



Berkshire Hathaway  
HOMESTATE COMPANIES

Workers Compensation Division <sup>TM</sup>

# Workers Compensation State Claim Kit

*Oregon*



# Table of Contents

BHHC OR Claims Kit Introductory Letter - 3/2024 .....	1
BHHC Requirements for OR Posting Notice and Example Poster – 3/2024.....	2
OR Form 801 – Report of Job Injury or Illness – 1/2023.....	5
English.....	5
Spanish .....	6
OR Form 3283 – A Guide for Workers Recently Hurt on the Job – 07/2022 .....	8
English.....	8
Spanish .....	9
Russian.....	10
Vietnamese.....	11
OR Form 1138 – What Happens if I’m Hurt on the Job.....	12
English - 1/2023 .....	12
Spanish - 1/2018 .....	52
Russian - 4/2019.....	92
OR Form 4903 – Preferred Worker Job Offer Letter – 01/2017 .....	136
OR Form 2476 – Request for Release of Medical Records for Oregon Workers’ Compensation Claim – 03/2012 ..	137
English.....	137
Spanish .....	138
BHHC Medical History Request – 8/2023.....	140
BHHC General Employee Incident Report - 8/2023.....	141
English.....	141
Spanish .....	142
BHHC General Supervisor Incident Report - 8/2023 .....	143
English.....	143
Spanish .....	145





# Table of Contents

BHHC General Witness Incident Report – 9/2023.....	147
English.....	147
Spanish .....	148
BHHC Express Scripts First Fill Form (English & Spanish) – 12/2018 .....	149
BHHC Workers’ Compensation Fraud Posters - 3/2024.....	151
English.....	151
Spanish .....	152



P.O. Box 881236 San Francisco, CA 94188  
(888) 495-8949  
[bhhc.com](http://bhhc.com)

## Dear Policyholder:

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 to the right.

Oregon state law requires employers to report every industrial injury or occupational disease claim to their workers compensation carrier within six days of employers knowledge of an 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](mailto:newclaim@bhhc.com)





# Workers' Compensation Posting Requirements

## Instructions Regarding Form 1188 – Notice of Compliance Poster

- The Oregon Division of Workers' Compensation provides Form 1188 – Notice of Compliance
- Posters to employers upon notice of coverage or a change in coverage.
- Posters are mailed to the employer for display in a central gathering area (ex. break room) at the employer's business locations.
- The poster will remain valid as long as the policy remains active and there are no changes to the policy holder, the employer, or the insurer name. Should such a change occur, a new posting notice will automatically be provided to the employer by the Division.

We have attached an example of a Notice of Compliance Poster for your reference. Initial posters may be requested by contacting the Division's Employer Compliance Unit at 503-947-7815 or toll-free at 888-877-5670.

(Oregon Revised Statutes § 656.056)

# INJURED ON THE JOB?

## What should I do?

Notify your employer right away and ask for a Form 801 "Report of Job Injury or Illness." You have the right to file a claim if you are injured on the job.

## What does my employer have to do?

Your employer must give you the Form 801 "Report of Job Injury or Illness." Then, your employer must give notice of your claim to the insurer.

## How do I get medical treatment?

Get medical treatment from a doctor or other health care professional of your choice. Your employer cannot choose your health care provider. Some providers have limits on the services they offer, so ask your provider about these limits. Give your employer's name and insurance information listed below to your health care provider.

## What if I can't do my job?

Your health care provider may approve time off work. The insurer will tell you if you are eligible for benefits. Your employer may have light-duty work you can do while you recover.

## It is important to stay in contact with your employer and your insurer.

If you have questions, you may contact the Ombudsman for Injured Workers at 800-927-1271 or the Workers' Compensation Division at 800-452-0288. You can find the most current information about your employer's workers' compensation insurance at [WorkCompCoverage.wcd.oregon.gov](http://WorkCompCoverage.wcd.oregon.gov).

## NOTICE OF COMPLIANCE

This employer provides workers' compensation insurance for on-the-job injuries.

Insured policy holder:

Employer:

Insurer:

Policy no.:

Printed:





DEPARTMENT OF  
CONSUMER  
& BUSINESS  
SERVICES  
Workers' Compensation Division  
P.O. Box 14480  
Salem, OR 97309-0405

Address Service Requested



## Oregon Workers' Compensation *REQUIRED POSTING* notice

# NOTICE OF COMPLIANCE

### Employer:

- Post this notice in each business location in a place where your employees can see it. It is illegal to post this notice when workers' compensation insurance is not in effect.
- Give the insurance and employer information listed at the bottom of the notice to injured workers for their health care provider's billing needs.
- Notify your insurer of a worker's injury within five (5) days of your knowledge of a claim or accident that may result in a compensable injury.
- If you have questions about workers' compensation insurance, call the Workers' Compensation Division at 800-452-0288.
- To order additional posters, Spanish language posters, or to get **Notice of Compliance** information in other languages, call 503-947-7814 or go online to [WorkCompPoster.wcd.oregon.gov](http://WorkCompPoster.wcd.oregon.gov).
- To look up employer coverage information, go online to [WorkCompCoverage.wcd.oregon.gov](http://WorkCompCoverage.wcd.oregon.gov).

Insert self-insured employer and insurer name, address, phone number, and service company, if any.

# Report of Job Injury or Illness

## Workers' compensation claim

### Worker

To make a claim for a work-related injury or illness, fill out the worker portion of this form and give it to your employer. **If you do not intend to file a workers' compensation claim with the insurance company, do not sign the signature line.** Your employer will give you a copy.

Date of injury or illness:	Date you left work:	Time you began work on day of injury:	<input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.	Regularly scheduled days off:	<b>DEPT USE:</b>
Time of injury or illness:	Time you left work:	Check here if you have more than one job:	<input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> M T W T F S S	Emp
What is your illness or injury? What part of the body? Which side? (Example: Sprained right foot)					<input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Right
What caused it? What were you doing? Include vehicle, machinery, or tool used. (Example: Fell 10 feet when climbing an extension ladder carrying a 40-pound box of roofing materials)					Ins
					Occ
					Nat
					Part
					Ev
					Src
					2src

Information ABOVE this line; date of death, if death occurred; and Oregon OSHA case log number must be released to an authorized worker representative upon request.

Your legal name:	Language preference:	Birthdate:	Gender: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Your mailing address:			
Home phone:	Work phone:	Occupation:	
Names of witnesses:			
Name and phone number of health insurance company:		Name and address of health care provider who treated you for the injury or illness you are now reporting:	
Were you hospitalized overnight? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
Were you treated in the emergency room? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
<p><b>By my signature, I am making a claim for workers' compensation benefits. The above information is true to the best of my knowledge and belief. I authorize health care providers and other custodians of claim records to release relevant medical records to the workers' compensation insurer, self-insured employer, claim administrator, and the Oregon Department of Consumer and Business Services. Notice: Relevant medical records include records of prior treatment for the same conditions or of injuries to the same area of the body. A HIPAA authorization is not required (45 CFR 164.512(I)). Release of HIV/AIDS records, certain drug and alcohol treatment records, and other records protected by state and federal law requires separate authorization.</b></p> <p><b>I understand I have a right to see a health care provider of my choice subject to certain restrictions under ORS 656.260 and ORS 656.325.</b></p>			
Worker signature:	Completed by (please print):	Date:	

### Employer

Complete the rest of this form and give a copy of the form to the worker. Even if the worker does not want to file a claim, keep a copy of this form.

Employer legal business name:	Phone:	FEIN:
If worker leasing company, list client business name:		Client FEIN:
Address of principal place of business (not P.O. Box):		Insurance policy no.:
Street address from which worker is/was supervised:	ZIP:	Nature of business in which worker is/was supervised:
Address where event occurred:		
Was injury caused by failure of a machine or product, or by a person other than the injured worker? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Were other workers injured? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		OSHA 300 log case no:
Date employer knew of claim:	Date worker returned to work:	Worker's weekly wage: \$
		Date worker hired:
		If fatal, date of death:
By my signature, I acknowledge I am responsible for notifying my workers' compensation insurance company within five days of knowledge of the claim. <b>I understand I may not restrict the worker's choice of or access to a health care provider. If I do, it could result in civil penalties under ORS 656.260.</b>		
Employer signature:	Name and title (please print):	Date:

**OSHA requirements:** Employers must report work-related fatalities and catastrophes to Oregon OSHA either in person or by telephone within eight hours. In addition, employers must report any in-patient hospitalization, loss of an eye, and any amputation or avulsion that results in bone or cartilage loss to Oregon OSHA within 24 hours. See OAR 437-001-0704. Call 800-922-2689 (toll-free), 503-378-3272, or Oregon Emergency Response, 800-452-0311 (toll-free), on nights and weekends.



Insert self-insured employer and insurer name, address, phone number, and service company, if any.

## Reporte de Lesión o Enfermedad en el Trabajo (Report of Job Injury or Illness) Reclamación de compensación para trabajadores (Workers' compensation claim)

### Trabajador (Worker)

Para hacer una reclamación por una lesión o enfermedad ocupacional, llene la parte de esta forma que corresponde al trabajador y entreguela a su empleador. **Si usted no quiere hacer una reclamación de compensación para trabajadores con la aseguradora, no firme en la línea dejada para su firma.** Su empleador le dará una copia. (To make a claim for a work-related injury or illness, fill out the worker portion of this form and give to your employer. **If you do not intend to file a workers' compensation claim with the insurance company, do not sign the signature line.** Your employer will give you a copy.)

