



Berkshire Hathaway
HOMESTATE COMPANIES

Workers Compensation Division TM

Workers Compensation State Claim Kit

Nebraska



Table of Contents

BHHC NE Claims Kit Introductory Letter - 3/2024.....	1
NE NWCC Form 1 – First Report of Occupational Injury or Illness – 3/2024.....	2
NE Form – Rights and Obligations under the NE Workers’ Compensation Law – 06/2016.....	4
English.....	4
Spanish	10
NE Form – Choosing a Doctor for a Work-Related Injury (English & Spanish) – 11/1999	17
English.....	17
Spanish	21
NE NWCC Form 50 - Employees Choice or Change of Doctor – 03/2018	25
English.....	25
Spanish	26
BHHC Authorization for the Release of Information (English & Spanish) - 8/2023	27
BHHC Medical History Request – 8/2023	29
BHHC General Employee Accident Report - 8/2023	30
English.....	30
Spanish	31
BHHC General Supervisor Accident Report - 8/2023	32
English.....	32
Spanish	34
BHHC General Witness Accident Report – 9/2023	36
English.....	36
Spanish	37
NE Form – Insurance Fraud Leaves a Paper Trail Poster.....	38
NE Form – Insurance Fraud Makes Me Croak.....	39
BHHC Express Scripts First Fill Form (English & Spanish) – 12/2018	40
BHHC Workers’ Compensation Fraud Posters - 3/2024.....	42
English.....	42
Spanish	43



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.

Nebraska state law recommends employers report every industrial injury or occupational disease claim to their workers compensation carrier as soon as possible or within 5 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

Report a Claim

Online

[bhhcpolicyholder.bhhc.com/
Client/External/Claims](http://bhhcpolicyholder.bhhc.com/Client/External/Claims)

Phone

(800) 661-6029

Fax

(800) 661-6984

E-mail

newclaim@bhhc.com



Nebraska Workers' Compensation Court

First Report of Alleged Occupational Injury or Illness

NWCC Form 1
Revised 12/2011

Employer										
Employer FEIN _____		SIC Code _____		Report Purpose _____			OSHA Log Case # _____			
Employer Name(s) _____				Insured Name <i>(If different from employer name)</i> _____						
Address _____				Insured Address <i>(If different)</i> _____			Location _____			
City _____										
State _____		Zip Code _____		Phone _____						
Insurance Carrier										
Carrier FEIN _____				Administrator FEIN _____						
Name _____				Claim Administrator <i>(Name, address & phone number)</i> _____						
Address _____										
City _____										
State _____		Zip Code _____		Phone _____		Self Insured <input type="checkbox"/>		Claim Administrator Claim # _____		
Policy Number _____				Check if Appropriate		Jurisdiction Claim # _____				
Policy Period: From _____ To _____				Insured Report # _____		Jurisdiction _____				
Insurance Carrier/Self-Insured Code # _____										
Employee										
Name <i>(Last, First, Middle)</i> _____				Full Pay for DOI Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Salary Continued Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Number of Days Worked Per Week _____		Sex Male <input type="checkbox"/>
Address _____										Female <input type="checkbox"/>
City _____				Number of Dependents _____		Occupational Job Title _____				
State _____		Zip Code _____		Phone _____		Marital Status		Wage \$ _____		Occupational Code _____
Date of Birth _____		Social Security Number _____		Date Hired _____		Married <input type="checkbox"/>		Hourly <input type="checkbox"/>		NCCI Class Code _____
						Separated <input type="checkbox"/>		Daily <input type="checkbox"/>		Date Employee Began Work-Related Duties _____
						Unmarried <input type="checkbox"/>		Weekly <input type="checkbox"/>		Employment Status FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/>
						Unknown <input type="checkbox"/>		Bi-Weekly <input type="checkbox"/>		
								Monthly <input type="checkbox"/>		
Occurrence/Treatment										
Date of Injury/Illness _____		Time Employee Began Work _____		AM <input type="checkbox"/>		Time of Occurrence _____		AM <input type="checkbox"/>		Last Work Date _____
				PM <input type="checkbox"/>		(Cannot be determined <input type="checkbox"/>		PM <input type="checkbox"/>		
Where Did Injury/Illness Occur? County _____ State _____ Zip _____				Did Injury/Illness Occur On Employer's Premises? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						
Date Employer Notified _____		Date Disability Began _____		Date Returned to Work _____			If Fatal, Give Date of Death _____			
Type of Injury/Illness <i>(Briefly describe the nature of the injury or illness; e.g. lacerations to forearm)</i>									Nature of Injury Code _____	
Part of Body Affected <i>(Indicate the part of the body affected by the injury/illness; e.g. right forearm, lowerback; and how it was affected)</i>									Part of Body Code _____	
How Injury/Illness Occurred <i>(Describe activity and tools, materials, equipment the employee was using; how injury occurred)</i>									Cause of Injury Code _____	
Initial Treatment: No medical treatment <input type="checkbox"/> First aid by employer <input type="checkbox"/> Minor clinic/hospital <input type="checkbox"/>		Emergency Room <input type="checkbox"/> Hospitalized overnight <input type="checkbox"/> Hospitalized > 24 hours <input type="checkbox"/>		Future major medical/lost time <input type="checkbox"/>		Name of physician or other health care provider: _____				
Date Administrator Notified _____		Form Preparer's Name, Title and Phone _____						Date Prepared _____		

General Instructions

Underlined items are mandatory fields. A first report of injury or illness submitted without this information will be returned unfilled.

Employer:

- Employer FEIN — the employer/insured's Federal Employer's Identification Number.
 - SIC Code — Standard Identification Classification code which represents the nature of the employer's business.
 - Report Purpose — defines the specific purpose of the transaction (examples: original = 00; cancel = 01; change = 02; denial = 04; correction = CO).
 - OSHA Log Case # — the Log Case number required for reporting to OSHA.
 - Employer Name — include all business names/doing business as (*dba*).
 - Address (including city, state, and zip code) — the address of the employer's actual location where the employee was employed at the time of the injury.
 - Phone — phone number at the employer's facility.
 - Insured Name (if different from employer) — the named insured on the policy or the financially responsible self-insured employer.
 - Insured Address (*if different from employer*) — mailing address of the insured.
 - Location — a code defined by the insured/employer which is used to identify the employer's location.
-

Insurance Carrier:

- Carrier FEIN — carrier's Federal Employer's Identification Number.
 - Administrator FEIN — administrator's Federal Employer's Identification Number.
 - Name — the workers' compensation insurer, approved self-insured, or intergovernmental risk management pool.
 - Address — address, city, state and zip code of insurer.
 - Phone — phone number of insurer.
 - Claim Administrator (name, address, & phone) — enter the name, address and phone number of the carrier, third party administrator, risk management pool, or self-insurer responsible for administering the claims, if different from carrier information.
 - Policy # — the number assigned to the contract/policy for that employer.
 - Policy Period — the effective and expiration dates of the contract/policy.
 - Insurance Carrier/Self Insured Code # — for insurance carriers, the number assigned by the Nat'l Assn. of Insurance Commissioners. For self-insured employers, the code number assigned by the court.
 - Self Insured — check if appropriate.
 - Claim Administrator Claim # — identifies a specific claim within a claim administrator's claims processing system.
 - Jurisdiction Claim # — number assigned by the court when the initial First Report is accepted.
 - Insured Report # — a number used by the insured to identify a specific claim.
 - Jurisdiction — the governing body or territory whose statutes apply (NE).
-

Employee:

- Name — give full name as shown on payroll (avoid initials if possible).
 - Address — address, city, state and zip code of employee.
 - Social Security Number. The social security number must be provided. This is mandatory pursuant to Neb.Rev.Stat. §48-144, Rule 29 of the Workers' Compensation Court Rules of Procedure, and Section 7(a)(2)(B) of the Privacy Act of 1974. The social security number is used by the Nebraska Workers' Compensation Court for purposes of verifying the identity of the employee and administering the Nebraska Workers' Compensation Act. It is a unique identifier and is needed because of the number of persons who have similar names and birth dates, and whose identities can only be distinguished by social security number. The social security number may also be shared with claims handling entities for purposes of processing a claim for workers' compensation benefits and verifying the identity of the claimant.
 - Date of Birth — the date the injured worker was born.
 - Date Hired — the date the injured worker began his/her employment with the employer.
 - Full Pay for DOI (date of injury) — check one.
 - Salary Continued — check one.
 - Number of Days Worked Per Week — the number of the employee's regularly scheduled work days per week.
 - Sex — check one.
 - Number of Dependents — the number of dependents as defined by the Nebraska Workers' Compensation Act.
 - Marital Status — check one.
 - Wage — check one and state wage.
 - Occupational Job Title — the primary occupation of the claimant at the time of the accident.
 - Occupational Code — Standard Occupational Classification code used to identify the primary occupation of the employee at the time of the accident.
 - NCCI Code — The identifying number for an occupational classification.
 - Date Employee Began Work-Related Duties — date pertaining to employee's present occupation.
 - Employment Status — check one.
-

Occurrence/Treatment:

- Date of Injury/Illness — date on which the accident occurred (*only one date of injury per form*).
- Time Employee Began Work — time employee began work for that date.
- Time of Occurrence — time of day the injury occurred.
- Last Work Date — the last paid work day prior to the initial date of disability.
- Where Did Injury/Illness Occur — complete county, state, and zip code.
- Did Injury/Illness Occur On Employer's Premises — check one.
- Date Employer Notified — the date that the injury was reported to a representative of the employer.
- Date Disability Began — if not disabled answer none and skip questions.
- Date Returned to Work — if injured has returned to work, complete this question.
- If Fatal, Give Date of Death, (date employee died as a result of the work-related injury.)
- Type of Injury/Illness — describe the nature of injury.
- Nature of Injury Code — the code which corresponds to the nature of the injury sustained by the employee.
- Part of Body Affected — the part of the body to which the employee sustained injury.
- Part of Body Code — the code which corresponds to the Part of the body to which the employee sustained injury.
- How Injury/Illness Occurred — a free-form description of how the accident occurred and the resulting injuries.
- Cause of Injury Code — the code that corresponds to the cause of injury.
- Initial Treatment — check one.
- Name of physician or other health care provider — provide name of physician or other health care provider that treated employee for injury.
- Date Administrator Notified — the date the claim administrator who is processing the claim received notice of the loss or occurrence.
- Form Preparer's Name, Title and Phone.

