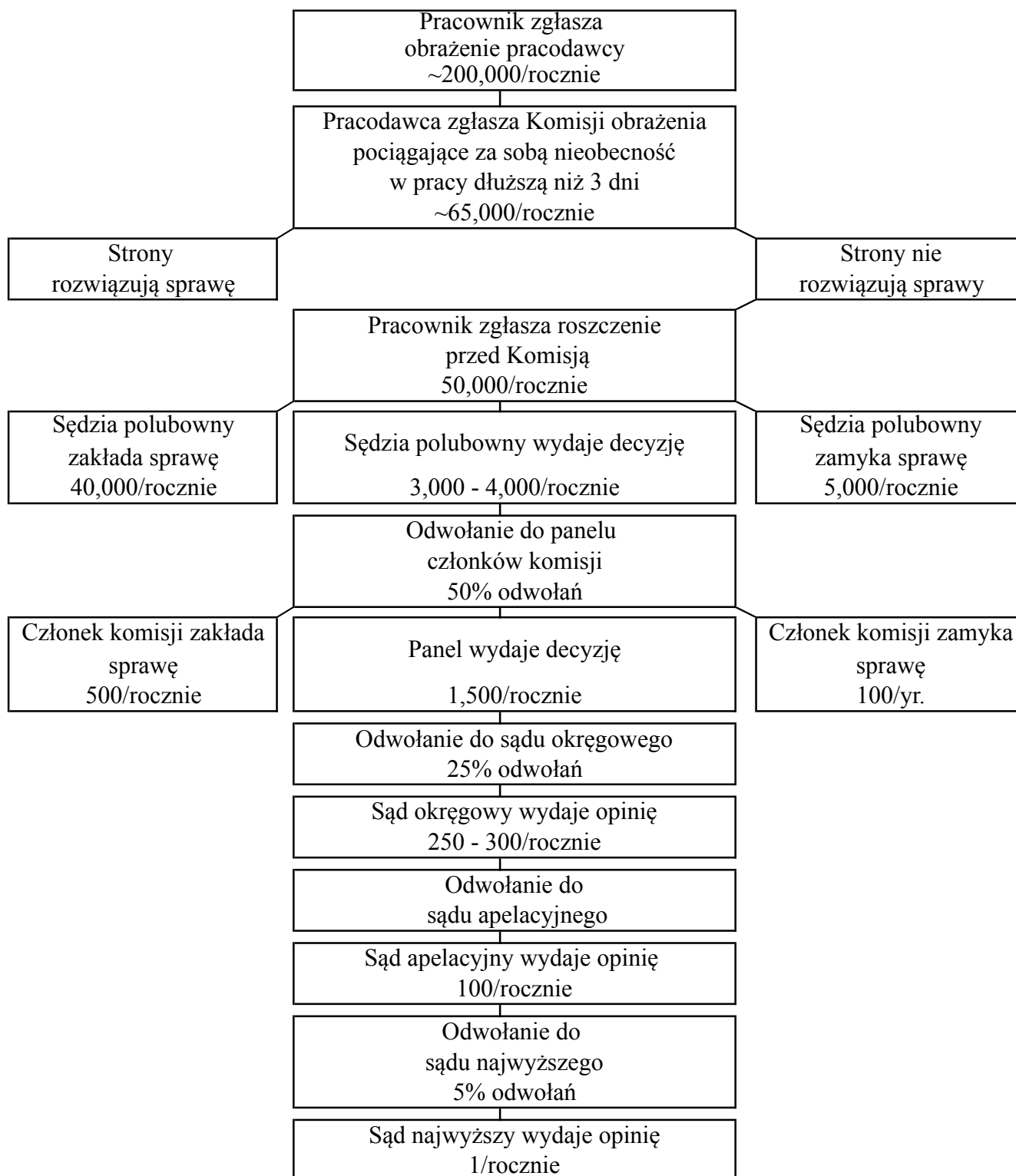
16. Gdzie są przeprowadzane rozprawy?

Sędziowie polubowni przeprowadzają rozprawy w licznych placówkach na terenie stanu Illinois. Pracownik oraz wymieniony w roszczeniu pracodawca otrzymają powiadomienie od Komisji wskazujące miejsce rozprawy, w którym zostaną przeprowadzone przesłuchania.

W przypadku spraw, w stosunku do których złożono odwołanie do Komisji po podjęciu decyzji przez sędziego polubownego, członkowie komisji zwołują spotkanie w sprawie ustnego przedstawienia stanowiska w Springfield i Chicago.

W celu uzyskania informacji na temat pełnego harmonogramu oraz listy miejsc rozpraw należy odwiedzić stronę internetową Komisji-<http://www.iwcc.il.gov/calendars.htm>

WYKRES PROCESU ROZWIĄZYWANIA SPORÓW



Uwaga! Sprawy mogą przesuwać się w przód i wstecz. Istnieje wiele innych procesów w celu rozpatrzenia różnych wniosków, przypadków zgodności z przepisami dot. zgodności ubezpieczenia, itd.

1. *Jakie zasilki z tytułu leczenia są objęte w ramach ustawy za obrażenia związane z pracą?*

Pracodawca jest zobowiązany do opłacenia całej opieki medycznej, która jest wymagana w celu wyleczenia lub złagodzenia skutków obrażenia poniesionego przez pracownika. Obejmuje to między innymi pierwszą pomoc, opiekę w sytuacjach nagłych, wizyty lekarza, opiekę szpitalną, terapię fizyczną, leczenie chiropraktyczne, środki farmaceutyczne, urządzenia protetyczne oraz przepisane przez lekarza urządzenia medyczne.