Fecha de la lesión o enfermedad (Date of injury or illness):	Fecha que dejó el trabajo (Date you left work):	Hora que empezó a trabajar el día de la lesión (Time you began work on day of injury):	<input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.	Días que regularmente no trabaja (Regularly scheduled days off) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> M T W T F S S	<b>DEPT USE:</b>
Emp					
Ins					
Occ					
Nat					
Part					
Ev					
Src					
2src					

**Information ABOVE this line; date of death, if death occurred; and OR-OSHA case log number must be released to an authorized worker representative upon request.**

Su nombre legal (Your legal name):	Idioma de preferencia (Language preference):	Fecha de nacimiento (Birthdate):	Sexo (Gender): M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Su dirección postal (Your mailing address):			
Teléfono del domicilio (Home phone):	Teléfono del trabajo (Work phone):	Ocupación (Occupation):	
Nombres de testigos (Names of witnesses):			
Nombre y número de teléfono de la compañía aseguradora de salud (Name and phone number of health insurance company):		Nombre y dirección del proveedor médico que le trató de la lesión o enfermedad que usted está ahora reportando (Name and address of health care provider who treated you for the injury or illness you are now reporting):	
¿Estuvo hospitalizado como paciente durante la noche? (Were you hospitalized overnight as an inpatient?) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Recibió tratamiento en la sala de emergencia? (Were you treated in the emergency room?) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<p><b>Con mi firma</b>, estoy presentando una reclamación para beneficios de compensación para trabajadores. La información arriba provista es verdadera en el mejor de mi conocimiento y creencia. Yo autorizo a proveedores médicos y a otros custodios de los récords de mi reclamación para emitir los expedientes médicos pertinentes a la aseguradora de compensación para trabajadores, empleador asegurado por sí mismo, administrador de reclamaciones, y al Departamento para Consumidores y Negocios de Oregon. <b>Aviso:</b> Los expedientes médicos pertinentes incluyen registros de tratamiento anterior por las mismas condiciones o lesiones a la misma parte del cuerpo. Una autorización de HIPAA no es requerida (45 CFR 164.512(I)). Para emitir récords sobre el HIV/AIDS (SIDA), ciertos récords de tratamiento de drogadicción o alcoholismo, y otros récords protegidos por la ley estatal o federal se requiere una autorización separada.</p> <p><b>Yo entiendo que tengo el derecho de ver un proveedor para el cuidado de salud de mi elección sujeto a ciertas restricciones bajo ORS 656.260 y ORS 656.325.</b></p> <p>(By my signature, I am making a claim for workers' compensation benefits. The above information is true to the best of my knowledge and belief. I authorize health care providers and other custodians of claim records to release relevant medical records to the workers' compensation insurer, self-insured employer, claim administrator, and the Oregon Department of Consumer and Business Services. <b>Notice:</b> Relevant medical records include records of prior treatment for the same conditions or of injuries to the same area of the body. A HIPAA authorization is not required (45 CFR 164.512(I)). Release of HIV/AIDS records, certain drug and alcohol treatment records, and other records protected by state and federal law require separate authorization.)</p> <p style="text-align: center;"><b>I understand I have a right to see a health care provider of my choice subject to certain restrictions under ORS 656.260 and ORS 656.325.</b></p>			
Firma del trabajador (Worker signature):	Completada por (Completed by) Por favor escriba (please print):	Fecha (Date):	

## Employador (Employer)

Complete the rest of this form and give a copy of the form to the worker. Even if the worker does not want to file a claim, keep a copy of this form.

Employer legal business name:		Phone:	FEIN:	
If worker leasing company, list client business name:			Client FEIN:	
Address of principal place of business (not P.O. Box):			Insurance policy no.:	
Street address from which worker is/was supervised:			Nature of business in which worker is/was supervised:	
ZIP:				
Address where event occurred:				
Was injury caused by failure of a machine or product, or by a person other than the injured worker? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				
Were other workers injured? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			OSHA 300 log case #:	
Date employer knew of claim:	Date worker returned to work:	Worker's weekly wage: \$	Date worker hired:	If fatal, date of death:
By my signature, I acknowledge I am responsible for notifying my workers' compensation insurance company within five days of knowledge of the claim. <b>I understand I may not restrict the worker's choice of or access to a health care provider. If I do, it could result in civil penalties under ORS 656.260.</b>				
Employer signature:		Name and title (please print):		Date:

**OSHA requirements: Employers must report work-related fatalities and catastrophes to Oregon OSHA either in person or by telephone within eight hours. In addition, employers must report any in-patient hospitalization, loss of an eye, and any amputation or avulsion that results in bone or cartilage loss to Oregon OSHA within 24 hours. See OAR 437-001-0704. Call 800-922-2689 (toll-free), 503-378-3272, or Oregon Emergency Response, 800-452-0311 (toll-free), on nights and weekends.**

# 801S

## A Guide for Workers Recently Hurt on the Job

### How do I file a claim?

- Notify your employer and a health care provider **of your choice** about your job-related injury or illness as soon as possible. Your employer cannot choose your health care provider for you.
- Ask your employer the name of its workers' compensation insurer.
- Complete **Form 801, "Report of Job Injury or Illness,"** available from your employer and **Form 827, "Worker's and Health Care Provider's Report for Workers' Compensation Claims,"** available from your health care provider.

### How do I get medical treatment?

- You may receive medical treatment from the health care provider **of your choice**, including:
  - Authorized nurse practitioners
  - Chiropractic physicians
  - Medical doctors
  - Naturopathic physicians
  - Oral surgeons
  - Osteopathic physicians
  - Physician assistants
  - Podiatric physicians
  - Other health care providers
- The insurance company may enroll you in a managed care organization at any time. If it does, you will receive more information about your medical treatment options.

### Are there limitations to my medical treatment?

- **Health care providers may be limited in how long they may treat you and whether they may authorize payments for time off work.** Check with your health care provider about any limitations that may apply.
- **If your claim is denied, you may have to pay for your medical treatment.**

### If I can't work, will I receive payments for lost wages?

- You may be unable to work due to your job-related injury or illness. In order for you to receive payments for time off work, your health care provider must send written authorization to the insurer.
- Generally, you will not be paid for the first three calendar days for time off work.
- You may be paid for lost wages for the first three calendar days if you are off work for 14 consecutive days or hospitalized overnight.
- If your claim is denied within the first 14 days, you will not be paid for any lost wages.
- Keep your employer informed about what is going on and cooperate with efforts to return you to a modified- or light-duty job.

### What if I have questions about my claim?

- The insurance company or your employer should be able to answer your questions.
- If you have questions, concerns, or complaints, you may also call any of the numbers below:

#### **Ombuds Office for Oregon Workers:**

##### **An advocate for injured workers**

Toll-free: 800-927-1271

Email: [ow.questions@dcbs.oregon.gov](mailto:ow.questions@dcbs.oregon.gov)

#### **Workers' Compensation Resolution Section**

Toll-free: 800-452-0288

Email: [workcomp.questions@dcbs.oregon.gov](mailto:workcomp.questions@dcbs.oregon.gov)

**The collection and use of your Social Security number (SSN):** You do not need to have an SSN to get workers' compensation benefits. If you have an SSN, the Workers' Compensation Division (WCD) of the Department of Consumer and Business Services will get it from your employer, the workers' compensation insurer, or other sources. WCD may use your SSN for the following: quality assessment, correct identification and processing of claims, compliance, research, injured worker program administration, matching data with other state agencies to measure WCD program effectiveness, injury prevention activities, and to provide to federal agencies in the Medicare program for their use as required by federal law. The following laws authorize WCD to get your SSN: the Privacy Act of 1974, 5 USC § 552a, Section (7)(a)(2)(B); Oregon Revised Statutes chapter 656; and Oregon Administrative Rules chapter 436 (Workers' Compensation Board Administrative Order No. 4-1967).

# Una Guía para Trabajadores Lesionados Recientemente en el Trabajo

## ¿Cómo presento un reclamación?

- Lo más pronto posible notifique de su lesión o enfermedad en el trabajo a su empleador y a un proveedor médico **de su elección**. Su empleador no puede elegir el proveedor médico para usted.
- Pregunte a su empleador el nombre de su compañía de compensación para trabajadores.
- Complete la **Forma 801, “Reporte de Lesión o Enfermedad en el Trabajo”** la forma puede ser obtenida de su empleador. También llene la **Forma 827, “Reporte del Trabajador y del Proveedor Médico para Reclamaciones de Compensación para Trabajadores”** esta forma puede ser obtenida de su proveedor médico.

## ¿Cómo obtengo tratamiento médico?

- Usted puede recibir tratamiento médico de un proveedor médico **de su elección**, incluyendo:
  - Enfermeras(os) practicantes autorizadas(os)
  - Médicos Quiroprácticos
  - Médicos
  - Médicos Naturopáticos
  - Cirujanos Orales
  - Médicos Osteopáticos
  - Asistentes de doctor
  - Médicos Podólogos
  - Otros proveedores médicos
- La compañía de seguros puede inscribirlo en una organización de manejo del cuidado médico a cualquier momento. Si la compañía lo hace, usted recibirá más información acerca de las opciones para tratamiento médico.

## ¿Existen limitaciones en mi tratamiento médico?

- **Los proveedores de cuidado médico pueden tener limitaciones en cuanto a la duración de su tratamiento y en cuanto a la autorización de pago por tiempo fuera del trabajo.** Pregunte a su proveedor médico cuales son las limitaciones que pueden aplicarse.
- **Si su reclamación es negada, es posible que usted tenga que pagar por su tratamiento médico.**

## Si no puedo trabajar, ¿recibiré pagos por salario perdido?

- Es posible que no pueda trabajar debido a su lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. Para que usted pueda recibir pago por tiempo fuera del trabajo, su proveedor médico debe enviar una autorización escrita a la aseguradora.
- Generalmente, usted no recibirá pagos por tiempo perdido por los tres primeros días calendarios.
- Es posible que reciba pago por los tres primeros días calendarios, si usted pierde de trabajar por 14 días consecutivos, o es hospitalizado durante un día incluyendo la noche.
- Si su reclamación es negada dentro de los primeros 14 días, no se le pagará por ningún salario perdido.
- Mantenga informado a su empleador acerca del estado de la reclamación y coopere con los esfuerzos para que regrese a trabajar en un trabajo modificado o liviano.