Rights & Obligations under the Nebraska Workers' Compensation Law



What is workers' compensation?

Workers' compensation in Nebraska is designed to provide certain benefits to employees who sustain injury by accident or occupational disease arising out of and in the course of their employment, and who are not willfully negligent at the time of the injury.

It should not be confused with unemployment compensation, Social Security disability benefits, health and accident insurance, or other disability benefit plans provided by the employer.

The Nebraska Workers' Compensation Act, found at *Section 48-101 to Section 48-1,118 of the Nebraska Revised Statutes*, is the exclusive remedy of the injured employee if the employer has satisfied its legal obligation to secure payment of compensation under the act. Typically this is done by obtaining a workers' compensation insurance policy. In exchange for the right to receive workers' compensation benefits from the employer, an employee forfeits his or her right to file a civil action against the employer for damages for work-related injuries or illnesses.

Who is covered by the workers' compensation law?

The Nebraska Workers' Compensation Act applies to the State of Nebraska, to every governmental agency created by it, and to every employer in the state employing one or more employees in the regular trade, business, profession, or vocation of the employer. Thus, virtually all employees are covered by the workers' compensation law including employees of private industry, state and local government, part-time employees, minors, and employees of charitable organizations.

There are a few exceptions:

- (1) Federal employees, railroad employees, most volunteers, and independent contractors are not covered under the Nebraska Workers' Compensation Act.
- (2) Household domestic servants and some employees of agricultural operations are covered under the Nebraska Workers' Compensation Act only if the employer elects to provide worker's compensation insurance for them.

Employers engaged in an agricultural operation are exempt from providing workers' compensation insurance coverage if they employ only related employees. Agricultural employers who employ unrelated employees are also exempt unless in a calendar year they employ 10 or more unrelated, full-time employees, on each working day for 13 calendar weeks (consecutive or not). The act applies to an employer 30 days after the 13th week. An employer exempt from the act may elect to provide workers' compensation coverage for its employees. Every exempt employer who does not elect to provide workers' compensation insurance coverage must give all employees written notice at the time of hiring or at any time more than 30 calendar days prior to the time of injury that they will not be covered by the act, that they will not be compensated under the act if they are injured on the job or suffer an occupational disease, and that they should plan accordingly. The notice must be signed by the unrelated employee and retained by the employer. Failure to provide this notice subjects an employer to liability under the act for any unrelated employee to whom such notice was not given.

- (3) Self-employed individuals, sole proprietors, partners, and limited liability company members who are actually engaged in the business on a substantially full-time basis may elect to be covered under the Nebraska Workers' Compensation Act. To elect coverage such a person must file a written election with the insurer from whom workers' compensation insurance coverage is obtained.

- (4) Executive officers of Nebraska corporations who own 25 percent or more of the corporation's common stock are not considered employees of the corporation under the Nebraska Workers' Compensation Act unless they elect to be covered. To elect coverage, a corporate officer must file such election in writing with the workers' compensation insurer and the corporate secretary (not with the court).
- (5) Executive officers of Nebraska nonprofit corporations who receive annual compensation of \$1,000.00 or less from the corporation are not considered employees of the corporation under the Nebraska Workers' Compensation Act unless they elect to be covered. To elect coverage such officers must file a written election with the workers' compensation insurer and the corporate secretary (not with the court).

When is an employee entitled to Nebraska workers' compensation benefits?

An injured employee who is covered by the Nebraska Workers' Compensation Act may obtain benefits if:

- (1) the injury was caused by an accident or disease that arose out of and in the course of his or her employment;
- (2) the employee was not willfully negligent at the time of the injury;
- (3) the employment was in the usual course of the trade, business, profession, or occupation of the employer; and
- (4) the injury occurred in Nebraska; or

the employer was performing work in Nebraska or the employment was principally localized within this state, whether or not the injury occurred in Nebraska; or

the contract of hire was made in Nebraska and the employer was engaged in business or performing work in Nebraska, whether or not the injury occurred in Nebraska.

If an employee dies as a result of a work-related injury, the employee's dependents may also be entitled to benefits under the act.

To what benefits is an employee entitled?

A. Medical Benefits

The employer/insurer is liable for all reasonable medical and hospital services, appliances, prescribed drugs, prosthetic devices, and other supplies that are necessary as the result of a work-related injury. Expenses for medical travel may be paid in some instances.

There are rules about whether the employee or employer chooses the doctor. The employee has the right to select a physician who has maintained the medical records of the employee (or an immediate family member) when the employer notifies the employee of this right. If the employee does not have or does not choose such a physician, then the employer may select the physician. The initial choice of physician, when chosen by the employee or employer after the employer notifies the employee of the right to choose, can only be changed when both the employee and the employer agree on the change or the Nebraska Workers' Compensation Court orders the change. If the employer does not give proper notice to the employee regarding the right of selection, then the restrictions on changing physicians do not apply and the employee has the right to select any physician. The employee also may select a physician to perform a major surgical operation or in cases involving dismemberment. "Physician" means any person licensed to practice medicine and surgery, osteopathic medicine chiropractic, podiatry, or dentistry in the State of Nebraska or in the state in which the physician is practicing. Please refer to the court's pamphlet, *Choosing a Doctor for a Work-Related Injury*, for more detailed information.

An employer/insurer may request that an injured employee submit to a medical examination by a doctor of its choice at the company's expense.

An employee or an employer may use the court's informal dispute resolution process or independent medical examiner system to try to resolve a disagreement over a medical issue.

An employee may be required to receive medical services under a managed care plan if the employer has given the employee proper notice about the plan.

If an employee unreasonably refuses medical treatment, his or her compensation may be reduced, limited, or suspended.

Expenses for medical care should be submitted to the employer or to the insurer for payment.

B. Indemnity (Wage Loss) Benefits

Benefits are paid at the same interval as wages were paid at the time of the injury. Payments must be sent directly to the person entitled to compensation or his or her designated representative except where there is an attorney's lien or where child support is due. Benefits are not taxable and not assignable to another person.

Compensation benefits begin on the eighth calendar day of disability due to the injury. Compensation for the first seven days of disability is not paid unless the employee's disability lasts six weeks or more. The first day of disability is included in the seven-day waiting period and a partial day of disability is considered a full calendar day for purposes of the waiting period. The days of disability need not be consecutive. Time lost from work for less than a day to seek medical care, including physical or medical rehabilitation, is compensated as temporary partial disability.

1. Total Disability Benefits

Benefits may be either:

- (a) temporary total disability; or,
- (b) permanent total disability.

Total disability entitles the employee to two-thirds of his or her average weekly wage, subject to the maximum and minimum per week, for as long as the physician indicates the employee remains unable to work as a result of the injury.

2. Partial Disability Benefits

Benefits may be either:

- (a) temporary partial; or,
- (b) permanent partial loss of a member; or,
- (c) permanent partial to the body as a whole.

Temporary Partial Benefits. Benefits are paid when the employee is able to return to work but under limited circumstances such as for a few hours a day or at a job which pays less than the job held at the time of the injury. Temporary partial benefits are paid during the period of partial disability, but not beyond 300 weeks. Temporary partial benefits are paid at the rate of two-thirds of the difference between the wages received at the time of the injury and the earning power of the employee thereafter subject to the maximum per week.

Permanent Partial Loss of a Member Benefits. Benefits are paid for the loss or loss of use of a body part such as a leg or hand based upon the statutory value of the various body parts. Benefits are paid at the rate of two-thirds of the employee's average weekly wage, subject to the maximum and minimum per week, times the number of weeks of compensation set out in the statutory schedule for the body part or percentage of loss thereof. The total loss or loss of use of two members in one accident is considered total and permanent disability.

Permanent Partial to the Body as a Whole. Benefits are paid for permanent disability resulting from the injury at a rate calculated upon the percentage of disability suffered times two-thirds of the employee's average weekly wage, subject to the maximum per week. Benefits are limited to a maximum of 300 weeks less the number of weeks of temporary and permanent disability previously received.

3. Death Benefits

If the injury results in the death of the employee, the widow/widower is paid death benefits for his or her life or until remarriage. Upon remarriage, the widow/widower receives two years benefits in a lump sum. Benefits are calculated at 66 2/3 percent of the employee's average weekly wage at the time of the injury if there are no children, and at 75 percent if there are children, subject to the maximum and minimum per week. Children are entitled to a percentage of the death benefit until they reach age 19, or age 25 if enrolled full time at an accredited educational institution, or until the end of actual dependency. Additionally, burial expenses up to a maximum of \$10,000.00 are paid.

C. Vocational Rehabilitation Benefits

When, as a result of an injury covered under the Nebraska Workers' Compensation Act, an employee is unable to return to suitable employment for which he or she has previous training or work experience, the employee is entitled to vocational rehabilitation services. These services are voluntary and, if not offered by the employer/insurer, the employee can request vocational rehabilitation services. If the parties are unable to agree on the choice of a vocational rehabilitation counselor, the parties can request the court's Vocational Rehabilitation Section to appoint a vocational rehabilitation counselor. If it is determined that the employee will need services, the vocational rehabilitation counselor can submit a plan of vocational rehabilitation services to the court for approval. The employer/insurer pays temporary disability benefits while the employee participates and makes satisfactory progress in the plan. The fee for evaluation and for the development and implementation of the plan will be paid by the employer/insurer. The Workers' Compensation Trust Fund, which is administered by the court, pays for the costs of the vocational rehabilitation plan. Questions concerning vocational rehabilitation services may be directed to a vocational rehabilitation specialist at the court.