Koszt urządzeń, takich jak obuwie ortopedyczne lub wózek inwalidzki, mogą zostać objęte zakresem. Jeśli obrażenie związane z pracą skutkuje niepełnosprawnością, która wymaga modyfikacji fizycznych w domu pracownika, takich jak podjazd dla wózka inwalidzkiego, pracodawca również będzie musiał pokryć te koszty.

2. *Kto pokrywa koszty opieki medycznej?*

Jeśli pracodawca nie zakwestionuje rachunku za usługi medyczne, zapłaci go bezpośrednio dostawcy usług medycznych. Pracownik nie jest zobowiązany do pokrycia współodpłatności lub udziału własnego, chyba że usługa jest objęta grupowym planem zdrowotnym.

3. *Czy lekarz może wysłać pracownikowi rachunek za opiekę zdrowotną w przypadku obrażenia związanego z pracą, jeśli przed Komisją toczy się sprawa?*

Jeśli przed Komisją toczy się sprawa, dostawca usług medycznych nie może usiłować pobrać płatności od pracownika, pod warunkiem, że pracownik powiadomi dostawcę, że zgłosił roszczenie przed Komisją w celu rozwiązania sporu. Praktyka ta jest znana jako „wystawianie rachunków za saldo”.

Dostawca może wysłać pracownikowi przypomnienie o zaległych rachunkach i prosić o informację dotyczącą sprawy, taką jak numer sprawy oraz status sprawy. Jeśli pracownik nie dostarczy tych informacji w ciągu 90 dni od daty przypomnienia, dostawca może wznowić swoje starania w celu pobrania płatności.

4. *Czy pracownik może wybrać lekarza lub szpital, w którym skorzysta z leczenia?*

Ogólnie pracownik może wybrać dostawcę, z którego usług skorzysta w celu leczenia. Mogą jednak istnieć ograniczenia zarówno dotyczące liczby dostawców lub konkretnych dostawców, spośród których pracownik może dokonać wyboru. Pracownik musi wybierać ostrożnie, tak aby nie stać się osobiście odpowiedzialnym za uregulowanie rachunku za usługi medyczne.

Wybór dostawcy przez pracownika będzie ograniczony w ramach wybranej sieci dostawców, jeśli pracodawca ustanowił program nazywany Programem preferowanych dostawców lub „PPP”. Jeśli istnieje PPP, pracownik ma prawo wyboru dwóch lekarzy z sieci w ramach PPP.

Jeśli pracodawca nie posiada PPP, pracownik może wybrać spośród dowolnych dwóch dostawców. Nie obejmuje to skierowania od tych dwóch dostawców. Pierwsza pomoc oraz opieka w nagłych przypadkach nie są uznawane za jeden z dwóch wyborów pracownika. Opieka w zwykłych przypadkach uzyskana przez pracownika przed zgłoszeniem obrażenia do pracodawcy nie liczy się jako jeden z tych dwóch wyborów.

5. *W jaki sposób pracownik może się dowiedzieć, czy pracodawca posiada PPP?*

Jeśli pracodawca posiada PPP, musi poinformować pracownika o PPP pisemnie lub w formie, która jest ogłoszona publicznie przez Komisję.

6. *Czy pracownik jest upoważniony do wyboru dostawców tylko z sieci PPP?*

Pracownik może odmówić uczestnictwa w PPP w dowolnym momencie, wysyłając pracodawcy pisemne oświadczenie. Jeśli pracownik odmawia uczestnictwa, liczy się to jako jeden z dwóch wyborów dostawców usług medycznych.

Jeśli pracownik odmawia uczestnictwa w PPP, pracownik może wybrać dowolnego lekarza lub szpital i udać się do dowolnego lekarza, do którego zostanie skierowany przez tego dostawcę. Jeśli pracownik życzy sobie zobaczyć inną sieć dostawców, pracodawca musi wyrazić na to zgodę.

7. Co, jeśli pracownik jest przekonany, że PPP lub dostawca drugiego wyboru świadczy niewłaściwą lub nieodpowiednią opiekę medyczną?

W takiej sytuacji pracownik może złożyć wniosek do Komisji. Jeśli Komisja uzna opiekę świadczoną przez dostawcę za niewłaściwą lub nieodpowiednią, pracownik może wybrać dostawcę na koszt pracodawcy.

8. Gdzie pracodawcy mogą uzyskać formularze informujące pracowników o ich PPP?

Formularz ten jest dostępny na stronie internetowej Komisji pod adresem <http://www.iwcc.il.gov/forms.htm>.

9. Tak długo jak pracownik pozostaje w limicie wyboru liczby dostawców, czy pracodawca będzie obciążony za całą opiekę medyczną?

Pracodawcy mogą zastosować inne metody w ramach ustawy o pracowniczych ubezpieczeniach odszkodowawczych w celu oceny lub zakwestionowania konieczności opieki medycznej poszukiwanej przez pracownika, który poniósł obrażenie.

Pracodawca może przeprowadzić „przeгляд wykorzystania” będący przeglądem przeszłego, obecnego i przyszłego leczenia medycznego pracownika w odniesieniu do obrażenia w trakcie pracy, oraz przeprowadzić analizę konieczności tego leczenia. Komisja rozważy ustalenia przeglądu wykorzystania wraz z wszystkimi innymi dowodami, podczas określania, czy leczenie było faktycznie konieczne.

Jeśli Komisja ustali, że leczenie medyczne nie było konieczne, pracodawca nie będzie odpowiedzialny za poniesienie kosztów rachunku. Pracownik nie jest odpowiedzialny za żadne leczenie, które wg uznania Komisji jest nadmierne lub niepotrzebne. Pracownik może zostać pociągnięty do odpowiedzialności za leczenie, które zostanie uznane za nieobjęte ustawą.