## ¿A quién puedo llamar si tengo preguntas acerca de mi reclamación?

- La compañía de seguros o su empleador pueden responder a sus preguntas.
- También puede llamar a los siguientes números:

**Oficina del Ombuds para Trabajadores de Oregon:**  
Número gratuito: 1-800-927-1271  
Email: [oow.questions@dcbs.oregon.gov](mailto:oow.questions@dcbs.oregon.gov)

**Sección de Resolución de Compensación para Trabajadores:**  
Número gratuito: 1-800-452-0288  
Email: [workcomp.questions@dcbs.oregon.gov](mailto:workcomp.questions@dcbs.oregon.gov)

La colección y uso de su número de seguro social: Usted no necesita tener un número de seguro social para recibir beneficios de compensación para trabajadores. Si usted tiene número de seguro social, la División de Compensación para Trabajadores (WCD) del Departamento de Servicios para Consumidores y Negocios lo obtendrá de su empleador, de su aseguradora de compensación para trabajadores, o de otros recursos. WCD puede usar su número de seguro social para lo siguiente: intercambio de datos con el Departamento de Empleo, corregir identificación y procesamiento de reclamaciones, cumplimiento, investigación, administración de un programa para trabajadores lesionados, comparación de datos con otras agencias del estado para medir la efectividad de programas de WCD, actividades para prevención de lesiones, y para proveerlo a agencias federales en el programa de Medicare para su uso como está requerido por la ley federal. Las siguientes leyes autorizan a WCD a obtener su número de seguro social: the Privacy Act of 1974, 5 USC § 552a, Section (7)(a)(2)(B); Oregon Revised Statutes chapter 656; and Oregon Administrative Rules chapter 436 (Workers' Compensation Board Administrative Order No. 4-1967).

## Руководство для работников, получивших недавно производственную травму

### Как подать иск?

- Как можно скорее сообщите о производственной травме или профессиональном заболевании своему работодателю и медицинской службе **по вашему выбору**. Ваш работодатель не может выбрать медицинскую службу для вас.
- Узнайте у своего работодателя название страховой компании, ответственной за выплату компенсаций его работникам.
- Заполните имеющуюся у вашего работодателя **форму 801, "Отчет о производственной травме или профессиональном заболевании"** и **форму 827, "Отчет работника и медицинского учреждения об иске рабочих компенсаций"**, имеющуюся у медицинского учреждения.

### Как получить медицинскую помощь?

- Вы можете получить медицинскую помощь от **выбранного вами** поставщика медицинских услуг, в том числе:
  - квалифицированных практикующих медсестер;
  - врачей хиропрактиков;
  - терапевтов;
  - врачей натуропатов;
  - челюстно-лицевых хирургов;
  - врачей остеопатов;
  - помощников врачей;
  - врачей по лечению заболеваний стоп;
  - других поставщиков медицинских услуг.
- Страховая компания может в любое время зарегистрировать вас в учреждении медицинского обслуживания. Если это произойдет, вы получите больше информации о ваших вариантах лечения.

### Существуют ли ограничения на мое лечение?

- **Медицинские службы могут быть ограничены в продолжительности предоставления вам лечения и выдаче разрешений на оплату пропущенного рабочего времени.** Проверьте у медицинского провайдера, какие ограничения могут применяться.
- **Если ваш иск будет отклонен, возможно, вам придется самостоятельно оплачивать медицинское лечение.**

### Если я не могу работать, будет ли мне возмещена потерянная зарплата?

- Возможно, вследствие вашей производственной травмы или профессионального заболевания вы лишены способности работать. Для того чтобы вам было оплачено пропущенное рабочее время, ваше медицинское учреждение должно отправить в страховую компанию письменное подтверждение.
- Как правило, оплата первых трех календарных дней пропущенного рабочего времени не производится.
- Вам возместят потерянную зарплату за первые три календарных дня, если вы пропустили по болезни 14 дней подряд или были помещены в больницу с ночным пребыванием.
- Если ваш иск отклоняется в течение первых 14 дней, потерянная зарплата вам возмещена не будет.
- Держите работодателя в курсе текущих событий и ведите с ним переговоры о возможности вернуться к работе с адаптированным или облегченным режимом.

### Что, если у меня возникли вопросы по поводу моего иска?

- Сотрудники страховой компании или ваш работодатель должны ответить на ваши вопросы.
- Если у вас есть вопросы, проблемы или жалобы, вы можете позвонить по указанным ниже телефонам:

#### **Офис омбудсмена для работников штата Орегон: Адвокат для травмированных работников**

Бесплатная линия: 800-927-1271

Электронная почта: [oow.questions@dcbs.oregon.gov](mailto:oow.questions@dcbs.oregon.gov)

#### **Секция Резолюций:**

Бесплатная линия: 800-452-0288

Электронная почта:

[workcomp.questions@dcbs.oregon.gov](mailto:workcomp.questions@dcbs.oregon.gov)

**Сбор и использование вашего номера социального страхования (SSN):** Чтобы получить рабочую компенсацию, вы не обязаны иметь SSN. Если у вас есть SSN, и вы не предоставляете его, Отдел Рабочих Компенсаций (WCD) Департамента Услуг для Потребителей и Бизнеса получит его от вашего работодателя, страхователя или других источников. WCD может использовать ваш SSN в следующих случаях: для оценки качества, правильного выявления и обработки претензий, согласования, исследования, управления программ для работников с травмой, сопоставления данных с другими государственными учреждениями для измерения эффективности программ WCD, мероприятий по профилактике травматизма и предоставления медицинских программ, предусмотренных федеральным законом. Следующие законы уполномочивают WCD получить ваш SSN: the Privacy Act of 1974, 5 USC § 552a, Section (7)(a)(2)(B); Oregon Revised Statutes chapter 656; и Oregon Administrative Rules chapter 436 (Workers' Compensation Board Administrative Order No. 4-1967).

## Hướng dẫn cho nhân viên vừa mới bị tai nạn lao động

### Tôi cần làm gì để báo cáo tai nạn lao động?

- Thông báo cho sở làm của bạn và phòng khám bệnh mà **bạn chọn** càng sớm càng tốt về những thương tích hoặc ốm đau xảy ra do công việc làm của bạn. Sở làm của bạn không thể chọn nơi khám chữa bệnh cho bạn.
- Hỏi sở làm của bạn tên của công ty bảo hiểm lao động cho nhân viên.
- Điền đầy đủ **mẫu đơn 801, “Bản tường trình về thương tích hoặc ốm đau vì công việc làm,”** (Form 801, *Report of Job Injury or Illness*) từ sở làm của bạn và **mẫu đơn 827, “Bản tường trình của Người lao động và Phòng khám bệnh về Báo cáo bảo hiểm lao động,”** (Form 827, *Worker's and Health Care Provider's Report for Workers' Compensation Claims*) từ phòng khám bệnh của bạn.

### Tôi làm thế nào để được khám chữa bệnh?

- Bạn có thể được khám chữa bệnh tại phòng khám mà **bạn chọn**, gồm những nơi như:
  - Y tá có giấy phép hành nghề
  - Bác sĩ xương khớp
  - Bác sĩ y khoa
  - Bác sĩ chữa bệnh bằng phương pháp tự nhiên
  - Bác sĩ giải phẫu răng hàm mặt
  - Bác sĩ chuyên khoa về cơ, xương
  - Y sĩ
  - Bác sĩ chuyên khoa về chân
  - Nơi cung cấp dịch vụ y tế khác
- Công ty bảo hiểm có thể ghi danh bạn vào một cơ quan quản lý chăm sóc bất kỳ lúc nào. Nếu vậy, bạn sẽ nhận được thêm tin tức về những điều trị y tế mà bạn có thể chọn.

### Có hạn chế nào về việc khám chữa bệnh cho tôi không?

- Các dịch vụ y tế có thể bị **giới hạn** về thời gian họ chữa cho bạn và về vấn đề họ có thể hay không có thể cho phép bạn được trả lương cho những ngày bạn không làm việc. Bạn nên hỏi phòng khám về những giới hạn có thể áp dụng vào trường hợp của bạn.
- Nếu báo cáo tai nạn lao động của bạn bị từ chối, bạn có thể phải trả các chi phí cho việc khám chữa bệnh.

### Nếu tôi không thể đi làm, tôi có được trả lương cho những ngày không làm việc không?

- Bạn có thể không thể đi làm vì những thương tích hoặc ốm đau này. Để bạn có thể được trả lương cho những ngày không đi làm, phòng khám của bạn phải gửi giấy phép đến công ty bảo hiểm.
- Thông thường, bạn sẽ không được trả lương vì không đi làm cho ba ngày đầu tiên tính theo lịch.
- Bạn có thể được trả lương cho ba ngày đầu tiên này nếu bạn không đi làm trong 14 ngày liên tục hoặc phải nằm bệnh viện qua đêm.
- Nếu báo cáo tai nạn lao động của bạn bị từ chối trong vòng 14 ngày, bạn sẽ không được trả lương cho bất kỳ ngày nghỉ nào.
- Báo cho sở làm của bạn biết về những điều đang xảy ra và hợp tác với sở làm của bạn để giúp cho bạn trở lại làm việc với một công việc giảm bớt hay nhẹ hơn.