What are Second Injury Benefits?

Second injury benefit payments are limited to injuries that occurred before December 1, 1997. To qualify for second injury benefits, an employee must have a prior serious disability documented by the employer through written records when the employee is hired or retained in the employment. If a subsequent injury produces a greater disability than that which would have resulted from the last injury alone, a special trust fund administered by the court will pay for the increased disability and the employer will pay only for the last injury.

How are workers' compensation benefits obtained?

An employee should notify his or her employer immediately of any work-related injury or occupational disease. The employee also should inform the treating physician that it is a work-related injury so that the doctor may comply with the statutory requirement to file a first treatment medical report with the employer/insurer. The employee also should submit charges for medical treatment to the employer/insurer so that they can be promptly paid.

Can an employee obtain the name of the employer's workers' compensation insurer?

This information can be obtained by contacting the employer or the court. Insurance companies are required to report to the court each policy of workers' compensation insurance they issue and are subject to penalties for failure to report.

What should an employer do after receiving notice of an on-the-job injury?

The employer should notify its workers' compensation insurer of the injury or occupational disease and either the employer or the insurer should file a First Report of Alleged Occupational Injury or Illness with the court within 10 days of the date of the notice of injury. The injured employee is not responsible for filing this report.

The insurer investigates the claim and, generally, should begin making compensation payments for lost wages (indemnity) and medical expenses within 30 days of notice of the injury. However, payment of benefits may be delayed if liability for the claim is disputed.

May an employer use the services of a managed care plan?

An employer may use the services of a managed care plan that has been certified by the court. However, an employer may not contract directly with a certified managed care plan unless the employer has been approved as a self-insurer by the court. Other employers may use the services of a certified managed care plan that has contracted with the employer's workers' compensation insurer or intergovernmental risk management pool. Only a plan that has been certified by the court may be used for workers' compensation purposes in Nebraska. When a certified managed care plan is used, the employer must give full notice to each covered employee about how to receive services and the rights of the employee under the plan.

How long does it take to receive compensation after the injury is reported?

The amount of time varies with employers and insurers. However, in certain circumstances, a 50 percent penalty may be added for waiting time if payment is not made within 30 days of the notice of injury. This requires a determination that there is no reasonable dispute regarding the employee's claim for benefits. This determination is generally made by a judge of the court after a hearing on the matter. Waiting-time penalties also apply when there is a failure to pay compensation after 30 days from the entry of a final order, award or judgment of the court.

When are permanent disability benefits paid?

After the employee has been released from medical treatment and is able to return to work, if the medical evidence indicates that the employee has suffered permanent disability due to the injury, the employee is entitled to payment for the degree of permanent disability sustained.

The employer/insurer may offer payment in a one-time lump sum, or over a period of weeks. When the claimant is not represented by an attorney and in some other situations, a lump sum settlement must be approved by the court in order to be binding on the parties and terminate the employee's right to any further benefits. In some cases, the parties may enter into a full settlement by filing a Release rather than a Lump Sum Settlement Application. A Release is not reviewed or approved by the court. The settlements that qualify to be filed as a Release may still be submitted as a Lump Sum Settlement Application for the court's review and approval, but it is not required.

What may an employee do if the employer/insurer does not pay benefits?

The employee may contact the Nebraska Workers' Compensation Court by calling either 800-599-5155 or 402-471-6468. A public information specialist will discuss the situation with the employee and refer him or her for further assistance when it is appropriate. The staff of the court may not provide legal advice or offer a legal opinion.

Any person involved in a workers' compensation claim may request informal dispute resolution to help settle an issue or an entire case without the need for a formal hearing. Neutral mediators can help people resolve their disputes and reach agreements. To request informal dispute resolution, write to the Nebraska Workers' Compensation Court Mediation Coordinator, P.O. Box 98908, Lincoln NE 68509-8908.

The employee may file a petition (lawsuit) with the Nebraska Workers' Compensation Court. Petition forms may be obtained from the Clerk of the Court. The employee may represent himself or herself, or may be represented by an attorney.

A petition must be filed within two years of the date of the accident or the date of last payment of compensation (either medical or indemnity payments) made, or the claim for compensation may be barred by the Statute of Limitations.

Upon receipt of the petition, the court will notify the employer/insurer by summons. The employer/insurer is given 14 days to file an answer. A hearing date then is set. The hearing is held in the county where the injury occurred or in any other county upon which the parties agree.

At the hearing, a judge of the Nebraska Workers' Compensation Court will hear the case and then make a written decision that will be mailed to all parties.

If either party (either the employee or the employer/insurer) is not satisfied with the trial judge's decision, that party may appeal the decision by asking for an appeal to the Nebraska Court of Appeals. In order to request an appeal, a Notice of Appeal document must be filed in the Workers' Compensation Court clerk's office within 30 days of the date of the judge's decision.

How may an employer comply with the statutory requirement that workers' compensation coverage be provided?

Under the Nebraska Workers' Compensation Act, there are only three methods by which employers may fulfill their obligation to secure payment of compensation:

- (1) by purchasing a policy of workers' compensation insurance from a private insurer licensed by the Nebraska Department of Insurance to write workers' compensation insurance;
- (2) by applying to the Nebraska Workers' Compensation Court and obtaining the court's authorization to self-insure; or,
- (3) in the case of an employer who is a lessor of one or more commercial motor vehicles leased to a self-insured motor carrier with its principal place of business in Nebraska, by entering into an effective agreement with the self-insured motor carrier that such carrier will pay workers' compensation benefits to an injured driver. This method will only satisfy the employer's obligation with respect to drivers. Any obligation with respect to other employees must be satisfied under one of the first two methods.

Who may be self-insured?

Employers who satisfy certain requirements and have been approved by the court may self-insure. The employer must be a corporation or political subdivision, with a minimum of five years in business under the present organizational structure, have a minimum of 100 employees, a strong financial base, and a positive program for safety. Once approved, a self-insurer must file a surety bond and excess insurance with the court. Any employer not approved by the court must carry a policy of workers' compensation insurance, or otherwise secure the payment of compensation as required by law.

What are the penalties for an employer's failure to provide workers' compensation insurance coverage?

Any one or more of the following penalties may be applied:

- (1) a fine not to exceed \$1,000.00 for each violation. Each day of continued failure to secure coverage constitutes a separate violation;
- (2) imprisonment for not more than one year;
- (3) enjoinder from doing business in Nebraska until compliance is secured.

Also, an injured employee may sue the employer for damages in district court, and the employer will lose its common law defenses.

This information sheet has been prepared by the Nebraska Workers' Compensation Court to answer some of the commonly asked questions concerning workers' compensation. Further inquiries should be directed to:

Nebraska Workers' Compensation Court

P.O. Box 98908

Lincoln, NE 68509-8908

800-599-5155 or 402-471-6468

<http://www.wcc.ne.gov/>

Revised June 2016



Derechos y Obligaciones bajo la Ley de Compensación para Trabajadores de Nebraska

¿Qué es la compensación para trabajadores?

La compensación para trabajadores fué establecida para proveer ciertos beneficios a empleados quienes sufren lesiones, se accidentan o contraen enfermedades como resultado de su trabajo y en el transcurso de su empleo, y quienes no son negligentes intencionalmente al momento de su lesión.

No debe ser confundido con compensación por desempleo, beneficios por incapacidad de Seguro Social, seguro de salud o accidente, u otros planes de beneficios por incapacidad proporcionados por el empleador.

La Ley de Compensación para trabajadores de Nebraska, localizada de la *Sección 48-101 a la Sección 48-1,118 de Los Estatutos Actualizados de Nebraska*, es el remedio exclusivo para el empleado lesionado, si el empleador ha satisfecho su obligación legal de asegurar el pago de compensación bajo la ley. Típicamente, esto se hace al obtener una póliza de seguro de compensación para trabajadores. A cambio del derecho a recibir beneficios de compensación por parte del empleador, el trabajador pierde su derecho a entablar demandas civiles en contra del empleador por daños, lesiones o enfermedades causadas por el trabajo.

¿Quiénes están cubiertos por la ley de compensación para trabajadores?

La Ley de Compensación para trabajadores de Nebraska le aplica al Estado de Nebraska, a todas las agencias gubernamentales creadas por el mismo, y a todos los empleadores en el estado que empleen uno o más trabajadores en el transcurso regular de comercio, trabajo, profesión o vocación del empleador.

Prácticamente todos los trabajadores están cubiertos por la ley de compensación para trabajadores, incluyendo trabajadores de la industria privada, gobierno local y estatal, trabajadores a tiempo parcial, menores de edad, y trabajadores de organizaciones benéficas.

Hay algunas excepciones:

- (1) Empleados del gobierno federal, empleados ferroviarios, la mayoría de trabajadores voluntarios y contratistas independientes no están cubiertos bajo la Ley de Compensación para Trabajadores de Nebraska.
- (2) Empleadas domésticas y algunos otros empleados que laboran en agricultura están cubiertos bajo el Acta de Compensación de Trabajadores de Nebraska solamente si el empresario elige darles a sus trabajadores el seguro de compensación.

Los empresarios se comprometerán con todos aquellos que laboran en agricultura de estar exentos de brindar el seguro de cobertura de compensación para los trabajadores si el patrono sólo se refiere al trabajador. Empresarios de agricultura quienes se dedican a dar empleo a trabajadores sin ninguna relación familiar o parentesco estos también están exentos, al menos que en el calendario anual ellos hayan empleado 10 o más trabajadores a tiempo completo sin ningún parentesco o relación familiar, empleados a tiempo completo, por cada día trabajado en 13 semanas calendario (consecutivas o no). El acto aplica a empresarios 30 días después de la semana número 13. El empresario exento del acto podría elegir dar a sus empleados la cobertura de compensación de trabajadores. Cada empresario exento que elija no proveer a sus empleados la cobertura de compensación de trabajadores debe de informar a todos sus empleados en forma escrita en el momento que se le está dando el trabajo de que ellos no serán cubiertos por el acto, y que no serán compensados bajo el acto si ellos se lastiman en su trabajo o si sufren una enfermedad relacionada con la ocupación y ellos por lo tanto deberían planear respectivamente. La notificación tiene que ser firmada por el empleado no familiar y guardado por el empleador. El no proveer

este aviso somete al empleador a responsabilidad bajo la ley por cualquier empleado no relacionado a quien no se le haya notificado.