10. Jakie są obowiązki pracownika dotyczące opieki medycznej?

Pracownik powinien podjąć następujące kroki w odniesieniu do opieki medycznej:

- a) Poszukiwać pierwszej pomocy lub opieki lekarskiej niezwłocznie po obrażeniu lub w momencie gdy stopniowe objawy zaczną najpierw wpływać na czynności fizyczne w pracy lub w domu.
- b) Współpracować z lekarzami i podjąć wysiłki w celu osiągnięcia całkowitego wyzdrowienia oraz pełnego powrotu do pracy, jeśli to możliwe. Pracownik może utracić prawo do zasiłku za czynności powodujące obrażenia lub niezdrowie.
- c) Powiadomić dostawcę usług medycznych, że leczenie jest prowadzone na warunkach związanych z obrażeniem podczas pracy. W ten sposób dostawca wie, że pracodawca jest odpowiedzialny za uregulowanie rachunku za opiekę medyczną.
- d) Podać pracodawcy nazwisko oraz adres lekarza lub wybranego szpitala. Jeśli pracownik zmieni dostawcę, powinien niezwłocznie powiadomić pracodawcę.

Pracownik musi również przekazać pracodawcy wystarczającą ilość informacji medycznych w celu określenia przez pracodawcę, czy zaakceptować, czy odrzucić roszczenie. Obejmuje to całą dokumentację medyczną odnoszącą się do warunków, na których poszukiwane są zasiłki. Pracownik nie jest zobowiązany do udzielania swobodnego dostępu do lekarza lub dokumentacji medycznej.

Pracodawca nie jest zobowiązany do zapewnienia zasiłków, jeśli nie otrzyma informacji medycznych niezbędnych w celu określenia stanu medycznego pracownika oraz zdolności do pracy.

11. Co, jeśli pracownik wyznaje przekonania religijne, które zabraniają mu poszukiwać leczenia medycznego?

Jeśli pracownik i pracodawca uzgodnią na piśmie, oraz jeśli pracownik przedłoży wszystkie badania medyczne wymagane przez ustawę, pracownik może w dobrej wierze polegać na leczeniu oferowanym przez modlitwę lub środki duchowe zgodnie z doktryną oraz praktyką uznawanego kościoła lub wyznania religijnego. Pracownik, który odniósł obrażenia i odmawia leczenia zgodnie z tym postanowieniem, nie odniesie straty lub ograniczenia zasiłku w ramach pracowniczego ubezpieczenia odszkodowawczego.

12. Czy pracownik musi zezwolić wynajętemu przez pracodawcę lekarzowi prowadzącemu na zarządzanie jego opieką?

Nie. Pracownik może, bez kary, odmówić lub ograniczyć zaangażowanie pielęgniarek lub lekarzy prowadzących, zatrudnionych przez pracodawcę. Pracownik jest zobowiązany do zapewnienia dokumentacji medycznej, która odnosi się do przypadku, jednak poza tym opieka medyczna pracownika jest poufna.

Podczas gdy zarządzanie przypadkiem nie jest obowiązkowe, pracownik może uznać je za pomocne.

13. Czy pracodawca może żądać oceny stanu pracownika przez własnego lekarza?

Tak. Pracodawca może domagać się pełnego badania medycznego przez wybranego przez siebie lekarza. Pracodawca musi przedstawić powiadomienie o badaniu pracownikowi, a badanie musi odbyć się w czasie i miejscu dogodnym dla pracownika. Jeśli skierowanie na badanie spowoduje obniżenie pensji pracownika, pracodawca musi zapewnić zwrot pensji, a także wydatków na podróż i posiłki.

14. Czy pracownik może zapoznać się z raportem lekarza przeprowadzającego badanie?

Lekarz pracodawcy musi przedstawić obydwu stronom raport z badania tak szybko, jak to możliwe, jednak nie później niż na 48 godzin przed rozprawą rozjemczą.

15. W jaki sposób są określane ceny za opiekę medyczną?

Większość usług medycznych, świadczonych w ramach ustawy oraz po 1 lutego 2006 roku podlega pod wykaz stawek medycznych. Pracodawca powinien uiścić mniejszą z opłat – faktyczną opłatę dostawcy usług medycznych lub kwotę ustaloną przez wykaz stawek.

Jeśli jednak pracodawca lub ubezpieczyciel podpisze umowę z dostawcą usług dotyczącą świadczenia usług w ramach ustawy, przewagę mają stawki wynegocjowane w umowie.

Wykaz jest zamieszczony na stronie internetowej Komisji. Należy również odnieść się do praw, przepisów, *Instrukcji i wytycznych* oraz „Często zadawanych pytań: kwestie medyczne” (Medical: Frequently Asked Questions) na stronie internetowej www.iwcc.il.gov/faqmed.htm.

CZĘŚĆ 6: Zasiłki z tytułu tymczasowej całkowitej niezdolności do pracy (TTD)

1. Co to są zasiłki z tytułu tymczasowej całkowitej niezdolności do pracy (TTD)?

TTD to zasiłek, który otrzymuje pracownik, który odniósł obrażenia, w okresie, w którym pracownik jest: a) czasowo niezdolny do powrotu do dowolnej pracy, wg wskazań lekarza lub (b) posiada zezwolenie na lekką pracę, jednak nie zapewnia ona środków do życia pracownikowi.

2. Jak długo pracownik może otrzymywać zasiłki z tytułu TTD?

Pracodawca opłaca zasiłki z tytułu TTD pracownikowi, który odniósł obrażenia, aż pracownik ten wróci do pracy lub uzyska maksymalną poprawę stanu zdrowia lub „MMI”.

3. W jaki sposób jest obliczana kwota zasiłku z tytułu TTD?

Zasiłek z tytułu TTD stanowi dwie trzecie (66 2/3%) średniej tygodniowej pensji pracownika, podlegając limitom maksymalnym i minimalnym. Maksymalne i minimalne kwoty dla TTD są dostępne w biurach Komisji i online na stronie www.iwcc.il.gov/benefits.htm.