### Tôi phải làm gì nếu có thắc mắc về báo cáo tai nạn lao động của tôi?

- Công ty bảo hiểm hoặc là sở làm của bạn có thể trả lời tất cả các câu hỏi của bạn.
- Nếu bạn có câu hỏi, lo lắng, hoặc than phiền nào, bạn cũng có thể gọi bất kỳ số điện thoại nào dưới đây:

#### **Giám sát cho nhân viên bị tai nạn lao động:**

#### **Người bảo vệ nhân viên bị tai nạn lao động**

(*Ombudsman for Injured Workers:*

*An advocate for injured workers*)

Điện thoại miễn phí: 800-927-1271

Email: [oiw.questions@dcbs.oregon.gov](mailto:oiw.questions@dcbs.oregon.gov)

#### **Văn phòng kiểm tra thủ tục bảo hiểm lao động**

(*Workers' Compensation Compliance Section*)

Điện thoại miễn phí: 800-452-0288

Email: [workcomp.questions@dcbs.oregon.gov](mailto:workcomp.questions@dcbs.oregon.gov)

**Việc thu thập và sử dụng thông tin về Số An sinh Xã hội (SSN) của bạn:** Bạn không cần có SSN để có bảo hiểm lao động. Nếu bạn có SSN, văn phòng Bảo hiểm Lao động (WCD) của Sở Dịch vụ Thương mại và Người tiêu dùng sẽ lấy số này từ sở làm của bạn, từ công ty bảo hiểm lao động, hoặc từ những nơi khác. Văn phòng WCD có thể dùng SSN của bạn cho các mục đích sau: đánh giá phẩm chất, kiểm tra tin tức và cứu xét báo cáo, kiểm tra thủ tục, nghiên cứu, quản lý chương trình, so sánh tài liệu với các cơ quan tiểu bang khác để đo hiệu lực của chương trình WCD, những hoạt động để phòng ngừa tai nạn, và cung cấp cho những cơ quan liên bang trong chương trình trợ cấp cho người già để được xử dụng theo luật liên bang. Những luật sau đây cho phép WCD lấy SSN của bạn: Luật Bí Mật năm 1974, 5 USC § 552a, Đoạn (7)(a)(2)(B); Luật Sửa đổi Oregon Chương 656; và Điều lệ Hành chính Oregon Chương 436 (Mệnh lệnh Hành chính Ủy ban bảo hiểm lao động Số 4-1967).

# What happens if I'm hurt on the job?



A guide to Oregon's workers' compensation benefits, rights, and responsibilities

January 2023



Department of Consumer and Business Services



In compliance with the Americans with Disabilities Act (ADA), this publication is available in alternative formats. Call the Workers' Compensation Division:  
503-947-7810.

The information in this booklet is in the public domain and may be reprinted without permission.



## Claim Information Record

Insurer:

Phone:

Insurer representative:

Claim no.:

Date of injury:

Attending physician:

Employer's name:

Please complete the above claim information for your own records.

## Protect your rights

Stay in touch with your insurer, health care provider that you chose, and attorney (if you have one). You can get the name and phone number of your workers' compensation insurer from your employer.

### Workers' Compensation Division

The Workers' Compensation Division (WCD) can tell you about workers' compensation rights and responsibilities. For more information, call 800-452-0288 (toll-free) or go to [wcd.oregon.gov](http://wcd.oregon.gov).

### Third-party claim

If your workplace injury or illness was caused by a third party (other than your employer), you may take legal action against the third party or assign the right to take action to the workers' compensation insurer.

Some examples of third parties are:

- ◆ The driver of the car that hit you.
- ◆ A manufacturer of the defective product that injured you.
- ◆ A property owner who failed to properly maintain the building where you were working when you were hurt.

## Protect your rights

- ◆ The owner of an animal that bit you.

A third-party claim can be a complex process, and we encourage legal representation.

### Ombuds Office for Oregon Workers

The Ombuds Office for Oregon Workers is the state office that serves as an independent advocate for workers by acting to resolve complaints and helping workers understand their rights, protections, and responsibilities related to the workers' compensation system and safety in the workplace. For more information, call 800-927-1271 (toll-free) or go to [www.oregon.gov/DCBS/OOW](http://www.oregon.gov/DCBS/OOW).

### Oregon State Bar

You may want to consult with an attorney. The Oregon State Bar has a referral service to provide referrals to people who are looking for an Oregon licensed attorney. For more information, contact the Oregon State Bar referral service at 800-452-7636 (toll-free) or go to [www.oregonstatebar.org](http://www.oregonstatebar.org). See page 28 for more information about how to find legal help.

### Spanish, Russian Publications

To obtain a copy of this publication in Spanish, call the Workers' Compensation Division: 503-947-7627.

Para obtener una copia de esta publicación en español, llame la División de Compensación para Trabajadores: 503-947-7627.

To obtain a copy of this publication in Russian, call the Workers' Compensation Division: 503-947-7627.

Чтобы приобрести копию публикации на русском языке, пожалуйста, позвоните в Отдел Компенсаций Рабочих (Workers' Compensation Division): 503-947-7627.

The Oregon Workers' Compensation Division provides this booklet to Oregon workers with disabling claims. For more information, contact the WCD at 800-452-0288 or email [workcomp.questions@dcbs.oregon.gov](mailto:workcomp.questions@dcbs.oregon.gov).

# Table of contents

## First steps ..... 5

- How do I file a claim?
- How do I get medical treatment?
- How do I get interpreter services?
- If I can't work, will I receive payments for lost wages?

## Helpful tips..... 8

## Claim status..... 8

- What is acceptance or denial of a claim?
- What if the insurer denies my claim based on an independent medical examination?

## Medical treatment ..... 9

- Do I have privacy rights at medical examinations?
- What are interim medical benefits?
- If my claim is accepted, what medical bills will the insurer pay?
- What happens if my claim is denied and my health care provider sends me bills?
- Who can be my attending physician?
- What are the responsibilities of the health care provider?
- What if I want to change my attending physician?
- What if my health care provider recommends elective surgery?
- What if the insurer enrolls me in a managed care organization?
- What is an independent medical examination (IME)?
- What medical care am I entitled to after I become medically stationary?
- What is a new or omitted medical condition?

## Time-loss (temporary disability) payments..... 17

- If I miss time from work, will I get paid?
- Is there a waiting period for time-loss benefits?
- How do you calculate wages to determine payments?
- What happens if I have more than one job?

## Returning to work..... 20

- What are my rights when returning to work?
- Are there benefits to staying at work or returning to work?

# Table of contents

What is modified work?

What re-employment assistance is available from the Workers' Compensation Division?

Do I qualify for vocational assistance?

## Claim closure..... 23

What is a Notice of Closure?

What is permanent partial disability?

What is permanent total disability?

What are fatality benefits?

What do I do if I disagree with the Notice of Closure?

What if my accepted condition gets worse?

## Appeal rights and claim settlements ..... 27

What if I disagree with a decision?

How can I find legal help?

What is a disputed-claim settlement?

What is a claim disposition agreement?

What are penalties for late payment?

Are my records confidential?

## Glossary of workers' compensation terms ..... 30

## Workers' compensation claim process flow chart ..... 34

## Services directory ..... 36

# Important information

- ◆ Throughout this booklet, we use the general term **health care provider** to describe a person or entity licensed to practice one of the healing arts, such as a medical service provider, hospital, medical clinic, or vendor of medical services.
- ◆ **Health care providers may be limited in how long they can treat you and whether they may authorize payments for time off work.**
- ◆ **Check with your health care provider about any limitations that may apply.**

If you have questions, you may contact the insurer, the Ombuds Office for Oregon Workers, or the Workers' Compensation Division. Contact information is in the back of this booklet..

# First steps

## How do I file a claim?

- ◆ If you believe you were injured at work or suffer from an illness because of your job, tell your employer as soon as possible.
- ◆ Ask your employer to give you **Form 801**, "Report of Job Injury or Illness," complete the "worker" portion of the form, and give it back to your employer. If you have more than one job, be sure to indicate that on the 801 Form. You may be eligible for additional time-loss benefits.
- ◆ Your employer will complete its portion and send the form to the workers' compensation insurance company. Your employer will also give you a copy to keep for your records.
- ◆ Get the name and phone number of the workers' compensation insurer from your employer. Your insurer is your primary contact, so stay in contact with them.
- ◆ Get medical treatment from a **health care provider of your choice** and tell your provider that you were injured on the job. Remember: Your employer cannot choose your health care provider for you.
- ◆ At your first visit, your health care provider should ask you to complete **Form 827**, "Worker's and Health Care Provider's Report for Workers' Compensation Claims." The provider will send the form to the insurer and give you a copy for your records.

---

### Questions?

Ombuds Office for Oregon Workers: 800-927-1271  
Workers' Compensation Division: 800-452-0288

---

### How do I get medical treatment?

- ◆ You may receive medical treatment from a **health care provider of your choice** on the initial claim, including:
  - ◆ Authorized nurse practitioner
  - ◆ Chiropractic physician
  - ◆ Medical doctor
  - ◆ Naturopathic physician
  - ◆ Oral surgeon
  - ◆ Osteopathic physician
  - ◆ Physician assistant
  - ◆ Podiatric physician
  - ◆ Other health care providers
- ◆ The health care provider will bill the workers' compensation insurer. If your claim is accepted, the insurer will pay for medical treatment related to the work injury, with some limitations.
- ◆ If your claim is denied, or the insurer determines the services are not related to your work injury, you may have to pay for your medical treatment.
- ◆ The insurance company may enroll you in a **managed care organization (MCO)** at any time. If you are enrolled in an MCO, contact the insurer for more information about your medical treatment options.

### How do I get interpreter service?

- ◆ You can choose any person to help you communicate with a health care provider if you and the provider speak different languages, including sign language. The insurer may pay for

---

**Note:** Words that are in **bold** are defined in the Glossary, Page 30. Agency phone numbers are listed in the Services directory, Page 36.

---

the interpretive services when the interpretation is for an accepted claim or condition; however, the insurer does not have to pay for the service if you choose to use a family member or friend.

- ◆ To schedule interpretive services, you may contact an interpreter service company, your doctor, or your insurer to arrange the service. The health care provider may disapprove of your choice of interpreter if they feel the interpretation is not complete or accurate.
- ◆ The interpreter services company should bill the workers' compensation insurer. If the insurer determines the services are not related to your work injury, you may be responsible for payment.
- ◆ For more information about interpreter services and your options, contact Medical Resolution at 503-947-7840 or visit the Workers' Compensation Division's website at [wcd.oregon.gov](http://wcd.oregon.gov).