- (3) Personas que trabajan por su cuenta, propietarios únicos, socios, y miembros de compañías limitadas pueden elegir estar cubiertos bajo la Ley de Compensación para Trabajadores de Nebraska. Para adquirir amparo, dichas personas deben presentar una petición por escrito a la agencia de seguros de la cual se compre la póliza de seguro de compensación para trabajadores.
- (4) Los oficiales ejecutivos de las corporaciones de Nebraska quienes son los propietarios del 25 por ciento o más de las acciones comunes de la corporación no están considerados como empleados de la corporación bajo el Acta de la Compensación de Trabajadores de Nebraska a menos que ellos elijan ser cubiertos. Para tener cobertura un oficial de la corporación debe archivar la elección por escrito con el seguro de la Compensación de Trabajadores y la secretaria de la corporación (no con la corte).
- (5) Los oficiales ejecutivos de las corporaciones que no ofrecen ganancias quienes reciben una compensación anual de mil dólares o menos de parte de la corporación no se consideran empleados de la corporación bajo el Acta de la Compensación de Trabajadores de Nebraska a menos que ellos elijan ser cubiertos. Para elegir cobertura dichos oficiales deberán llenar una elección escrita con un agente de la Compensación de Trabajadores y la secretaria de la corporación (no con la corte).

¿Cuándo es que el empleado tiene derecho a recibir beneficios de compensación para trabajadores de Nebraska?

Un trabajador lesionado, que esté cubierto bajo la Ley de Compensación para Trabajadores de Nebraska, puede obtener beneficios si:

- (1) La lesión es por accidente o enfermedad causada por el trabajo y ocurre en el transcurso del empleo;
- (2) El trabajador no fué negligente intencionalmente al momento de la lesión;
- (3) La lesión ocurrió en el transcurso regular de trabajo, comercio, profesión u ocupación del empleador; y
- (4) La lesión ocurrió en Nebraska; o

El empleador estaba llevando a cabo trabajo en Nebraska o, el empleo estaba localizado principalmente dentro del estado, así la lesión haya ocurrido o nó en Nebraska.

El contrato con el empleador fué hecho en Nebraska y el empleador estaba tramitando negocios o llevando a cabo trabajo en Nebraska, así la lesión haya ocurrido o nó en Nebraska.

Si un trabajador fallece a consecuencia de alguna lesión relacionada con el trabajo, los dependientes del trabajador también podrían tener derechos a beneficios bajo la ley.

¿A qué beneficios tiene derecho un empleado?

A. Beneficios Médicos

El empleador/compañía de seguros, es responsable por todos los servicios médicos y hospitalarios razonables, aparatos, medicinas recetadas, aparatos de prótesis, y otros accesorios que sean necesarios como resultado de la lesión a causa de trabajo. En ciertos casos, los gastos de viaje médico pueden ser pagados.

Hay reglas acerca de, si el empleado o empleador escoge el doctor para atender la lesión a causa de trabajo. El empleado tiene derecho a elegir el médico. Si el empleador ha dado notificación al empleado de su derecho a elegir el médico y el empleado no elige a ninguno, entonces el empleador tendría derecho a elegir el médico. Si este aviso es dado, el trabajador sólo puede escoger a un doctor el cual haya mantenido el expediente médico del trabajador (o de algun miembro de su familia inmediata). La elección inicial del médico, cuando es hecha por el trabajador o por el empleador después que el empleador notifica al trabajador del derecho a escoger, puede ser cambiada solamente cuando ambos el trabajador y el empleador lleguen a un acuerdo acerca del cambio, o si la Corte de Compensación para Trabajadores de Nebraska ordena el cambio. Si el empleador no da debido aviso al trabajador acerca del derecho a escoger, entonces las restricciones acerca de escoger y cambiar de médicos no aplican y el trabajador tendría el derecho a escoger cualquier médico. El

trabajador también puede escoger el médico para realizar operaciones quirúrgicas riesgosas o que requieran amputación. "Médico" significa: cualquier persona licenciada para ejercer medicina y operaciones, medicina osteopática, podiatría, quiropráctica u odontología en el Estado de Nebraska o en el estado en el cual el médico ejerza. Favor de consultar el panfleto, *Como Seleccionar un Doctor para Lesiones de Trabajo (Choosing a Doctor for a Work-Related Injury)*, para información más detallada.

Un empleador/compañía de seguros puede pedir que un trabajador lesionado se someta a un examen médico con un doctor de su preferencia con cargos a la compañía.

Un trabajador o un empleador puede usar el proceso informal de resolución de disputas, o el sistema de examen médico independiente para tratar de resolver un desacuerdo sobre un tema médico.

Al trabajador, se le puede exigir recibir servicios médicos a través de un plan de cuidados supervisados, si el empleador le ha dado al trabajador debido aviso acerca del plan.

Si un trabajador se niega a recibir tratamiento médico irrazonablemente, su compensación puede ser reducida, limitada o suspendida.

Los gastos por cuidado médico deben ser sometidos al empleador o a la compañía de seguros para los pagos correspondientes.

B. Beneficios de Indemnización (Pérdida de salarios)

Los beneficios son pagados al mismo intervalo que los salarios fueron pagados al momento de la lesión. Los pagos deben ser enviados directamente a la persona con derecho a la compensación o a su representante designado, excepto cuando un abogado tiene derecho a retención, o en casos cuando se debe manutención a los hijos. Los beneficios son exentos de impuestos y no pueden ser asignados a otra persona.

Los beneficios de compensación empiezan el octavo día después de la incapacidad causada por la lesión. La compensación por los primeros siete días de incapacidad no son pagados a menos que la incapacidad del trabajador dure seis semanas o más. El primer día de incapacidad está incluido en el período de espera de siete días y un día parcial de incapacidad es considerado un día completo para propósitos del período de espera. Los días de incapacidad no necesitan ser consecutivos. Tiempo perdido del empleo por menos de un día completo para buscar cuidado médico, incluyendo rehabilitación física o médica, es compensado como incapacidad temporal.

1. Beneficios de Incapacidad Total

Los beneficios pueden ser:

- (1) incapacidad total temporal; o,
- (2) incapacidad total permanente.

La incapacidad total le dá derecho al trabajador a dos tercios de su salario semanal promedio, sujeto al máximo y mínimo semanal, mientras que el médico indique que el trabajador está incapacitado para trabajar a consecuencia de la lesión.

2. Beneficios de Incapacidad Parcial

Los beneficios pueden ser:

- (1) parcial temporal; o,
- (2) pérdida parcial permanente de un miembro; o,
- (3) permanente parcial al cuerpo en general.

Beneficios Parciales Temporales. Los beneficios son pagados cuando el trabajador puede regresar a trabajar, pero bajo circunstancias limitadas tales como pocas horas de trabajo, o a un trabajo que pague menos que el trabajo que tenía al momento de la lesión. Los beneficios parciales temporales son pagados durante el tiempo de incapacidad parcial, pero no por más de 300 semanas. Los beneficios parciales temporales son pagados a

razón de dos tercios de la diferencia entre los salarios recibidos al momento de la lesión y la capacidad de ganancia (earning power) del trabajador sujeto al máximo por semana.

Beneficios de Pérdida Parcial Permanente de un Miembro. Los beneficios son pagados por la pérdida, o pérdida de uso de alguna parte del cuerpo, tal como una pierna o mano, basándose en el valor reglamentario de las diferentes partes del cuerpo. Los beneficios son pagados a razón de dos tercios del salario promedio semanal del trabajador, sujeto al mínimo y máximo por semana, multiplicado por el número de semanas de compensación establecidas bajo la ley para la parte del cuerpo envuelta o el porcentaje de la pérdida de la misma. La pérdida total o pérdida total de uso de dos miembros en un accidente es considerada incapacidad total y permanente.

Parcial Permanente al Cuerpo en general. Los beneficios son pagados por incapacidad permanente que sea resultado de la lesión a razón del porcentaje de incapacidad sufrida multiplicado por dos tercios del salario promedio semanal del trabajador, sujeto al máximo por semana. Los beneficios están limitados a un máximo de 300 semanas menos el número de semanas de incapacidad temporal y permanente recibidas previamente.

3. Beneficios por muerte

Si la lesión resulta en la muerte del trabajador, la viuda(o) recibe pagos de beneficios por la muerte por el resto de su vida a menos que se vuelva a casar. Una vez que se vuelve a casar, la viuda(o) recibe una suma al contado equivalente a dos años de beneficios. Los beneficios son calculados a razón del 66 2/3 por ciento del salario promedio semanal del trabajador al momento de la lesión si no hay hijos. Si hay hijos, los beneficios serían calculados a razón del 75 por ciento, sujeto al máximo y mínimo por semana. Los hijos tienen derecho a un porcentaje de los beneficios por muerte hasta que alcancen la edad de 19 años, o la edad de 25 si están inscritos como estudiantes a tiempo completo en una institución educativa acreditada, o hasta el final de la dependencia. Adicionalmente, los gastos del entierro hasta un máximo de \$10,000.00 son pagados.