4. W jaki sposób jest obliczana średnia tygodniowa pensja (AWW) pracownika?

Obliczenie AWW może być skomplikowane i będzie zależało od faktów dla danego przypadku. Ogólnie AWW opiera się na wypłacie brutto (przed opodatkowaniem) pracownika z 52 tygodni przed datą wypadku lub narażenia. Jednakże obliczenie AWW może podlegać pod wiele różnych czynników, włączając między innymi: to, czy pracownik posiada więcej niż jedną pracę w czasie obrażenia, pracował krócej niż 52 tygodnie lub w trybie zwyczajnym.

5. Czy istnieje okres oczekiwania na zasiłki z tytułu TTD?

TTD nie jest wypłacane za pierwsze trzy dni nieobecności w pracy, chyba że pracownik opuści 14 lub więcej dni kalendarzowych z powodu obrażenia.

6. Kiedy jest wypłacany zasiłek z tytułu TTD?

Pracodawca powinien wykonać pierwszą płatność z tytułu TTD w ciągu 14 dni roboczych po otrzymaniu powiadomienia o obrażeniu. Ze względu na częste opóźnienia w celu ułatwienia wczesnej wypłaty zasiłku, zachęcamy pracownika do przekazania pracodawcy pisemnej prośby o zasiłek z tytułu TTD wraz z informacją od lekarza.

Jeśli pracodawca nie zapłaci niezwłocznie i nie potrafi uzasadnić opóźnienia, pracownik może złożyć wniosek do sędziego polubownego w celu nakazania pracodawcy zapłaty kary i/lub honorarium adwokata na rzecz pracownika.

Pracodawca powinien wypłacać TTD z taką samą częstotliwością, jak wcześniejsze wypłaty pracownika przed obrażeniem (tzn. co tydzień lub co dwa tygodnie).

Jeśli pracodawca zaprzestanie wypłacania TTD przed powrotem pracownika do pracy, musi przekazać pracownikowi pisemne wyjaśnienie, nie później niż dnia wypłaty ostatniego TTD. Jeśli pracodawca nie przedstawi wyjaśnienia, pracownik może złożyć wniosek do sędziego polubownego o przyznanie kary i/lub opłaty honorarium adwokata.

CZĘŚĆ 7: Zasiłki z tytułu tymczasowej częściowej niezdolności do pracy (TPD)

1. Co to są zasiłki z tytułu tymczasowej częściowej niezdolności do pracy (TPD)?

TPD jest zasiłkiem, który może być wypłacany w okresie, gdy pracownik, który odniósł obrażenia nadal się leczy i pracuje na lżejszym stanowisku, w niepełnym wymiarze godzin lub w pełnym wymiarze godzin i zarabia mniej niż zarobiłby w trakcie zatrudnienia przed wypadkiem.

Pracodawca opłaca zasiłki z tytułu TPD pracownikowi, który odniósł obrażenie, aż pracownik ten wróci do pracy lub uzyska maksymalną poprawę stanu zdrowia.

2. W jaki sposób obliczane są zasiłki TPD?

W przypadku obrażeń, które miały miejsce **przed 28 czerwca 2011**, zasiłek z tytułu TPD wynosi dwie trzecie (66 2/3%) różnicy pomiędzy średnią kwotą, którą pracownik byłby w stanie zarobić w pracy przed wypadkiem oraz kwotą netto, którą zarabia na lżejszym stanowisku.

W przypadku obrażeń, które miały miejsce **po 28 czerwca 2011**, zasiłek z tytułu TPD wynosi dwie trzecie (66 2/3%) różnicy pomiędzy średnią kwotą, którą pracownik byłby w stanie zarobić w pracy przed wypadkiem oraz kwotą brutto, którą zarabia na lżejszym stanowisku.

Przykład:

Pracownik zarabiał 900 USD/tygodniowo w czasie odniesienia obrażenia. Podczas gdy pracownik był na zwolnieniu i powracał do zdrowia, wypłata za tę pracę wzrosła do 925 USD/tygodniowo. Pracownik powrócił na lżejsze stanowisko i zarabia 500 USD/tygodniowo.

Średnia tygodniowa pensja przed odniesieniem obrażenia (AWW) =			900 USD
Bieżąca AWW pracy przed odniesieniem obrażenia	=		925 USD
Pensja brutto po odniesieniu obrażenia	=		500 USD
Różnica płac	=	925 USD - 500 USD	= 425 USD
TPD	=	425 USD x 66 2/3%	= 283,33 USD/tygodniowo

Maksymalne i minimalne kwoty dla TPD są dostępne w biurach Komisji i online na stronie www.iwcc.il.gov/benefits.htm.

3. *Kto jest upoważniony do zasiłku z tytułu TPD?*

Osoby, których obrażenie miało miejsce po dniu 1 lutego 2006 są upoważnione do otrzymywania zasiłków z tytułu TPD.

CZĘŚĆ 8: Zasiłki z tytułu zawodowej rehabilitacji / pielęgnacji

1. *Co to jest rehabilitacja zawodowa?*

Rehabilitacja zawodowa obejmuje między innymi konsultacje dot. poszukiwania pracy, nadzorowanie programu poszukiwania pracy oraz ponowne szkolenia zawodowe, włączając edukację w akredytowanej instytucji edukacyjnej.

2. *Kiedy pracownik jest upoważniony do rehabilitacji zawodowej?*

Jeśli pracownik nie może wrócić do pracy wykonywanej przed odniesieniem obrażenia, pracodawca musi zapłacić za leczenie, instrukcje i szkolenia niezbędne w celu zapewnienia rehabilitacji fizycznej, umysłowej i zawodowej pracownika, włączając wszystkie koszty pielęgnacji oraz wydatki uboczne. Pracownik musi współpracować w ramach uzasadnionego programu rehabilitacji.