### If I can't work, will I receive payments for lost wages?

- ◆ Your health care provider must authorize your absence from work. You should provide a copy of your off-work authorization to your insurer and employer as soon as possible. If you have more than one job, you may also be eligible for additional time loss if your doctor authorizes time off or modified work from your secondary jobs.
- ◆ You will not be paid for the first three calendar days for your time off work unless you are off work for 14 days in a row or hospitalized overnight as an inpatient within the first 14 days.
- ◆ If your claim is denied within the first 14 days from the date you reported it to the employer, you will not be paid for any lost wages.

---

#### Questions?

Ombuds Office for Oregon Workers: 800-927-1271  
Workers' Compensation Division: 800-452-0288

---

# Helpful tips

- ◆ Pay attention to information about medical appointments and time limits.
- ◆ If you fail to take action or if you miss a deadline to appeal claim decisions, you may lose your right to workers' compensation benefits. If you have questions about your claim or the documents you receive, call the insurer.
- ◆ Read all letters and notices about your claim, and keep copies of all letters you send and receive.
- ◆ Attend all medical appointments.
- ◆ Contact your employer immediately when your health care provider releases you back to work.
- ◆ Keep in contact with your doctor and inform your employer about your work restrictions. If your employer offers you a modified job or light duty, you must cooperate with your employer's efforts to return you to work.

# Claim status

## What is acceptance or denial of a claim?

The insurer must accept or deny your claim within 60 days of the day your employer has notice or knowledge of the claim. This is referred to as the interim period.

- ◆ If your claim is accepted, the insurer will send you a "Notice of Acceptance" that lists the specific medical conditions accepted.
- ◆ If you believe the insurer has not listed all the conditions caused by your injury, you must request, in writing, that the insurer add the missing conditions to your notice. If you believe that the notice is incomplete or incorrect, you must notify the insurer in writing of the error.

---

**Note:** Words that are in **bold** are defined in the Glossary, Page 30. Agency phone numbers are listed in the Services directory, Page 36.

---



## Medical treatment

- ◆ If your claim is denied, the insurer must send you a letter specifying the reasons for denying your claim and notify you of your appeal rights.

### What if the insurer denies my claim based on an independent medical examination (IME)?

If the insurer denies your claim based on an **independent medical examination (IME)**, you may be eligible for a **worker-requested medical examination (WRME)**, paid for by the insurer. In order to qualify for a WRME all of the following must be met:

- ◆ The denial is based on an IME
- ◆ Your attending physician does not concur with the IME report
- ◆ You have timely requested a hearing to appeal the claim denial.

If you meet these conditions and want to request a WRME, or need more information, contact the Workers' Compensation Division at 800-452-0288 (toll-free).

## Medical treatment

### Do I have privacy rights at medical examinations?

You have the right to privacy at medical examinations. Your employer or the insurer cannot send a representative to your medical examinations without your written consent. If you do not consent, your benefits cannot be stopped or reduced.

### What are interim medical benefits?

Interim medical benefits are payments for medical services from the start of your claim to when the insurer accepts or denies your claim and you have private health insurance. However, if the insurer denies your claim

---

#### Questions?

Ombuds Office for Oregon Workers: 800-927-1271  
Workers' Compensation Division: 800-452-0288

---

## Medical treatment

within 14 days, you are not entitled to interim medical benefits. Be sure to give your provider your private health insurance information, even if you are seeking care for a work-related injury or illness. Also, please note that the Oregon Health Plan is *not* considered private health insurance.

During this time, you do not have to pay any private health insurance co-pays, co-insurance, or deductibles. However, if the workers' compensation insurer accepts your claim and you paid the provider any co-pays, co-insurance, or deductibles, the provider must reimburse you.

If the workers' compensation insurer denies your claim, you may be responsible for any private health insurance co-pays, co-insurance, or deductibles.

If you have any questions about your benefits during the interim period, call the workers' compensation insurer for more information.

### If my claim is accepted, what medical bills will the insurer pay?

If your claim is accepted, the insurer should pay for all of the following:

- ◆ Medical treatment related to your on-the-job injury
- ◆ Prescription drugs
- ◆ Transportation, meals, and lodging necessary to attend medical appointments, with some limitations

Your health care provider should not bill you for medical services. Your provider should directly bill the workers' compensation insurer.

The pharmacy may be able to directly bill the insurer for prescriptions.

---

**Note:** Words that are in **bold** are defined in the Glossary, Page 30. Agency phone numbers are listed in the Services directory, Page 36.

---

If you are required to pay for your prescriptions out of pocket, you have up to two years from the date the expenses were incurred to send a written request for reimbursement with proof of expenses (copies of receipts) to the insurer. The insurer has 30 days to request more information or reimburse you for your out-of-pocket expenses.

### What happens if my claim is denied and my health care provider sends me bills?

If your claim is denied, your health care provider is allowed to send you a copy of the bills.

If you appeal your denial, the provider may make no further attempt to collect payment from you until either of the following happens:

- ◆ All your appeals are completed
- ◆ You settle the claim

If you do not appeal your denial, then your health care provider can bill you.

If you have health insurance, the health care provider is required to bill your health insurer.

### Who can be my attending physician?

The term **attending physician** is used in the workers' compensation system to designate the physician who is responsible for authorizing time-loss benefits and for overseeing the medical care you receive for your work injury. This could include overseeing care from other health care providers, such as physical therapists or other medical specialists, you may have to see in order to recover from the work injury. Under Oregon law, the following health care providers can be attending physicians:

- ◆ Medical doctors
- ◆ Podiatric physicians

---

#### Questions?

Ombuds Office for Oregon Workers: 800-927-1271  
Workers' Compensation Division: 800-452-0288

---

## Medical treatment

- ◆ Osteopathic physicians
- ◆ Oral or maxillofacial surgeons
- ◆ Chiropractic physicians, naturopathic physicians, and physician assistants who have certified to the director
- ◆ Medical providers designated to be attending physicians by a managed care organization

### What are the responsibilities of the health care provider?

Attending physicians can do the following:

- ◆ Authorize time-loss payments if you cannot work
- ◆ Authorize reduced work hours or duties
- ◆ Release you to go back to work
- ◆ Decide when you are **medically stationary**

Emergency room physicians who do not serve as attending physicians may authorize time loss for only 14 days.

Even though chiropractic physicians, naturopathic physicians, and physician assistants can be an attending physician, they:

- ◆ May be your attending physician for only up to 60 consecutive calendar days or 18 visits, whichever occurs first
- ◆ May authorize time-loss payments for only 30 days from your first visit
- ◆ May not make **impairment findings** except for chiropractic physicians

Although **authorized nurse practitioners** are not designated as attending physicians, they:

- ◆ May treat you independently for up to 180 days
- ◆ May authorize time-loss payments for up to 180 days

---

**Note:** Words that are in **bold** are defined in the Glossary, Page 30. Agency phone numbers are listed in the Services directory, Page 36.

---

## Medical treatment

- ◆ May authorize reduced work hours or duties for up to 180 days
- ◆ May release you to go back to work within 180 days
- ◆ May decide when you are medically stationary for up to 180 days
- ◆ Must refer you to an attending physician for a closing examination if you appear to have permanent impairment

Providers who do not qualify to be an attending physician or an authorized nurse practitioner:

- ◆ May treat you independently for only 30 days or 12 visits, whichever occurs first
- ◆ Are not allowed to authorize time-loss payments or to modify work
- ◆ Must be authorized by an attending physician or authorized nurse practitioner to provide additional treatment after 30 days or 12 visits

### What if I want to change my attending physician?

Since an attending physician is **primarily** responsible for your treatment, you may have only one attending physician at a time.

After your initial choice of an attending physician, you may change attending physicians two more times by choice. Any more attending physician changes need approval from the insurer.

To change your attending physician, fill out [Form 827](#) at your new attending physician's office, and the attending physician will send the completed form to the insurer.

If the insurer does not approve the attending physician change, you may request approval from the Workers' Compensation Division.

The following are not considered a change of attending physician:

---

#### Questions?

Ombuds Office for Oregon Workers: 800-927-1271  
Workers' Compensation Division: 800-452-0288

---

## Medical treatment

- ◆ A health care provider treats you in an emergency or as an “on-call” physician.
- ◆ Your attending physician sends you to a specialist, but remains primarily responsible for your care.
- ◆ You change health care providers due to a reason beyond your control, such as:
  - ◆ Provider’s treatment limitations
  - ◆ You or your health care provider move out of the area
  - ◆ You become enrolled in a managed care organization

If you are enrolled in a managed care organization, your rights may differ. Contact the insurer to find out more information.

### What if my health care provider recommends elective surgery?

Elective surgery is surgery other than emergency surgery. Before scheduling elective surgery, the health care provider must notify the insurer, which may request a second opinion (managed care organization procedures may differ).

If the insurer disagrees about the need for surgery, the insurer must ask the Workers’ Compensation Division to review the request for surgery to determine whether the surgery is appropriate.

### What if the insurer enrolls me in a managed care organization?

If your employer is covered by a managed care organization contract, the insurer may enroll you with the managed care organization at any time after your injury. You may be required to select a managed care organization health care provider from a list of providers the insurer sends with your enrollment notice.

---

**Note:** Words that are in **bold** are defined in the Glossary, Page 30. Agency phone numbers are listed in the Services directory, Page 36.

---

Until you are enrolled, any health care provider may provide medical treatment to you up to any treatment limitations the provider may have.

If you have a regular primary care physician who is a family practitioner, general practitioner, internal medicine specialist, chiropractic physician, or authorized nurse practitioner, they may be able to continue to provide treatment if they agree to treat you according to the managed care organization contract.

### What is an independent medical examination (IME)?

An IME is an exam scheduled by the insurer processing your claim. This doesn't include a consultation arranged by a managed care organization for an enrolled worker.