C. Beneficios por Rehabilitación Vocacional

El trabajador tiene derecho a servicios de rehabilitación vocacional cuando, por consecuencia de una lesión cubierta bajo la Ley de Compensación para Trabajadores de Nebraska, un trabajador está incapacitado para regresar a un empleo adecuado para el cual el o ella tiene entrenamiento previo o experiencia laboral. Estos servicios son voluntarios y, si no son ofrecidos por el empleador/compañía de seguros, el trabajador puede solicitar servicios de rehabilitación vocacional. Si los interesados no pueden llegar a un acuerdo sobre la elección de un consejero de rehabilitación vocacional, los interesados pueden solicitar que la Sección de Rehabilitación Vocacional de la corte nombre un consejero de rehabilitación vocacional. Si se determina que el trabajador necesitará servicios, el consejero de rehabilitación vocacional puede presentar un plan de servicios de rehabilitación vocacional a la corte para aprobación. El empleador/compañía de seguros paga los beneficios de incapacidad temporal mientras el trabajador participe y progrese satisfactoriamente en el plan. El cargo por la evaluación y por el desarrollo e implementación del plan será pagado por el empleador/compañía de seguros. El Fondo de Compensación para Trabajadores, el cual es administrado por la corte, paga los costos del plan de rehabilitación. Preguntas con respecto a servicios de rehabilitación vocacional pueden ser dirigidas a un especialista de rehabilitación vocacional en la Corte de Compensación para Trabajadores de Nebraska.

¿Qué es el Fondo de Segunda Lesión?

Nota: Efectivo el primero de Julio del 2000, El Fondo de Segunda Lesión se fusionó con el Fondo de Rehabilitación y se llamará el Fondo de Compensación para Trabajadores.

El Fondo de Compensación para Trabajadores es financiado por tasaciones en contra de compañías de seguro y empleadores que estén asegurados por su cuenta y está administrado por la corte. Para poder recibir beneficios por indemnización del fondo, un trabajador debe tener una incapacidad seria anterior documentada por el empleador a través de archivos por escrito cuando el trabajador es empleado o retenido en el empleo. Si una lesión subsiguiente produce una incapacidad mayor de la que hubiese resultado de solo la última lesión, el Fondo de Segunda Lesión pagará por el aumento en incapacidad y el empleador pagará solamente por la última lesión.

¿Cómo se obtienen los beneficios de compensación para trabajadores?

Un trabajador debe dar aviso a su empleador inmediatamente acerca de cualquier lesión relacionada con el trabajo o de enfermedades ocupacionales. El trabajador también debe informar al médico que lo/la está atendiendo que es una lesión causada por el trabajo para que el doctor pueda cumplir con el requisito reglamentario de presentar un primer reporte de tratamiento médico al empleador/compañía de seguros. El trabajador también debe presentar los cargos por tratamiento médico al empleador/compañía de seguros para que sean pagados pronto.

¿Puede un trabajador obtener el nombre de la compañía de seguros de compensación para trabajadores del empleador?

Esta información puede ser obtenida comunicándose con el empleador o con la corte. Las compañías de seguro tienen la obligación de reportar a la corte todas las pólizas de seguro de compensación para trabajadores que ellos venden y son sujetos a multas por no reportar.

¿Qué debe hacer un empleador después de recibir aviso de una lesión en el trabajo?

El empleador debe dar aviso a su compañía de seguros de compensación para trabajadores de la lesión o enfermedad ocupacional. El empleador, o la compañía de seguros, debe presentar un Primer Reporte de la Supuesta Lesión Ocupacional o Enfermedad a la corte dentro de 10 días de la fecha del aviso de la lesión. El trabajador lesionado no es responsable de presentar este reporte.

La aseguradora investiga el reclamo y usualmente debe de comenzar a hacer pagos de compensación por salarios perdidos y costos médicos dentro de 30 días después de la notificación de la lesión. Sin embargo, los pagos de beneficios podrían ser retrasados si la responsabilidad con respecto al reclamo es cuestionada.

¿Puede el empleador usar los servicios de un plan de cuidado supervisado?

Un empleador puede usar los servicios de un plan de cuidado supervisado que haya sido certificado por la corte. Sin embargo, un empleador no puede hacer contratos directamente con un plan de cuidado supervisado certificado a menos que el empleador haya sido aprobado por la corte como asegurado por su cuenta. Otros empleadores pueden usar los servicios de un plan de cuidado supervisado certificado, que haya hecho un contrato con la compañía de seguros de compensación para trabajadores o con un consorcio de gerencia de riesgo intergubernamental. Solamente un plan que haya sido certificado por la corte puede ser usado con propósitos de compensación para trabajadores de Nebraska. Cuando se usa un plan médico supervisado certificado, el empleador debe dar aviso completo a cada trabajador cubierto por este acerca de cómo recibir servicios y los derechos del trabajador bajo el plan.

¿Cuánto tiempo toma para recibir compensación después que la lesión es reportada?

El tiempo que toma varía con cada empleador y aseguradora. Generalmente, el empleador/compañía de seguros, debe empezar a hacer los pagos de compensación por pérdida de salarios (indemnización) y gastos médicos dentro de 30 días del aviso de la lesión o de la cuenta medica. Sin embargo, los pagos de beneficios pueden ser postergados si se disputa la responsabilidad por el reclamo. En ciertas circunstancias, se puede añadir una multa de 50 por ciento por tiempo de espera si el pago no se hace dentro de 30 días. Esto requiere una determinación que no hay ninguna disputa con respecto al reclamo del trabajador sobre los beneficios. Esta determinación se hace generalmente por un juez de la corte después de una audiencia sobre el asunto. Multas por tiempo de espera también se dan en el caso de falta de pago de compensación después de 30 días de la orden final del fallo o de la sentencia de la corte.

¿Cuándo son pagados los beneficios por incapacidad permanente?

Después que el trabajador haya sido dado de alta del tratamiento médico y que pueda regresar a trabajar, si la evidencia médica indica que el trabajador ha sufrido incapacidad permanente debido a la lesión, el trabajador tiene derecho a pagos de acuerdo al grado de incapacidad permanente adquirida.

El empleador/asegurador podrá ofrecer el pago como pago único o en plazos durante un período de varias semanas. Cuando el demandante no tiene la representación de un abogado, y en algunas otras instancias, el pago único debe ser aprobado por el tribunal para obligar a las partes y cancelar el derecho del empleado a

cualquier beneficio posterior. En algunos casos, las partes pueden participar en un convenio total con entablar una Renuncia (Release) en lugar de una Solicitud Para un Convenio de Liquidación y Pago Único (Lump Sum Settlement Application). Una Renuncia no recibe consideración ni aprobación de un tribunal. Los convenios que califiquen para ser entablados como Renuncias aún podrán ser presentados como Solicitud para un Convenio de Liquidación y Pago Único (Lump Sum Settlement Application) para la consideración y aprobación del tribunal, pero no es requerido.

¿Qué puede hacer el trabajador si el empleador/compañía de seguros no paga los beneficios?

El trabajador puede comunicarse con la Corte de Compensación para Trabajadores de Nebraska llamando al 800-599-5155 o al 402-471-6468. Un especialista de información pública discutirá esta situación con el trabajador y le dará indicaciones para obtener asistencia adicional conforme sea apropiado. El personal no puede proveer consejos legales u ofrecer opiniones legales.

Cualquier persona envuelta en un reclamo con respecto a compensación de trabajadores puede solicitar el proceso de resolución de disputa informal para ayudar a resolver un asunto o un caso completo sin la necesidad de una audiencia formal.

Los abogados mediadores actuando en una capacidad neutral pueden ayudar a las personas a resolver sus disputas y a llegar acuerdos. Para solicitar el proceso de resolución de disputa informal, escriba al coordinador de mediación de la Corte de Compensación para Trabajadores al P.O. Box 98908, Lincoln NE 68509-8908.

El trabajador también puede entablar una demanda con la Corte de Compensación para Trabajadores de Nebraska. Formularios para peticiones pueden ser obtenidos en la Corte. El trabajador se puede representar a sí mismo/a, o puede ser representado por un abogado.

Se puede presentar una petición dentro de dos años de la fecha del accidente o de la fecha del último pago de compensación (ya sea pagos por indemnización o médicos), o el reclamo por compensación puede ser prohibido por la Ley de Limitaciones.

Una vez que se reciba la petición, la corte dará aviso al empleador/compañía de seguros a través de citaciones judiciales. El empleador/agencia de seguros tiene 14 días para presentar una respuesta. La fecha de la audiencia es fijada entonces. La audiencia se lleva a cabo en el condado donde ocurre la lesión o en cualquier otro condado que acuerden los interesados.

En la audiencia, un juez de la Corte de Compensación para Trabajadores de Nebraska escuchará el caso y entonces tomará una decisión por escrito, la cual será enviada por correo a todos los interesados.

Si cualquiera de las partes (ya sea el empleado o el empleador/ compañía aseguradora) no estuviese satisfecha con la decisión tomada por el juez a cargo del juicio, dicha parte podría apelar la decisión al presentar una apelación frente al Tribunal de Apelaciones de Nebraska. Para solicitar una apelación, se debe presentar el documento de Aviso de Apelación ante la secretaria de actas del Tribunal de Compensaciones Laborales dentro de 30 días a partir de la fecha en que el juez dio su decisión.

¿Cómo puede un empleador cumplir con el requisito reglamentario de proveer cobertura de compensación para trabajadores?

Bajo la Ley de Compensación para Trabajadores de Nebraska hay sólo tres métodos a través de los cuales los empleadores pueden cumplir con sus obligaciones para asegurar los pagos de compensación:

- (1) Comprando una póliza de seguros de compensación para trabajadores de una compañía de seguros privada licenciada por el Departamento de Seguros de Nebraska;
- (2) Solicitando a la Corte de Compensación para Trabajadores de Nebraska y obteniendo la autorización de la corte para asegurarse por su cuenta; o,
- (3) en el caso de que un empleador que sea arrendatario de uno o más vehículos motorizados comerciales arrendados a un transportista de vehículos motorizados que esté asegurado por su cuenta, con su lugar principal de negocios en Nebraska, al llegar a un acuerdo efectivo con el transportista vehículos motor-

izados asegurado por su cuenta, que dicho transportista pague los beneficios de compensación para trabajadores al conductor lesionado. Este método solo satisficará las obligaciones del empleador con respecto a los conductores. Cualquier obligación con respecto a otros trabajadores debe ser satisfecha bajo uno de los primeros dos métodos.