Pracownik może wybrać dostawcę takich uzasadnionych usług rehabilitacji zawodowej lub może przyjąć usługi świadczone przed dostawcą wybranego przez pracodawcę.

3. *Do jakiego zasiłku jest upoważniony pracownik podczas uczestnictwa w zatwierdzonym programie rehabilitacji zawodowej?*

Pracownik jest upoważniony do zasiłków pielęgnacyjnych plus kosztów i wydatków ubocznych do programu rehabilitacji zawodowej.

4. *W jaki sposób obliczane są zasiłki pielęgnacyjne?*

Zasiłek pielęgnacyjny nie może być mniejszy niż stawka TTD pracownika.

5. *Kto jest upoważniony do zasiłku pielęgnacyjnego?*

Osoby, których obrażenie miało miejsce po dniu 1 lutego 2006 są upoważnione do otrzymywania zasiłków pielęgnacyjnych.

CZĘŚĆ 9: Zasiłki z tytułu stałej częściowej niezdolności do pracy (PPD)

1. *Co to jest stała częściowa niezdolność do pracy (PPD)?*

PPD to:

- całkowita lub częściowa utrata części ciała; lub
- całkowity lub częściowy ubytek sprawności części ciała; lub

c) częściowa utrata ciała jako całości.

„Ubytek sprawności” nie jest szczegółowo zdefiniowany prawnie, jednak ogólnie oznacza, że pracownik nie jest w stanie robić rzeczy, które mógł przed obrażeniem.

Komisja nie może stwierdzić PPD do czasu aż pracownik nie uzyska maksymalnej poprawy stanu zdrowia lub „MMI”. Zasiłek z tytułu PPD jest wypłacany wyłącznie, jeśli obrażenie związane z pracą skutkuje stałym ubytkiem fizycznym.

2. *Jakie rodzaje zasiłków z tytułu PPD są przyznawane przez Komisję?*

Istnieją cztery typy zasiłków z tytułu PPD:

a. **Różnica w płacy (paragraf 8(d)(1))**

Jeśli z powodu obrażenia pracownik otrzyma nową pracę płatną gorzej niż podczas zatrudnienia przed odniesieniem obrażenia, może być uprawniony do otrzymania odszkodowania z tytułu różnicy płac. Odszkodowanie z tytułu różnicy płac wynosi dwie trzecie (66 2/3%) różnicy pomiędzy kwotą, którą pracownik zarabia w nowej pracy oraz kwotą, którą zarabiał w trakcie poprzedniego zatrudnienia. W przypadku obrażeń, które mają miejsce przed 1 września 2011 zasiłki powinny być wypłacane przez całe życie pracownika.

W przypadku obrażeń, które mają miejsce po 1 września 2011, zasiłki powinny być wypłacane przez pięć lat po dacie odszkodowania lub aż do osiągnięcia przez pracownika wieku 67 lat, w zależności co wystąpi później.

Pracownik może otrzymać odszkodowanie albo za utratę pensji lub z tytułu stałej niezdolności do pracy w odniesieniu do tego samego obrażenia, jednak nie jest uprawniony do obydwu.

Przykład:

Pracownik zarabiał 1 000 USD/tygodniowo w czasie odniesienia obrażenia. Podczas gdy pracownik był na zwolnieniu i powracał do zdrowia, wypłata za tą pracę wzrosła do 1 040 USD/tygodniowo. Z powodu obrażenia pracownik mógł znaleźć tylko pracę o pensji 500 USD/tygodniowo.

Średnia tygodniowa pensja przed odniesieniem obrażenia (AWW) =			1 000 USD
Bieżąca AWW pracy przed odniesieniem obrażenia	=		1 040 USD
AWW pracy po odniesieniu obrażenia	=		500 USD
Różnica płac	=	1 040 USD - 500 USD	= 540 USD
Zasiłek z tytułu PPD	=	540 USD x 66 2/3%	= 360 USD/tygodniowo

b. **Wykaz obrażeń (paragraf 8(e))**

Ustawa określa wartość za poszczególne części ciała, wyrażoną w liczbie tygodni odszkodowania za każdą część. (Patrz tabela znajdująca się pod koniec niniejszej części).

Liczba tygodni jest następnie mnożona przez 60% AWW pracownika.

Jeśli część ciała zostanie amputowana lub nie może być w ogóle używana, oznacza to 100% stratę, a pracownik otrzymuje całą liczbę tygodni wymienioną w tabeli. Jeśli pracownik poniesie częściową stratę, zasiłek jest obliczany poprzez pomnożenie procentowej wartości szkody przez podaną liczbę tygodni.

Przykład:

Pracownik zarabiający 500 USD na tydzień doznał obrażenia kciuka, a następnie określono 10% ubytek sprawności kciuka.

Tygodniowa wysokość PPD =	500 USD x 60%	=	300 USD
Liczba tygodni	=	76 tygodni x 10%	= 7,6
Zasiłek z tytułu PPD	=	7,6 tygodni x 300 USD	= 2 280 USD

c. **Obrażenia nieznajdujące się w wykazie (osoba jako całość) (paragraf 8(d)2)**

Jeśli dany przypadek nie jest wymieniony w wykazie obrażeń, jednak pociąga za sobą określone ograniczenia, pracownik może być upoważniony do procentowej wartości 500 tygodni zasiłku, w oparciu o ubytek względem osoby jako całości. Liczba tygodni jest następnie mnożona przez 60% AWW pracownika.

Przykład:

Pracownik zarabiający 500 USD/tygodniowo odniósł obrażenie pleców, które zostało określone jako powodujące 10% ubytku względem osoby jako całości.