The insurer will choose the IME provider and pay for the exam. The insurer may require you to attend up to three IMEs. Some exams may be scheduled with more than one health care provider at more than one location, but count only as one of the three IMEs. This is called a panel exam. If your claim is closed and later reopened, the insurer may require you to attend up to three more IMEs.

You may be charged a \$100 penalty if you do not attend without a good reason or if you do not notify the insurer before the examination. The penalty would be taken out of your future benefits.

The IME providers:

- ◆ Will not provide treatment
- ◆ May perform a physical- or work-capacity evaluation
- ◆ Will prepare a report to document their findings and opinions, and to answer questions asked by the insurer related to your claim
- ◆ Will send a copy of the report to the insurer

---

#### Questions?

Ombuds Office for Oregon Workers: 800-927-1271  
Workers' Compensation Division: 800-452-0288

---

## Medical treatment

If the IME provider intends to perform an invasive procedure (an invasive procedure is one in which the body is entered by a needle, tube, scope, or scalpel):

- ◆ They must explain the risks
- ◆ They must obtain your written agreement for this procedure
- ◆ Your benefits cannot be reduced or stopped if you decline an invasive procedure

The insurer must pay all costs for the medical examination and will reimburse expenses necessary for you to attend the exam.

If you need advance payment in order to attend, or if you believe you need help attending the appointment because of your work-related injury, contact the insurer as soon as possible.

You may have a family member or friend accompany you to the examination, but the insurer is not required to pay that person's expenses. Furthermore, a family member or friend is not allowed to be present during a psychological examination unless the IME provider approves.

To have a friend or family member present during the exam, you must complete, sign, and submit an "IME Observer Form" ([440-3923A](#)) to the independent medical provider. In addition, if you undergo a psychological examination, the IME provider must approve the attendance of your family member or friend in order for them to be present.

### What medical care am I entitled to after I become medically stationary?

When your health care provider determines that neither time nor treatment will improve your condition, you are considered medically stationary.

Medical benefits after you are found to be medically stationary may be limited to the following:

---

**Note:** Words that are in **bold** are defined in the Glossary, Page 30. Agency phone numbers are listed in the Services directory, Page 36.

---



- ◆ Prescription drugs
- ◆ Prosthetic devices, braces, supports
- ◆ Diagnostic care
- ◆ Curative care to stabilize your condition
- ◆ Life preserving treatment

Contact the insurer or the Workers' Compensation Division if you have questions about covered services.

Palliative care, a medical service that makes you feel better but does not heal your condition, is covered if you are working and need the care to continue working or attend vocational training. The care is covered only if approved by the insurer or the Workers' Compensation Division.

## What is a new or omitted medical condition?

A new condition is a condition that arises from the original injury. An omitted condition is a condition that was always there since the injury, but was not accepted by the insurer. A worker may request the insurer to accept either a new or omitted condition at any time after the injury. That right continues even after your **aggravation rights** expire.

## Time-loss (temporary disability) payments

### If I miss time from work, will I get paid?

- ◆ If your health care provider authorizes you to take time off work or to do modified work that causes you to lose wages, you may receive time-loss payments from the insurer.
- ◆ Your first check will be mailed within 14 days from the date of the employer's notice or knowledge of

---

#### Questions?

Ombuds Office for Oregon Workers: 800-927-1271  
Workers' Compensation Division: 800-452-0288

## Time-loss

the claim and of your disability, if time-loss has been authorized. If time-loss is not authorized until after this 14-day period, your first check will be mailed within 14 days from the date you receive a valid time-loss authorization.

- ◆ No payment is due for time missed from work that has not been authorized by your health care provider.

If you are unable to work, remind your health care provider each time you see them to send your time-loss authorization to the insurer. You can help ensure timely payments by contacting your employer and the insurer as soon as you begin to miss work.

Time-loss benefits will **stop** if one of the following happens:

- ◆ Your health care provider fails to provide time-loss authorization
- ◆ Your claim is denied
- ◆ Your health care provider gives you a release to return to regular work
- ◆ You return to regular work at full wages
- ◆ A Notice of Closure closes your claim
- ◆ You are incarcerated (incarcerated means in pretrial detention or in jail or prison following conviction for a crime)
- ◆ You remove yourself from the workforce

Time-loss benefits will also be **reduced or stopped** if one of the following happens:

- ◆ Your health care provider approves a written offer of modified work and you refuse to take the job
- ◆ Your health care provider approves work with your employer and your employer fires you (with cause)
- ◆ Your health care provider releases you to work, but you are unable to work because you are in the

---

**Note:** Words that are in **bold** are defined in the Glossary, Page 30. Agency phone numbers are listed in the Services directory, Page 36.

---

United States in violation of federal immigration laws

### Is there a waiting period for time-loss benefits?

Oregon has a three-day waiting period for time-loss benefits. You will not be paid for the first three calendar days for your time off work unless you are off work 14 days in a row or you are hospitalized overnight as an inpatient within the first 14 days.

The first day you lose time or wages will be the first day of the three-day waiting period.

If you are released for modified duty during the first 14 days, you will not be paid for the three-day waiting period.

### How do you calculate wages to determine payments?

Payment for time lost from work is called **temporary total disability** or **temporary partial disability** and is based on your average weekly wage at the time of injury. The insurer may calculate your average weekly wage by averaging the wages you earned, with your employer at injury, over the 52 weeks before your injury.

- ◆ Time-loss payments will equal two-thirds of your gross average weekly wage.
- ◆ Oregon has a minimum and maximum amount payable to an injured worker that is adjusted every year.
- ◆ If your doctor returns you to modified or light-duty work and you earn less money, you may be eligible to receive partial time-loss payments.
- ◆ Your average weekly wage is an important factor in calculating your time-loss benefits and it is important to verify your proper wage is being used in these calculations.

---

#### Questions?

Ombuds Office for Oregon Workers: 800-927-1271  
Workers' Compensation Division: 800-452-0288

---

## Returning to work

### What happens if I have more than one job?

You may be eligible to receive additional payments for time lost from other jobs; these payments are called supplemental disability. You must have had more than one Oregon subject job at the time of injury to be eligible for supplemental disability benefits.

- ◆ You must let the insurer know about your other jobs within 30 days of the day you filed the claim.
- ◆ To receive payment for any time lost from those other jobs, you must provide documentation of wages (check stubs or payroll records).
- ◆ You must provide the documentation within 60 days of the insurer's request or you may be found ineligible for supplemental disability.

## Returning to work

### What are my rights when returning to work?

Most Oregon employers with more than 20 workers are required to return an injured worker to the worker's job or another suitable job after the worker is released to work.

- ◆ The insurer will send you written notice when your health care provider releases you to go back to work.
- ◆ When you receive this notice, you must ask your employer for your job or another suitable job within **seven calendar days** (sooner if your union contract or employer's personnel policies require it) or you will lose your right to be reinstated with your employer.
- ◆ When you receive any release for work, take it to your employer as soon as possible, as work may be available that is physically appropriate for you.

---

**Note:** Words that are in **bold** are defined in the Glossary, Page 30. Agency phone numbers are listed in the Services directory, Page 36.

---

If you have questions about your rights or believe your employer has treated you unfairly because of your injury, call the Bureau of Labor and Industries at 971-673-0761.

### Are there benefits to staying at work or returning to work?

Research shows that injured workers benefit from returning to work **at the earliest possible time** after an on-the-job injury.

Staying at work or returning to work as quickly as possible helps you prevent financial loss. When your health care provider manages your return to work, it can also help you recover from your injury faster.

### What is modified work?

If your employer offers you modified work, contact your health care provider to find out if you are physically able to do the job. If your health care provider says you can do the modified job offered by your employer, you must accept the job or your time-loss benefits may be reduced or stopped. If you find after returning to work that you cannot do the job because of your injury, immediately contact your health care provider.

If you return to modified or light-duty work at a lower rate of pay or fewer hours, you will receive time-loss payments for the part of your wages you are missing. You may refuse a modified job without ending your time-loss benefits if **any** of the following is true:

- ◆ The job is **not** with the employer at injury or at a job site of the employer at injury (exception for home care workers or personal support workers).
- ◆ Your health care provider says you are physically unable to commute to the job site. (Your commute is the distance from your residence to your job at injury or to the job you are offered as modified work.)

---

#### Questions?

Ombuds Office for Oregon Workers: 800-927-1271  
Workers' Compensation Division: 800-452-0288

---

## Returning to work

- ◆ The job site is more than 50 miles from where you were injured or customarily worked before your injury, unless that job site is less than 50 miles from your home. However, greater distance may be appropriate if your job at the time of injury involved multiple or mobile work sites and you could have been assigned to any such site.
- ◆ The job's work schedule (shift) differs from the employer's written policy for changing work schedules, the common practice of the employer, or collective bargaining agreement.

### What re-employment assistance is available from the Workers' Compensation Division?

The Employer-at-Injury Program helps workers stay on the job or get back to work with the employer at injury. Because of your injury, your employer may be eligible for benefits to help return you to light-duty work while your claim is open.

The Preferred Worker Program helps injured workers get back to work by providing benefits to the employer at injury or any other Oregon employer. If you have permanent disability due to your injury, and your health care provider says you cannot return to your regular job, you may qualify as a preferred worker.

If you are eligible for the Preferred Worker Program, you will receive an identification card and program materials shortly after your claim is closed.

If you think you should be eligible for Preferred Worker Program benefits and don't get an identification card soon after your claim is closed, call 800-445-3948 (toll-free) or 503-947-7588.

If you have questions or want to learn more about the Preferred Worker Program, call 800-445-3948 (toll-free) or 503-947-7588.

---

**Note:** Words that are in **bold** are defined in the Glossary, Page 30. Agency phone numbers are listed in the Services directory, Page 36.