¿Quién puede ser asegurado por su cuenta?

Los empleadores que satisfagan ciertos requisitos y que hayan sido aprobados por la corte pueden ser auto asegurados. El empleador debe tener un mínimo de 100 trabajadores, una fuerte base financiera, y un buen record de seguridad, y debe presentar un bono garante y seguro en exceso a la corte. Un empleador no aprobado por la corte debe tener una póliza de seguro de compensación para trabajadores, o si no tendrá que asegurar el pago de compensación como es requerido por la ley.

¿Cuáles son las posibles consecuencias o penalidades si el empleador no provee cobertura bajo el seguro de compensación para trabajadores?

Una o más de las siguientes penalidades se podrían imponer:

- (1) una multa que no exceda \$1,000.00 por cada violación. Cada día que no pague cobertura constituye una violación separada,
- (2) prisión por no mas de un año,
- (3) la prohibición de hacer negocios en el Estado de Nebraska, hasta que una resolución sea asegurada.

También, un trabajador lesionado puede demandar por daños al empleador en la Corte del Distrito, y el empleador perderá sus defensas en Corte Civil.

Este folleto informativo ha sido preparado por la Corte de Compensación para Trabajadores de Nebraska para responder las preguntas más comunes en relación a la compensación para trabajadores. Preguntas adicionales deben ser dirigidas a:

**Nebraska Workers' Compensation Court
P.O. Box 98908
Lincoln, NE 68509-8908**

800-599-5155 o 402-471-6468

<http://www.wcc.ne.gov/>

Revisado Junio 2016



Choosing a Doctor for a Work-Related Injury — Rule 50

NOTE: The rights to choose and change doctors are governed by statute and rules. This is a simplified explanation of those rights. Please refer to Nebraska Revised Statutes (laws, written as “NEB. REV. STAT.”) Section (§) 48-120 and Nebraska Workers' Compensation Court Rules 49, 50, and 56 for more information.

If you are the EMPLOYEE:

Tell your employer as soon as possible when you have an injury at work. After you report a work injury, your employer should tell you about your right to choose a primary treating doctor to treat you for that injury (“doctor” means a person licensed to practice medicine and surgery, osteopathic medicine, chiropractic, podiatry, or dentistry). You may use the court’s Form 50, *Choice of Doctor*, to tell the employer your choice of doctor. Your employer should provide you with this form.

If your employer does tell you about your right to choose a primary treating doctor, you may choose ONLY a doctor who has treated you or a member of your family before your injury (“family member” means your spouse, child, parent, stepchild or stepparent). The doctor must have records of that treatment. If your employer asks, you or your family member must give your employer written permission to verify treatment with this doctor.

If you have such a doctor and want that doctor to treat you for your work injury, you need to *tell your employer the name of the doctor*. Unless it is an emergency, you cannot get any treatment for the work injury until you have given your doctor’s name to your employer. If it is an emergency, get the treatment you need, then tell your employer the name of your doctor.

Your employer can choose the doctor to treat you if:

- you don’t have a family doctor (explained above);
- you don’t tell your employer the name of your family doctor; or
- you refuse to give permission for your employer to verify treatment.

It is best if you give your employer the name of your doctor in writing, which should be done on the Form 50, *Choice of Doctor*, that should be given to you by your employer.

After your employer tells you about your right to choose a doctor there can be no change in the doctor chosen unless you and your employer agree to the change or the court orders a change. This is true whether you or your employer chose the doctor in the first place. If you are referred to another doctor for special tests or services, this is not a change in doctor.

If your employer does not tell you about your right to choose a doctor, you may choose ANY doctor as your treating doctor. In this situation, you are not limited to choosing a doctor who has treated you or a member of your family before your injury.

There are other times when you can choose your doctor. You can choose your own doctor to do major surgery, if your injury involves dismemberment, or if your claim is denied.

You may have to pay for medical treatment you receive if you do not follow the rules about choosing or changing doctors.

If you are the EMPLOYER:

*You must tell the employee about their right to choose a doctor to treat an employee's work injury as soon as you can after you know about an injury. You should use the court's Form 50, *Choice of Doctor*, to tell the employee about these rights. This form is available on the court's website (<https://www.newcc.gov/>).*

You may choose the doctor if, after telling the employee about the right to choose:

- no doctor has treated the employee or a member of the employee's family before the work injury;
- or the employee does not select a doctor who has records of such treatment;
- or you are refused the authorization needed to verify such prior treatment, if you ask for it.

NOTE: You must allow the employee a reasonable amount of time to choose the doctor.

After telling the employee about the right to choose, there can be no change in doctor unless you and the employee agree or the court orders a change. This is true whether you or your employee chose the doctor. If the employee is referred to another doctor for special tests or services, this is not a change in doctor.

Even if you tell the employee about the right to choose and then you get to choose the doctor, there are times when the employee is free to choose a doctor. The employee can choose the doctor:

- to do major surgery;
- if the injury involves dismemberment; or
- if the claim is denied.

If you do not tell the employee about the right to choose the doctor, the employee can then choose ANY doctor to provide treatment for the work injury.

Common questions asked by employees:

Can my employer make me see a doctor other than the one I've chosen to treat me?

Your employer cannot make you get *treatment* from another doctor. However, your employer or their insurance company can ask you to see another doctor of their choice for an *examination*. This doctor will not start treating you; it will just be an examination. If you unreasonably refuse to submit to the examination, you may not get benefit payments for the time you refuse to be seen. You may be asked to see more than one doctor for other examinations.

What if I want to change my primary treating doctor?

If the doctor has been chosen AFTER your employer told you of your rights, you can't change doctors unless your employer agrees or the court orders a change. If you want to change, talk to your employer about the reasons. If your employer agrees, you may change doctors.

What if my employer wants me to change doctors?

If the doctor has been chosen AFTER your employer told you of your rights, you can't be made to change your doctor unless you agree or unless the court orders you to change.

What if it is an emergency?

If you have a medical emergency, see any doctor as soon as you can. The rules about choosing a doctor don't apply until after the emergency is over. If you need more treatment, the rules to choose or change your doctor will apply.

What if my employer or the insurer has a managed care plan?

You can still choose a doctor, but it must be one who has treated you or a family member before your injury. Your doctor must agree to the rules of your employer's managed care plan. If you don't have a doctor, you may choose among the doctors signed up with your employer's managed care plan.

What if my employer won't agree to let me change doctors?

You can ask for Informal Dispute Resolution (IDR), also known as mediation, from the court. Before you ask for mediation, you must first try to get your employer to agree to your request to change doctors. If this doesn't work, you or your employer can ask for help through the court's mediation process. A court staff member will try to help you and your employer come to an agreement. If mediation doesn't work, you have the option to file a motion or petition (lawsuit) with the court for a judge to decide the matter. More information about the IDR process and other dispute resolution options is available on our website (<https://www.newcc.gov/>).

What if my employer doesn't tell me about my rights to choose a doctor?

You may choose ANY doctor to treat you.

This publication is a product of the Nebraska Workers' Compensation Court and is provided as a public service. It is not intended to be used or construed as legal advice by the Nebraska Workers' Compensation Court. The court will not be liable for any loss, injury, or direct, special, incidental or consequential damage incurred as a consequence, directly or indirectly, of the use or application of the contents herein. Further inquiries may be directed to the court; however, please note court staff may not provide legal advice or opinions.

General questions may be directed to the court's information line at **800-599-5155 or 402-471-6468** or you may contact the court by email from the court's website (<https://www.newcc.gov/>). **Case-specific questions should be directed to a private lawyer, as the Nebraska Workers' Compensation Court cannot provide legal advice. Court staff may not complete the forms for you.**

Nebraska Workers' Compensation Court
P.O. Box 98908
Lincoln, NE 68509-8908
800-599-5155 or 402-471-6468
<http://www.newcc.gov/>

Revised April 2023



Elección de un Médico para una Lesión Relacionada con el Trabajo — Regla 50

NOTA: Los derechos a elegir y cambiar de médico se rigen por estatuto y reglamento. Esta es una explicación simplificada de esos derechos. Por favor refiérase a los Estatutos Revisados de Nebraska (leyes, escritas como "NEB. REV. STAT.") Sección (§) 48-120 y las Reglas del Tribunal de Compensación para Trabajadores de Nebraska 49, 50, y 56 para más información.

Si usted es el(la) EMPLEADO(A) / TRABAJADOR(A):

Informe a su empleador lo antes posible cuando sufra una lesión en el trabajo. Después de que usted reporte una lesión laboral, su empleador debe comunicarle su derecho a elegir un médico de cabecera para que lo trate por esa lesión ("médico" significa una persona con licencia para practicar medicina y cirugía, medicina osteopática, quiropráctica, podología u odontología). Puede utilizar el Formulario 50 del tribunal, *Elección de Médico (Choice of Doctor)*, para notificar al empresario su elección de médico. Su empleador debe proporcionarle este formulario.

Si su empleador le informa de su derecho a elegir un médico de cabecera / medico familiar, SÓLO puede elegir un médico que le haya tratado a usted o a un miembro de su familia antes de la lesión ("miembro de la familia" significa su cónyuge, hijo(a), padre / madre, hijastro(a) o padrastro / madrastra). El médico debe tener registros de ese tratamiento. Si su empresa se lo solicita, usted o su familiar deben autorizar por escrito a su empresa el verificar el tratamiento con este médico.

Si tiene un médico de este tipo y desea que ese médico lo trate por su lesión laboral, *debe informarle a su empleador el nombre del médico*. A menos que sea una emergencia, no puede obtener ningún tratamiento para la lesión laboral hasta que le haya dado el nombre de su médico a su empleador. Si es una emergencia, obtenga el tratamiento que necesita, luego dígame a su empleador el nombre de su médico.