Tygodniowa wysokość PPD	=	500 USD x 60%	=	300 USD
Liczba tygodni	=	500 tygodni x 10%	=	50 tygodni
Zasiłek z tytułu PPD	=	50 tygodni x 300 USD	=	15 000 USD

d. **Oszpecenie (paragraf 8(c))**

Pracownik, który odniósł poważne i stałe oszpecenia głowy, twarzy, karku, klatki piersiowej powyżej pach, ramienia, ręki lub nogi poniżej kolana jest upoważniony do maksymalnie 162 tygodni zasiłku po stawce PPD. Liczba tygodni jest następnie mnożona przez 60% AWW pracownika.

Blizna musi goić się przez co najmniej sześć miesięcy przed rozprawą w celu oceny, że doszło do oszpecenia.

Pracownik nie może otrzymać odszkodowania za oszpecenie oraz ubytek sprawności tej samej części ciała. Na przykład, osoba, która przeszła operację kanału nadgarstka i doświadcza ubytku sprawności, może otrzymać zasiłek w oparciu o część ciała lub oszpecenie w wyniku blizn pooperacyjnych, jednak nie obydwu.

3. ***W jaki sposób jest oceniany poziom niepełności?***

W przypadku obrażeń, do których doszło przed 1 września 2011 Komisja ocenia uszkodzenie fizyczne oraz wpływ niezdolności do pracy na życie pracownika, który odniósł obrażenie. Mogą zostać uwzględnione czynniki obejmujące wiek danej osoby, umiejętności, zawód, szkolenie, niezdolność wykonywania czynności danego rodzaju, ból, sztywność lub ograniczenie ruchomości.

W przypadku obrażeń, do których doszło po 1 września 2011, Komisja opiera określenie stopnia niezdolności do pracy na pięciu czynnikach:

- (1) raport o obrażeniu przygotowany przez lekarza przy użyciu najbardziej aktualnej wersji „Wytycznych oceny stałego obrażenia” amerykańskiego stowarzyszenia lekarzy (American Medical Association's “Guides to the Evaluation of Permanent Impairment”).
- (2) zawód pracownika, który odniósł obrażenie;
- (3) wiek pracownika, w czasie odniesienia obrażenia;
- (4) przyszłą zdolność zarobkową pracownika; oraz
- (5) dowody niezdolności do pracy potwierdzone przed dokumentacją leczenia medycznego.

Jeden z tych czynników nie może być wyłącznym wyznacznikiem niezdolności do pracy. Względność oraz ważność dowolnego z czynników w połączeniu z poziomem niepełnosprawności zgłoszonej przez lekarza musi być wyjaśniona przez sędziego polubownego w decyzji.

4. ***Czy pracownik jest upoważniony do odszkodowania za ból i cierpienie w wyniku obrażenia związanego z pracą?***

Pracownicy nie otrzymują odszkodowania za przeżyty ból i cierpienie, wyłącznie za resztkowy ból będący częścią stałej niezdolności do pracy.

5. ***Co, jeśli stan pracownika się zmieni?***

W przypadku zasiłków z tytułu różnicy płac, dla obrażeń, do których doszło po 1 lutego 2006 roku, jeśli stan fizyczny pracownika zmieni się w ciągu 60 miesięcy po przyznaniu odszkodowania, każda strona może prosić Komisję o zmianę odszkodowania.

Dla wszystkich kategorii PPD: jeśli stan fizyczny pracownika zmieni się w ciągu 30 miesięcy po przyznaniu odszkodowania, każda strona może prosić Komisję o zmianę odszkodowania.

ZASIŁKI Z TYTUŁU STAŁEJ CZĘŚCIOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY WYKAZ CZĘŚCI CIAŁA					
	<i>Dla obrażeń, do których doszło</i>				
	Przed 20/7/2005	20/7/2005- 15/11/2005	16/11/2005- 31/1/2006	1/2/2006 - 27/6/2011	W dniu lub po 28/6/2011
Oszpecenie	150	162	150	162	162
Kciuk	70	76	70	76	76
Pierwszy palec (wskazujący)	40	43	40	43	43
Drugi palec (środkowy)	35	38	35	38	38
Trzeci palec (serdeczny)	25	27	25	27	27
Czwarty palec (mały)	20	22	20	22	22
Paluch u nogi	35	38	35	38	38
Każdy inny palec	12	13	12	13	13
Ręka	190	205	190	205	205
-- Kanał nadgarstka z powodu powtarzającego się urazu					28,5 - 57
Ramię	235	235	235	235	235
-- Amputacja powyżej łokcia	250	270	250	270	270
-- Amputacja w stawie ramiennym	300	323	300	323	323
Stopa	155	167	155	167	167
Noga	200	215	200	215	215
-- Amputacja powyżej kolana	225	242	225	242	242
-- Amputacja w stawie biodrowym	275	296	275	296	296
Oko	150	162	150	162	162
-- Usunięcie gałki ocznej	160	173	160	173	173
Utrata słuchu w jednym uchu (wg ustawy WC)	50	54	50	54	54
Utrata słuchu w obydwu uszach (wg ustawy WC)	200	215	200	215	215
Jądro--1	50	54	50	54	54
Jądro--2	150	162	150	162	162

Prawo określa wartość za poszczególne części ciała, wyrażoną w liczbie tygodni odszkodowania za każdą część.

CZEŚĆ 10: Zasiłki z tytułu stałej całkowitej niezdolności do pracy (PTD)

1. Co to jest częściowa całkowita niezdolność do pracy (PTD)?

PTD to:

- a) stały i kompletny ubytek sprawności w obydwu rękach, ramionach, stopach, nogach, oczach lub dowolnych innych dwóch częściach ciała tj. jedna noga i jedno ramię; lub
- b) całkowita niezdolność do pracy, która sprawia, że pracownik jest stale niezdolny do dowolnej pracy, dla której jest w miarę stabilny rynek zatrudnienia.