---

### Do I qualify for vocational assistance?

Vocational assistance includes help with job placement and training. You may qualify for assistance if **all** of the following are true:

- ◆ You have permanent disability, caused by the on-the-job injury
- ◆ Your doctor did not release you to your regular job and you were not able to return to a suitable job that pays at least 80 percent of the wage you were earning
- ◆ You are authorized to work in the United States

The insurer will determine if you are eligible for vocational assistance within 35 days of when you become medically stationary and notify you of its decision in writing. Contact the insurer if you need help getting back to work.

If you have questions, call 800-696-7161 (toll-free) or 503-947-7189. To contact a representative in Southern Oregon (Medford), call 541-776-6032.

## Claim closure

### What is a Notice of Closure?

Disabling claims are “open” or “active” while you are recovering from your injury and “closed” or “inactive” when you are medically stationary.

Your claim will also be closed if your injury is no longer the major cause of your disability or need for treatment, or if you fail to attend medical appointments. The insurer will send you the following important documents when your claim is closed:

- ◆ A legal document called a “Notice of Closure” that closes your claim. It lists the periods for which time-loss benefits were authorized and tells you how much permanent disability you may have. This

---

#### Questions?

Ombuds Office for Oregon Workers: 800-927-1271  
Workers’ Compensation Division: 800-452-0288

---

## Claim closure

document also tells you how to appeal the closure of your claim.

- ◆ An “Updated Notice of Acceptance at Closure” that lists the medical conditions the insurer has accepted. If the updated notice is incomplete or incorrect, notify the insurer in writing.
- ◆ A brochure, “Understanding Claim Closure and Your Rights,” explaining your appeal rights and the types of care covered by the insurer after claim closure.

After your time-loss payments end, you may be entitled to unemployment benefits (even if it would ordinarily be too late to qualify). You must apply within four weeks of the date of the Notice of Closure to see if you qualify for a special “base-year extension” available to some injured workers. Contact the Oregon Employment Department office in your area for more information.

### What is permanent partial disability (PPD)?

If the Notice of Closure shows you have **permanent partial disability**, this means your injury resulted in a condition that has not returned to its normal or pre-injury status.

You may be entitled to receive payment from the insurer for your disability. Permanent disability payments are based on a formula set by law. The amount will depend on the severity of the disability and whether you received overpayment of benefits. If the insurer overpaid you for benefits while your claim was open, the insurer may recover the overpayment by reducing your permanent disability payment or by reducing future benefits. Here are some things to keep in mind about permanent partial disability benefits:

- ◆ Permanent disability award payments are due to start 30 days from the mailing date of the closure.

---

**Note:** Words that are in **bold** are defined in the Glossary, Page 30. Agency phone numbers are listed in the Services directory, Page 36.

---



- ◆ If your award is \$6,000 or less, the insurer will pay you a lump sum.
- ◆ If your permanent partial disability award is more than \$6,000, the insurer will make monthly payments to you until the award is paid. Your monthly award payments are paid at 4.35 times the weekly temporary total disability rate at the time of closure.
- ◆ You may ask the insurer to pay you a **lump sum**. However, if you or the insurer appeals the amount of your permanent disability award, you cannot receive a lump-sum payment until the appeal process is finished and the order is final. **If you apply for and accept lump-sum payment of any part of your permanent disability award, you give up your right to appeal the amount of the award.** You are not eligible to receive a work disability payment in a lump sum if you are taking part in a vocational training program.

### What is permanent total disability (PTD)?

If the Notice of Closure shows you have **permanent total disability**, it means you are permanently unable to perform gainful and suitable employment. You will receive monthly disability payments as long as you remain totally disabled. The insurer will re-examine your claim at least every two years to see if you remain unable to work.

### What are fatality benefits?

When a worker dies due to an on-the-job injury or occupational disease or illness, and the insurer accepts the claim, Oregon law requires insurers to make monthly payments to the worker's spouse, children, and other eligible beneficiaries. The insurer will pay for disposition and funeral expenses subject to a

---

#### Questions?

Ombuds Office for Oregon Workers: 800-927-1271  
Workers' Compensation Division: 800-452-0288

## Claim closure

maximum amount. If you die while receiving permanent total disability benefits, your spouse or other eligible beneficiaries may be entitled to continuing benefits.

### What do I do if I disagree with the Notice of Closure?

If you disagree with the Notice of Closure, you must write to the Workers' Compensation Division within 60 days of the mailing date printed on the Notice of Closure. Your appeal rights and the address to send your appeal are printed on the back of the Notice of Closure.

You may also fill out and send the [form](#) "Worker's Request for Reconsideration" to the Workers' Compensation Division. You can obtain the form by contacting the division and asking for a copy of the form to be mailed to you, or going to the division's website, [wcd.oregon.gov](http://wcd.oregon.gov). Under the "Workers" section, click on "Filing a claim." Click on "Appealing a closed claim" on the left-hand side of the webpage. Finally, click on "Request for Reconsideration."

For more information, call WCD at 800-452-0288 (toll-free) and ask to speak to an appellate reviewer.

### What if my accepted condition gets worse?

If your accepted condition gets worse after your claim is closed, you have the right to seek medical care. You may ask the insurer to reopen your claim by filing a [Form 827](#) at your attending physician's office. The health care provider will submit the paperwork to the insurer on your behalf.

Aggravation rights on disabling claims expire five years from the first closure date of the claim. Aggravation rights on a nondisabling claim expire five years from the date of injury.

---

**Note:** Words that are in **bold** are defined in the Glossary, Page 30. Agency phone numbers are listed in the Services directory, Page 36.

---

After the five-year rights expire, you may still have some rights to additional benefits. If you need hospitalization, surgery, or other curative treatment in lieu of hospitalization, the insurer may reopen the claim and pay time-loss benefits that are authorized by the attending physician until your conditions are again declared medically stationary.

If you request acceptance of a new or omitted medical condition after your aggravation rights expire, you may also be eligible to receive a permanent disability award if your condition has permanently worsened more than when your claim was last closed.

# Appeal rights and claim settlements

## What if I disagree with a decision?

You can appeal any decision made about your claim. An appeal is a request by an injured worker, an insurer, or another party to a claim for a review of a decision made about the claim. If you receive a notice that your claim or benefits are denied or ended, the document you receive will have instructions on how to appeal if you disagree with the decision. **There are time limits for most appeals. You will lose your appeal rights if you don't appeal within the limits as printed in the letter or notice you received.** Benefits that are the subject of the appeal are usually not paid until the appeal process (**litigation**) is completed.

## How can I find legal help?

An attorney can help you understand your rights and obligations. To find an attorney who handles workers' compensation cases, call the Oregon State Bar Lawyer Referral Service at 800-452-7636 (toll-free) or check the Yellow Pages or the Internet. Workers' compensation

---

### Questions?

Ombuds Office for Oregon Workers: 800-927-1271  
Workers' Compensation Division: 800-452-0288

---

## Appeals, settlements

attorneys are paid on a “contingent fee” basis. This means that you do not have to pay an attorney unless the attorney wins your case or settles your case for you.

### What is a disputed-claim settlement?

If you and the insurer disagree about whether you have a valid workers’ compensation claim or condition, you and the insurer may resolve the disagreement by a **disputed-claim settlement**.

A disputed-claim settlement (DCS) is settlement of a claim when there is a disagreement about compensability. In a DCS, you release all rights and benefits associated with the claim (for an agreed upon sum of money). This means your claim will remain denied, and you will give up all rights to future benefits for the denied medical conditions of the claim.

**Health care providers may bill you for services not paid by the insurer, so be sure to know what your obligations will be under the agreement before you agree to a settlement.**

### What is a claim disposition agreement?

If you have an accepted claim, you may exchange your rights to the claim for money through a **claim disposition agreement**. In such an agreement, you may give up your rights to one or more of the following claim benefits:

- ◆ Present and future time-loss benefits
- ◆ Present and future permanent partial disability awards
- ◆ Monthly payments for permanent total disability
- ◆ Vocational assistance benefits
- ◆ Aggravation rights to reopen your claim
- ◆ Survivor benefits

---

**Note:** Words that are in **bold** are defined in the Glossary, Page 30. Agency phone numbers are listed in the Services directory, Page 36.

You cannot give up your right to medical benefits or your eligibility for the Preferred Worker Program.

The Workers' Compensation Board must approve all claim disposition agreements unless the settlement was negotiated during a mediation. In this instance, the administrative law judge who mediated the dispute can approve the settlement document. If you have a question about the claim disposition agreement, you may contact the Ombuds Office for Oregon Workers at 800-927-1271 (toll-free).

### What are penalties for late payment?

If you believe that the insurer delayed accepting or denying your claim or delayed payment of benefits past their due date, you may write to the Workers' Compensation Division and request that the insurer be penalized. If the Workers' Compensation Division finds that a penalty is appropriate, the insurer will pay the penalty amount to you and your attorney, if you are represented.

### Are my records confidential?

Claim information on file with the Workers' Compensation Division and medical and vocational claim records on file with the insurer may be released only in limited circumstances, such as the following:

- ◆ When you or your attorney requests copies
- ◆ When necessary for the insurer to process your claim
- ◆ When necessary for government agencies to carry out their duties
- ◆ When otherwise required or allowed by law

Employers may not legally consider workers' compensation injuries in making their hiring decisions, and they should not receive medical records beyond work releases.