Su empleador puede elegir al médico que lo tratará si:

- usted no tiene un médico de cabecera (explicado anteriormente);
- usted no le dice a su empleador el nombre de su médico de cabecera; o
- usted se niega a dar permiso para que su empleador verifique el tratamiento.

Lo mejor es que le dé a su empleador el nombre de su médico por escrito, lo cual debe hacerse en el formulario 50, *Elección de Médico (Choice of Doctor)*, que debe entregarle su empleador.

Después de que su empleador le informe sobre su derecho a elegir un médico, no puede haber ningún cambio en el médico elegido a menos que usted y su empleador estén de acuerdo con el cambio o el tribunal ordene un cambio. Esto es cierto ya sea que usted o su empleador elijan al médico en primer lugar. Si le refieren a otro médico para exámenes o servicios especiales, esto no significa un cambio de médico.

Si su empleador no le informa de su derecho a elegir médico, puede elegir a CUALQUIER médico como médico tratante. En esta situación, no está limitado a elegir un médico que le haya tratado a usted o a un miembro de su familia antes de su lesión.

Hay otras ocasiones en las que puede elegir a su médico. Puede elegir su propio médico para realizar una cirugía mayor, si su lesión implica desmembramiento, o si su reclamación es denegada.

Puede que tenga que pagar por el tratamiento médico que reciba si no sigue las normas sobre la elección o el cambio de médico.

Si usted es el EMPLEADOR:

Usted debe comunicar al empleado(a) / trabajador(a) su derecho a elegir un médico para tratar una lesión laboral del empleado(a) tan pronto como pueda después de enterarse de la lesión. Debe utilizar el Formulario 50 del tribunal, Elección de Médico (Choice of Doctor), para informar al empleado(a) sobre estos derechos. Este formulario está disponible en el sitio web del tribunal (<https://www.newcc.gov/>).

Puede elegir el médico si, después de informar al empleado(a) sobre el derecho de elección:

- *ningún médico ha tratado al empleado(a) o a un miembro de la familia del empleado(a) antes del accidente de trabajo;*
- *o el empleado(a) no selecciona un médico que tenga registros de dicho tratamiento;*
- *o se le deniega la autorización necesaria para verificar dicho tratamiento previo, si usted lo solicita.*

NOTA: *Debe conceder al empleado(a) un tiempo razonable para elegir el médico.*

Después de informar al empleado(a) sobre su derecho a elegir, no puede haber cambio de médico a menos que usted y el empleado(a) se pongan de acuerdo, o que el tribunal ordene un cambio. Esto es así ya sea que usted o que su empleado(a) elijan al médico. Si el empleado(a) es derivado(a) a otro médico para que le haga exámenes o servicios especiales, esto no significa un cambio de médico.

Aunque se le comunique al empleado(a) el derecho a elegir y luego se elija el médico, hay veces que el empleado(a) es libre de elegir un médico. El empleado(a) puede elegir al médico:

- *para realizar una cirugía mayor;*
- *si la lesión implica desmembramiento; o*
- *si la reclamación es denegada.*

Si no se informa al empleado(a) de su derecho a elegir el médico, el empleado(a) puede elegir a CUALQUIER médico para el tratamiento del accidente de trabajo.

Preguntas más frecuentes de los empleados:

¿Puede mi empleador obligarme a acudir a un médico distinto del que he elegido para que me atienda?

Su empresa no puede obligarle a recibir *tratamiento* de otro médico. Sin embargo, su empresa o su compañía de seguros pueden pedirle que acuda a otro médico de su elección para que le *examine*. Este médico no empezará a tratarle; será sólo un examen. Si se niega injustificadamente a someterse al examen, es posible que no reciba el pago de las prestaciones por el tiempo que se niegue a ser atendido. Es posible que se le pida que acuda a más de un médico para otros exámenes.

¿Qué pasa si quiero cambiar de médico de cabecera?

Si el médico ha sido elegido DESPUÉS de que su empleador le haya informado de sus derechos, no puede cambiar de médico a menos que su empleador esté de acuerdo o que el tribunal ordene el cambio. Si quiere cambiar, hable con su empleador sobre los motivos. Si su empresa está de acuerdo, puede cambiar de médico.

¿Y si mi empresa quiere que cambie de médico?

Si el médico ha sido elegido DESPUÉS de que su empleador le haya informado de sus derechos, no se le puede obligar a cambiar de médico a menos que usted esté de acuerdo o que el tribunal le ordene el cambio.

¿Qué pasa si se trata de una emergencia?

Si tiene una emergencia médica, acuda a cualquier médico tan pronto como pueda. Las reglas para elegir un médico no se aplican hasta que la emergencia haya terminado. Si necesita más tratamiento, se aplicarán las normas para elegir o cambiar de médico.

¿Qué pasa si mi empleador o la aseguradora tiene un plan de atención administrada?

Puede seguir eligiendo un médico, pero debe ser uno que le haya tratado a usted o a un familiar antes de su lesión. Su médico debe aceptar las normas del plan de atención administrada de su empresa. Si no tiene un médico, puede elegir entre los médicos inscritos en el plan de atención administrada de su empresa.

¿Qué pasa si mi empleador no acepta dejarme cambiar de médico?

Puede solicitar al tribunal la Resolución Informal de Conflictos (IDR), también conocida como mediación. Antes de solicitar la mediación, debe intentar que su empresa acepte su solicitud de cambio de médico. Si esto no funciona, usted o su empleador pueden pedir ayuda a través del proceso de mediación del tribunal. Un funcionario del tribunal tratará de ayudarle a usted y a su empleador a llegar a un acuerdo. Si la mediación no funciona, tiene la opción de presentar una moción o petición (demanda) ante el tribunal para que un juez decida el asunto. Para más información sobre el proceso IDR y otras opciones de resolución de conflictos disponibles, consulte nuestra página web (<https://www.newcc.gov/>).

¿Qué pasa si mi empleador no me informa de mis derechos de elección de médico?

Usted puede elegir a CUALQUIER médico para que le atienda.

Esta publicación es un producto del Tribunal de Compensación para Trabajadores de Nebraska (Nebraska Workers' Compensation Court) y se proporciona como un servicio público. No tiene la intención de ser utilizada o interpretada como asesoramiento legal por el Tribunal de Compensación para Trabajadores de Nebraska. El tribunal no será responsable de ninguna pérdida, lesión o daño directo, especial, incidental o consecuente incurrido como consecuencia, directa o indirecta, del uso o la aplicación del contenido de este documento. Para más información, puede dirigirse al tribunal; sin embargo, tenga en cuenta que el personal del tribunal no puede proporcionar asesoramiento u opiniones legales.

Preguntas generales pueden dirigirse a la línea de información del tribunal al **800-599-5155 o 402-471-6468** o puede ponerse en contacto con el tribunal por correo electrónico desde el sitio web del tribunal (<https://www.newcc.gov/>). **Preguntas sobre casos específicos deben dirigirse a un abogado privado, ya que el Tribunal de Compensación para Trabajadores de Nebraska no puede proporcionar asesoramiento jurídico. El personal del tribunal no puede rellenar los formularios por usted.**

Nebraska Workers' Compensation Court

P.O. Box 98908

Lincoln, NE 68509-8908

800-599-5155 or 402-471-6468

<http://www.newcc.gov/>

Revisado en abril de 2023

NOTICE OF EMPLOYEE'S RIGHT TO CHOOSE A DOCTOR

For questions about this form or workers' compensation in general, contact the Nebraska Workers' Compensation Court at 800-599-5155 (toll free) or 402-471-6468, or by email at general@newcc.gov. Additional information is available on the court's website at <https://www.newcc.gov/>.

NOTICE TO EMPLOYER: Give this form to the injured worker as soon as possible **AFTER** each injury.

EMPLOYEE MAY CHOOSE

When you are injured at work, you may have the right to choose a doctor to treat you. See Neb. Rev. Stat. § 48-120 and Neb. Workers' Comp. R. 49, 50 and 56.

If your employer gives you notice of this right following the accident, your choice of doctor is limited to a doctor who has treated you or an immediate family member before the injury.

- You must choose as soon as possible after your employer gives you this notice.
- If you have such a doctor and want that doctor to treat you for your work injury, you must tell your employer the name of the doctor.
- You can use the *Choice of Doctor Designation Form* below to record the name of the doctor you choose.
- Immediate family members are your spouse, children, parents, stepchildren, and stepparents.
- If your employer asks, you or your family member must give your employer written permission to verify prior treatment.

If it is an emergency, get the treatment you need, then tell your employer the name of your doctor.

You may choose any doctor to perform major surgery or an amputation, if that treatment is recommended.

Once you choose your doctor, you may not change doctors unless your employer agrees or the Nebraska Workers' Compensation Court orders a change. The chosen doctor may provide a referral for medical services. A referral by the chosen doctor is not a change.

If your claim is denied, you may choose any doctor. You will be responsible for the medical bills unless your employer is later found liable for the claim.

If you choose a doctor outside the community where you live or work, and a doctor is available in a closer community, you will not receive mileage reimbursement.

EMPLOYER MAY CHOOSE

If you were notified, but do not choose a doctor who treated you or a family member before the accident, YOUR EMPLOYER HAS THE RIGHT TO CHOOSE YOUR DOCTOR.

If you were notified, but you or your family member do not give permission for your employer to verify prior treatment with the doctor you choose, YOUR EMPLOYER HAS THE RIGHT TO CHOOSE YOUR DOCTOR.

EMPLOYEE CONFIRMATION OF NOTICE

My employer has informed me of the right to choose a doctor.

[EMPLOYEE NAME]

[EMPLOYEE SIGNATURE]

[DATE OF NOTICE]

EMPLOYER CONFIRMATION OF NOTICE

I have informed my employee of the right to choose a doctor.