2. Co to jest zasiłek z tytułu PTD?

Roszczeniobiorca, który został uznany za stale i całkowicie niezdolnego do pracy, jest upoważniony do cotygodniowego zasiłku równego dwie trzecie ($66 \frac{2}{3}\%$) jego średniej cotygodniowej pensji, podlegającej limitom maksymalnym i minimalnym, do końca życia.

Maksymalne i minimalne kwoty zasiłków z tytułu PTD są dostępne w biurach Komisji i online na stronie www.iwcc.il.gov/benefits.htm.

3. Czy odbiorca PTD może w ogóle pracować?

Jeśli pracownik doświadczy całkowitej niezdolności do pracy, która sprawia, że pracownik jest stale niezdolny do pracy dowolnego rodzaju, a następnie wróci do pracy lub jest w stanie wrócić do pracy, pracodawca może złożyć wniosek do Komisji o przerwanie wypłacania lub zmianę zasiłku z tytułu PTD.

4. Czy kwota zasiłku z tytułu PTD pozostaje stała przez całe życie?

W przypadku spraw, w których decyzję wydaje sędzia polubowny, pracownik będzie upoważniony do wyrównania kosztów utrzymania.

Począwszy od drugiego 15 lipca po przyznaniu odszkodowania, odbiorca otrzyma wypłatę kosztów utrzymania z Funduszu wyrównania stawek Komisji, która odzwierciedla wzrost średniej stanowej tygodniowej pensji w ciągu mijającego roku. Płatności te są dokonywane comiesięcznie.

5. Czy pracownik może otrzymywać zarówno PTD, jak i zasiłek z tytułu ubezpieczenia społecznego?

Tak, jeśli pracownik kwalifikuje się zgodnie z warunkami każdego programu. Jeśli pracownik otrzymuje obydwa zasiłki, administracja ubezpieczenia społecznego zastosuje wzór, który może skutkować zmniejszeniem zasiłku z tytułu ubezpieczenia społecznego.

CZEŚĆ 11: Zasiłki z tytułu zgonu / renty rodzinne

1. Co to jest zasiłek na poczet pogrzebu?

W przypadku obrażeń skutkujących śmiercią, do których doszło przed 1 lutego 2006 roku, dla członka rodziny zmarłego lub osoby płacącej za pogrzeb wypłacany jest zasiłek w kwocie 4 200 USD. Dla obrażeń skutkujących śmiercią, do których dojedzie po 1 lutego 2006, zasiłek wynosi 8 000 USD.

2. W jaki sposób jest obliczana kwota renty rodzinnej?

Zasiłek stanowi dwie trzecie ($66 \frac{2}{3}\%$) średniej tygodniowej pensji brutto pracownika, z 52 tygodni przed obrażeniem, podlegając limitom maksymalnym i minimalnym.

Maksymalne i minimalne kwoty rent rodzinnych są dostępne w biurach Komisji i online na stronie www.iwcc.il.gov/benefits.htm.

3. *Kto jest upoważniony do renty rodzinnej?*

Głównymi beneficjentami renty rodzinnej są małżonkowie oraz dzieci poniżej 18 roku życia. Jeśli nie istnieją główni beneficjenci, renta może zostać wypłacona rodzicom będącym na utrzymaniu zmarłego. Jeśli nie ma rodziców będących na utrzymaniu zmarłego, renta może zostać wypłacona osobie, która była w co najmniej 50% zależna od pracownika w momencie zgonu.

4. *Czy jeśli małżonek zmarłego ponownie zawrze związek małżeński, czy ma to wpływ na uprawnienie do renty rodzinnej?*

Jeśli w momencie ponownego zawarcia związku małżeńskiego istnieją uprawnione dzieci, renta będzie nadal wypłacana.

Jeśli w momencie ponownego zawarcia związku małżeńskiego nie istnieją uprawnione dzieci, małżonek jest uprawniony do ostatecznej płatności ryczałtowej równej 2 lat odszkodowania. Wszystkie prawa do przyszłych zasiłków wygasają.

5. *Czy kwota zasiłku pozostaje stała przez całe życie?*

W przypadku spraw, w których decyzję wydaje sędzia polubowny, odbiorca renty rodzinnej będzie upoważniony do wyrównania kosztów utrzymania. Począwszy od drugiego 15 lipca po przyznaniu odszkodowania, odbiorca otrzyma wypłatę sumy z Funduszu wyrównania stawek Komisji, która odzwierciedla wzrost średniej stanowej tygodniowej pensji w ciągu mijającego roku. Płatności te są dokonywane comiesięcznie.

»» To the Injured Worker:

On your first visit, please give this notice to any pharmacy listed on the back side to speed the processing of your approved workers' compensation prescriptions.

Questions or need assistance locating a participating retail network pharmacy? Call the Express Scripts Patient Care Contact Center at 800.945.5951.

Atención Trabajador Lesionado:

En su primera visita, por favor entregue esta notificación a cualquier farmacia enumerada al reverso para acelerar el procesamiento de sus recetas aprobadas de compensación para trabajadores (según las pautas establecidas por su empleador).

Si tiene cualquier duda o necesita ayuda para localizar una farmacia de venta al por menor participante de la red, por favor llame al Centro de Contacto para Atención a Clientes de Express Scripts, al 800.945.5951.

»» To the Pharmacist:

Express Scripts administers this workers' compensation prescription program. Please follow the steps below to submit a claim. Standard first fill shall not exceed a 14-day supply or a cost of \$150. This form is valid for up to 30 days from date of injury (DOI). Limitations may vary. For assistance, call Express Scripts at 888.786.9640.

Pharmacy Processing Steps

Step 1: Enter BIN number 003858

Step 2: Enter processor control WC

Step 3: Enter the group number as it appears above

Step 4: Enter the injured worker's nine-digit ID number

Step 5: Enter the injured worker's first and last name

Step 6: Enter the injured worker's date of injury

Express Scripts

ID#: _____

Your SSN is your temporary ID number; present to the pharmacy at the time prescription is filled. You will receive a new ID number shortly.

Date of Injury: ____/____/____
MM/DD/YYYY

G3YA

Group #: _____

Employee Date of Birth: ____/____/____

Thank you for using a participating retail network pharmacy. Even though there is no direct cost to you, it's important that we all do our part to help control the rising cost of healthcare.

Please see other side for a list of participating retail network pharmacies.

»» **To the Supervisor:** Please fill in the information requested for the injured worker.

Employee Information

First M Last

Street Address or PO Box

City State ZIP

Employer Name

A & P	Drug Emporium	Longs Drug Store	Sav-On
Acme Pharmacy	Drug Fair	Major Value	Save Mart
Albertson's	Drug Town	Marsh Drugs	Schnucks
Albertson's/Acme	Drug World	Medic Discount	Scolari's
Albertson's/Osco	Eckerd	Medicap	Sedano
Albertson's/Sav-On	Econofoods	Medistat	Shaw's
Amerisource Bergen	EPIC Pharmacy	Meijer	Shop 'N Save
Anchor Pharmacies	Network	Minyard	Shopko
Arrow	FamilyMeds	NCS HealthCare	ShopRite
Aurora	Farm Fresh	Neighborcare	Snyder
Bartell Drugs	Farmer Jack	Network	Stop & Shop
Bigg's	Food City	Pharmaceuticals	Sun Mart
Bi-Lo	Food Lion	Northeast Pharmacy	Super Fresh
Bi-Mart	Fred's	Services	Super Rx
BJ's Wholesale Club	Gemmel	Osco	Target
Brooks	Giant	P & C Food Markets	Texas Oncology Srvs
Brookshire Brothers	Giant Eagle	Pamida	The Pharm
Brookshire Grocery	Giant Foods	Park Nicollet	Thrifty White
Bruno	Hannaford	Pathmark	Times
Carrs	Harris Teeter	Pavilions	Tom Thumb
Cash Wise	H-E-B	Price Chopper	Tops
Coborn's	Hi-School Pharmacy	Publix	Ukrop's
Costco	Hy-Vee	Quality Markets	United Drugs
Cub	Jewel/Osco	Raley's	United Supermarkets
CVS	Kash n Karry	Randalls	Vons
D&W	Keltsch	Rite Aid	Waldbaums
Dahl's	Kerr	Rosauers	Walgreens
Dierbergs	Kmart	Rx Express	Walmart
Discount Drugmart	Knight Drugs	RXD	Wegmans
Doc's Drugs	Kroger	Safeway	Weis
Dominicks	LeaderNet (PSAO)	Sam's Club	Winn Dixie



\$1000 REWARD

For information leading to the arrest and conviction of any co-worker, health care professional, or the attorney representing a fraudulent workers compensation claim to Berkshire Hathaway Homestate Companies (BHHC)*.

In most states, it is a felony to make or cause to be made a knowingly false or fraudulent material statement in order to obtain workers compensation benefits. BHHC believes that any party engaging in such fraud should be prosecuted to the fullest extent of the law, including jail sentences.

Please do your part to help! Putting criminals out of operation benefits all of us, including keeping your employer's premium rates reasonable.

Call our toll-free fraud hotline immediately
if you have information on a fraudulent claim.

1 (800) 300-JAIL

*Maximum reward of \$1,000 per conviction. In the event that more than one individual submits information regarding the same fraudulent claim, BHHC will equally divide the reward among those providing information used in obtaining the conviction. BHHC reserves the right to determine what information, if any, will be provided to the appropriate law enforcement agency. Criminal prosecutions are the sole responsibility of the authorities and may or may not be pursued at their discretion. Any issues regarding the interpretation of this policy shall be resolved by BHHC at their sole discretion. Program subject to change or termination without prior notice.



\$1000 RECOMPENSA

Información que lleva al arresto y a la condena de cualquier compañero de trabajo, profesional de cuidado medico, o abogado que represente un reclamo fraudulento en contra de Berkshire Hathaway Homestate Companies*.

En la mayoría de los estados es un delito grave hacer que haga una declaración de material fraudulento para obtener beneficios de Compensación al Trabajador. Berkshire Hathaway Homestate Companies cree que cualquier persona que se involucre en tal fraude debe ser procesado con todo el rigor de la ley, incluyendo SER SENTENCIADO A LA CARCEL.

Ayúdenos de su parte. El poner a estos delincuentes fuera de operaciones nos beneficia a todos, incluso esto ayuda a mantener los réditos bajos de la aseguranza de su empleador.

Si usted tiene información sobre un reclamo fraudulento por favor llame de inmediato a nuestra LINEA GRATUITA DE FRAUDE.

1 (800) 300-JAIL

*La recompensa máxima es de \$1,000 por convicción. En caso de que más de una persona presente informaciones sobre la misma demanda fraudulenta. BerkshireHathaway dividirá la recompensa por partes iguales entre aquellas personas que aportaron informaciones para obtener la convicción. Berkshire Hathaway se reserva el derecho de determinar qué información presentará a la agencia judicial correspondiente. El proceso de crímenes es la responsabilidad exclusiva de las autoridades, que pueden decidir si el proceso debe entablarse or no. Cualquier disputa que pudiera surgir en la interpretación de esta oferta será resuelta por la propia Compañía de Seguros Berkshire Hathaway. Este programa está sujeto a cambios a cancelación sin aviso previo.