[EMPLOYER REPRESENTATIVE NAME]

[EMPLOYER REPRESENTATIVE SIGNATURE]

[DATE OF NOTICE]

CHOICE OF DOCTOR DESIGNATION FORM

I choose the following doctor to treat me for the work-related injury I had on _____. I certify that this doctor has treated me or an immediate family member before the work-related injury. [DATE OF INJURY]

[DOCTOR NAME]

[DOCTOR ADDRESS, IF KNOWN]

[EMPLOYEE SIGNATURE]

[DATE]

OR (Indicate your reason(s) for not choosing a doctor)

I do not have a doctor who has treated me or an immediate family member before this injury.

I have received notice of my right to choose a doctor, but I do not wish to choose a doctor who has treated me or an immediate family member.

[EMPLOYEE SIGNATURE]

[DATE]

NOTIFICACIÓN DEL DERECHO DEL EMPLEADO A ELEGIR UN MÉDICO

Por cualquier pregunta sobre este formulario o cualquier otra pregunta sobre la compensación de trabajadores, comuníquese con La Corte de Compensación de Trabajadores de Nebraska al (número gratuito) 800-599-5155 o 402-471-6468, o por correo electrónico al general@newcc.gov. Para más información, visite la página web de la corte <https://www.newcc.gov/>.

NOTIFICACIÓN AL EMPLEADOR: Entréguele este formulario al trabajador lesionado tan pronto como sea posible **DESPUÉS** de cada lesión.

EL EMPLEADO PUEDE ELEGIR

Cuando Ud. sufra una lesión laboral, puede que tenga el derecho a elegir el médico que lo trate. Consulte, el Estatuto Revisado de Nebraska § 48-120 y Reglas de La Compensación de Trabajadores de Nebraska 49, 50 y 56.

Si su empleador le notifica de este derecho después del accidente, la elección que tiene Ud. está limitada a un médico que ha tratado o bien a Ud. o a un familiar cercano antes de la lesión.

- Ud. debe de hacer su elección tan pronto como sea posible después de que su empleador le dé esta notificación.
- Si Ud. tiene tal médico y quiere que ese médico le trate su lesión laboral, debe de decirle al empleador el nombre del médico.
- Ud. puede utilizar el *Formulario de Nombramiento de Médico Elegido* a continuación para registrar el médico que Ud. elige.
- Los familiares cercanos incluyen su esposo/a, hijos, padres, hijastros y padrastrós.
- Si su empleador se lo pide, Ud. o su familiar debe de entregarle permiso escrito para verificar tratamiento previo.

Si es una emergencia, reciba el tratamiento que necesite, y luego dígame a su empleador el nombre de su médico.

Ud. puede elegir cualquier médico para operarle en una cirugía mayor o amputación si ese tratamiento está recomendado.

Una vez elegido el médico, no se le permite cambiar de médicos a no ser que su empleador esté de acuerdo o si el Tribunal de Compensación de Trabajadores ordene tal cambio. El médico elegido puede dar una referencia para los servicios médicos. No constituye un cambio de médicos si el médico elegido le deriva a Ud. a otro médico.

Si se le niega el reclamo, Ud. puede elegir cualquier médico. Ud. será responsable por los gastos médicos a no ser que se le responsabilice a su empleador por el reclamo en un momento futuro.

Si Ud. elige un médico fuera de la comunidad en la que vive o trabaja y se encuentra disponible un médico en una comunidad más cercana, Ud. no recibirá reembolso por millaje.

EL EMPLEADOR PUEDE ELEGIR

Si Ud. fue notificado pero no elige un médico que ha tratado a Ud. o a un familiar antes del accidente, entonces SU EMPLEADOR TIENE EL DERECHO A ELEGIR EL MÉDICO.

Si Ud. fue notificado pero Ud. o su familiar no le da permiso al empleador para que verifiquen tratamiento previo con el médico que Ud. elige, entonces SU EMPLEADOR TIENE EL DERECHO A ELEGIR EL MÉDICO.

CONFIRMACIÓN DE NOTIFICACIÓN AL EMPLEADO

Mi empleador me ha notificado del derecho a elegir un médico.

[NOMBRE DEL EMPLEADO]

[FIRMA DEL EMPLEADO]

[FECHA DE NOTIFICACIÓN]

CONFIRMACIÓN DE NOTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR

Yo le he informado a mi empleado de su derecho a elegir un médico.

[NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL EMPLEADOR]

[FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL EMPLEADOR]

[FECHA DE NOTIFICACIÓN]

FORMULARIO DE NOMBRAMIENTO DE MÉDICO ELEGIDO

Yo elijo que el siguiente médico me trate por la lesión laboral que sufrí el _____. Doy fe de que este médico ha tratado o bien a mí o a un familiar cercano antes de esta lesión laboral.

[FECHA DE LESIÓN]

[NOMBRE DEL MÉDICO]

[DIRECCIÓN DEL MÉDICO, SI SE SABE]

[FIRMA DEL EMPLEADO]

[FECHA]

(Marque la(s) razón(es) por no elegir un médico)

No hay médico que ha tratado o a mí o a un familiar cercano antes de esta lesión.

He recibido notificación de mi derecho a elegir un médico pero no deseo elegir un médico que ha tratado o a mí o a un familiar cercano.

[FIRMA DEL EMPLEADO]

[FECHA]



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 Incident Report

This form should be filled out by the injured employee.

Name

Employer Name

Date of Incident

Time of incident

Time you began work on day of incident

Address of Incident

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 incident 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 incident occurred?

The above form is true and correct.

Signature

Date Completed

Informe de Incidente del Empleado

A ser completado por el trabajador lesionado.



Nombre del empleado

Nombre del empleador

Fecha del incidente

Hora del incidente

Hora en que usted empezó a trabajar el día del incidente

Dirección del Incidente

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 incidente? 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 incidente?

El informe anterior es verdadero y correcto.

Firma

Fecha En Que Se Completó El Formulario

Supervisor's Report of Employment Incident



Employee Name

Employer Name

Date of Incident

Time of incident

Time the employee began work on day of incident

Did the employee report the incident immediately?

Address of Incident

City, State

Zip

Offsite? (Y/N)

How did the injury occur? What job duties was the employee 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 incident occurred (including self)?

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



Supervisor's Report of Employment Incident

Indicate working conditions present that led to incident (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 incident

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 de Incidente del Supervisor



Nombre del empleado

Nombre del empleador

Fecha del incidente

Hora del incidente

Fecha en que se informó el incidente

¿Informó el empleado el incidente inmediatamente?

Dirección del Incidente

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 incidente (incluyendo él mismo)?

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



Informe de Incidente del Supervisor

Indique las condiciones de trabajo presentes que conllevaron al incidente (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

Incidente 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 Incident

Employee Name

Witness' Name

Witness' Phone Number

Witness' Address

City, State

Zip

Offsite? (Y/N)

Date of Incident

Time of incident

Address of Incident

City, State

Zip

Offsite? (Y/N)

Did you witness the above-reported incident? 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 incident occurred?

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

The above form is true and correct.

Witness' Signature

Date Completed

Informe de Incidente del Testigo



Nombre del Empleado

Nombre del Testigo

Teléfono del Testigo

Dirección del Testigo

Ciudad, Estado

Código Postal

Fuera del Lugar de Trabajo? (Si/No)

Fecha Del Incidente

Hora del incidente

Dirección del incidente

Ciudad, Estado

Código Postal

Fuera del Lugar de Trabajo? (Si/ No)

¿Presenció el incidente? Si es así, ¿cómo ocurrió? ¿Qué deberes laborales estaba realizando el empleado?

¿Qué parte(s) del cuerpo del empleado resultaron lesionadas? Describa el tipo de lesión (tensión, moretón, etc.)

¿Qué dijo el empleado lesionado en el momento de la lesión? ¿El empleado lesionado se quejó de dolor en el momento de la lesión? Si se quejaron de dolor, especifique la(s) parte(s) del cuerpo(s).

¿Qué hizo el empleado después de que ocurrió el incidente?

¿Había otros testigos presentes en el momento del incidente? Si es así, por favor escríbalos aquí.

La forma anterior es verdadera y correcta.

Firma del Testigo

Fecha

Insurance Fraud Leaves a Paper Trail

Insurance Fraud Types:

Agent

- Fake Policy or Card
- Pocketing Premiums

Auto Bodily Injury

- Fake or Inflated Injury
- Staged Accident

Auto Property

- Inflated or Prior Damage
- Past Posting
- Staged Theft

General Liability

- Slip and Fall

Homeowner

- Falsified Documents
- Inflated Claim or Injury
- Phony Theft or Vandalism

Life

- Faked Death
- Forged Policy
- Murder-for-Profit

Medical Health

- Billing/Coding
- False Treatment
- False Documents
- Unnecessary Treatment

Workers' Compensation

- Double-Dipping
- Injury Unrelated to Work
- Malingering



Insurance Fraud is a CRIME!

Insurance company investigators, law enforcement, and the Nebraska Department of Insurance are getting tough on insurance fraud.

These criminals drive up your insurance premiums. Fight back and report any suspicion of insurance fraud.

Violators of this criminal offense will be subject to vigorous investigation and prosecution to the full extent of the law.

REPORT FRAUD!

If you have information that could help stop this crime, call the **Insurance Fraud Prevention Division** at the Nebraska Department of Insurance at **(402) 471-2201** or go to **www.ReportInsuranceFraud.ne.gov**.



NEBRASKA DEPARTMENT OF INSURANCE

A close-up photograph of a green frog floating in dark water. The frog is looking directly at the camera with large, dark eyes. Its mouth is slightly open, showing a yellowish interior. The water is dark and still, with a clear reflection of the frog's head and body below the surface. The background is a soft, out-of-focus greyish-blue.

Insurance Fraud Makes Me Croak

Report all insurance fraud.

Call 402-471-2201

www.ReportInsuranceFraud.ne.gov

Sponsored by the Nebraska Department of Insurance, Fraud Prevention Division

»» 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 informacion 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.