---

#### Questions?

Ombuds Office for Oregon Workers: 800-927-1271  
Workers' Compensation Division: 800-452-0288

---

# Glossary of workers' compensation terms

### In this booklet, you will find the following terms:

**aggravation claim:** A claim for further benefits because of a worsening of the claimant's accepted medical condition after the claim has been closed. An aggravation is established by medical evidence supported by objective findings observed or measured by the physician. **Aggravation rights** expire five years after first closure on disabling claims or five years from date of injury on nondisabling claims. An attending physician who is a licensed medical doctor, osteopathic physician, a podiatric physician, or oral and maxillofacial surgeon, must file a [Form 827](#) and a medical report with the insurer within five consecutive calendar days of the worker's visit to make a claim for aggravation. The insurer has 60 days to accept or deny a claim for an aggravation. ORS 656.273

**attending physician (AP):** A doctor or physician who is primarily responsible for the medical care of a worker by either directly treating the worker or by approving and directing care provided by others. The attending physician must be a licensed medical doctor, osteopathic physician, a podiatric physician, oral and maxillofacial surgeon, or medical provider designated to be an attending physician by the managed care organization (MCO). A chiropractic physician, naturopathic physician, or physician assistant on the WCD health care provider certification list can be an attending physician for up to 60 calendar days or 18 visits (whichever occurs first) and authorize time-loss benefits for up to 30 calendar days from the first day the patient sees any provider on the WCD health care provider certification list. ORS 656.005

**authorized nurse practitioner:** A nurse practitioner authorized by the Workers' Compensation Division may provide compensable medical services to an injured worker for a period of 180 consecutive calendar days

from the date of the first nurse practitioner visit on the initial claim. A nurse practitioner may also authorize the payment of temporary-disability benefits for a maximum of 180 calendar days from the date of the first nurse practitioner visit on the initial claim. Authorized nurse practitioners cannot make impairment findings. Nurse practitioners authorized to treat by managed care organizations may treat longer than 180 days. ORS 656.245

**claim disposition agreement (CDA and C&R):**

An agreement between the parties to a workers' compensation claim. The worker agrees to sell back their rights (e.g., rights to compensation, attorney fees, and expenses) except rights to medical benefits or preferred worker benefits on an accepted claim. Also known as a "C&R" or a "compromise and release."

**disabling compensable injury:** An on-the-job injury that entitles the worker to disability compensation or death benefits. ORS 656.005

**disputed-claim settlement (DCS):** Settlement of a claim when there is disagreement about compensability. For an agreed upon sum of money, the worker releases all rights and benefits associated with the claim.

**health care provider:** A person or organization licensed to practice one of the healing arts such as a medical service provider, a hospital, medical clinic, or vendor of medical services.

**impairment findings:** A measurement by a physician of loss of use or function of a body part or system.

**independent medical examination (IME):** Any medical examination, including a physical capacity or work capacity evaluation, or consultation requested by the insurer and completed by a medical service provider other than the worker's attending physician.

**injury:** An on-the-job injury or occupational disease.

**insurer:** An insurance company, self-insured employer, or self-insured employer group that provides workers' compensation coverage to employers and benefits to injured workers.

## Glossary

**litigation:** A process that usually results in a judge deciding the resolution of the dispute based on the facts and the law.

**lump sum:** The payment of a permanent partial disability award in one check (for awards that are more than \$6,000), usually upon request of the worker. Awards that are less than \$6,000 are always paid in a lump sum.

**managed care organization (MCO):** An organization that contracts with an insurer to coordinate medical services to injured workers. ORS 656.260

**medically stationary:** An injured worker is considered medically stationary when the attending physician determines no further significant improvement to the worker's condition that resulted from the injury or illness can reasonably be expected either from medical treatment or the passage of time. ORS 656.005

**nondisabling injury:** Any injury that requires only medical services with no inability to work beyond the first three days and does not result in any measurable permanent disability. ORS 656.005

**occupational disease:** A disease or infection resulting from a worker's job. It is caused by substances or activities an employee is exposed to at work and results in medical services, disability, or death. ORS 656.802

**Ombuds Office for Oregon Workers:** The state office that serves as an independent advocate for workers by acting to resolve complaints and helping workers understand their rights, protections, and responsibilities related to the workers' compensation system and safety in the workplace. ORS 656.709

**permanent partial disability (PPD):** The permanent loss of use or function of any portion of the body as defined by ORS 656.214.

**permanent total disability (PTD):** The loss of use or function of any portion of the body in combination with any pre-existing disability that permanently prevents the worker from regularly performing gainful and suitable work. ORS 656.206



**supplemental disability:** The increase of disability payments due a worker employed in more than one Oregon subject job at the time of injury.

**temporary partial disability benefits (TPD):**

Payment for partial loss of wages when a worker can work only part time or light duty after an injury. ORS 656.212

**temporary total disability benefits (TTD):** Payment for loss of all wages after an injury when the worker cannot return to any work. ORS 656.210

**time-loss payments:** Payments to an injured worker who loses time or wages because of a compensable injury. ORS 656.210

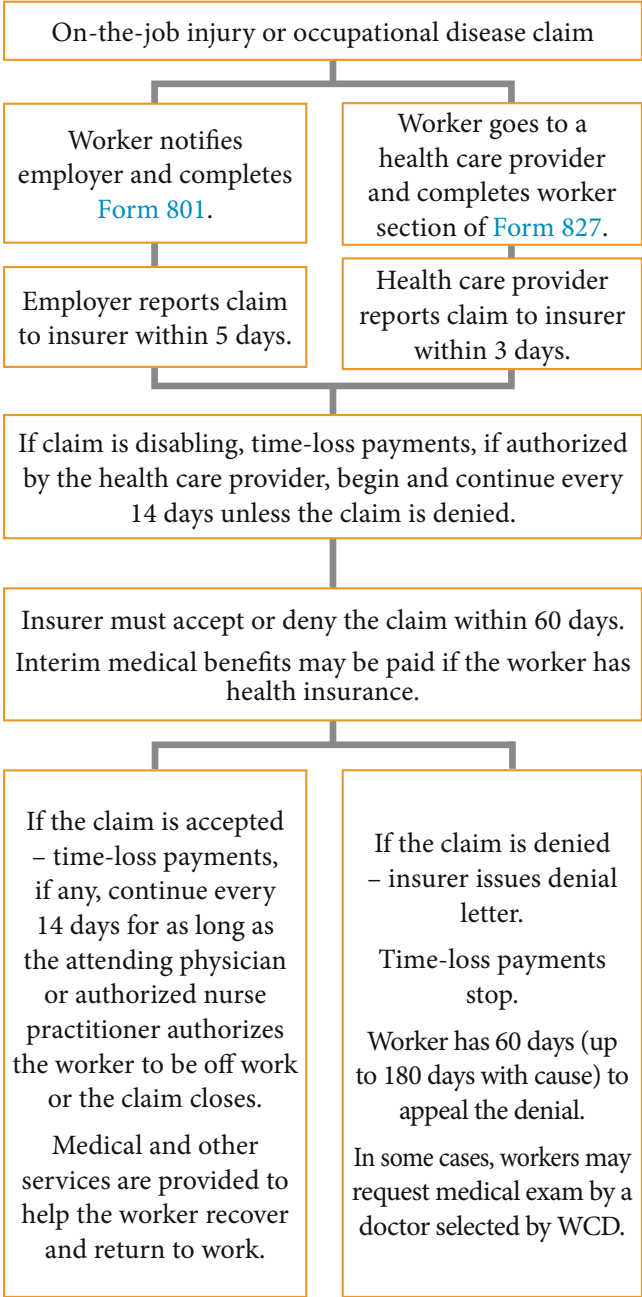
**Workers' Compensation Board (WCB):** The part of the Oregon Department of Consumer and Business Services responsible for conducting hearings and reviewing legal decisions and agreements affecting injured workers' benefits.

**Workers' Compensation Division (WCD):** The division within the Oregon Department of Consumer and Business Services that administers the state's workers' compensation laws.

**worker-requested medical exam (WRME):** An examination available to a worker whose claim has been denied based on an independent medical exam where the injured worker's physician does not agree with the findings.

# Workers' compensation claim process

From injury through acceptance or denial:



## Claim process

### From acceptance through closure and beyond:

Worker and insurer may make a claim disposition agreement (at any time after claim acceptance), subject to approval by the Workers' Compensation Board.

The claim will be closed when the worker is medically stationary.

The claim is closed and a decision is made about the amount of worker's disability, including permanent partial disability (PPD), if any. A Notice of Closure is issued by the insurer.

Vocational assistance is provided if worker is eligible (at any time after claim acceptance).

If worker cannot return to regular work and has permanent disability, WCD issues a preferred worker card, which allows worker to offer hiring incentives to Oregon employers.

Insurer (within 30 days of the Notice of Closure) must begin payment of PPD, if any. However, if the claim closure is appealed, payment may be stayed (not paid) until the litigation is completed.

Insurer, within seven days, or worker, within 60 days of claim closure, may request reconsideration by the WCD's Appellate Review.

After the claim is closed, worker remains eligible for certain medical and vocational services. If the accepted condition worsens, the claim may be reopened for additional disability and other benefits.

# Services directory

## Workers' Compensation Division

350 Winter St. NE  
P.O. Box 14480  
Salem, OR 97309-0405

[wcd.oregon.gov](http://wcd.oregon.gov)

[workcomp.questions@dcbs.oregon.gov](mailto:workcomp.questions@dcbs.oregon.gov)

Workers' compensation infoline.....	800-452-0288
Central reception.....	503-947-7810
Benefit consultation .....	503-947-7840
WCD Employer Index (to verify employer's insurance) .....	888-877-5670
Managed care organization .....	503-947-7650
Medical resolution .....	503-947-7606
Reconsideration of claim closures.....	503-947-7816
Re-employment assistance .....	503-947-7588
Toll-free .....	800-445-3948
Vocational assistance, disputes.....	503-947-7812
Toll-free.....	800-696-7161
Medford.....	541-776-6032

## Ombuds Office for Oregon Workers

350 Winter St. NE  
P.O. Box 14480  
Salem, OR 97309-0405

[www.oregon.gov/DCBS/OOW](http://www.oregon.gov/DCBS/OOW)

[oow.questions@dcbs.oregon.gov](mailto:oow.questions@dcbs.oregon.gov)

General information .....	503-378-3351
Toll-free .....	800-927-1271



# Workers' Compensation Board (and Hearings Division)

2601 25th St. SE, Suite 150

Salem, OR 97302-1280

[www.oregon.gov/wcb](http://www.oregon.gov/wcb)

General information ..... 503-378-3308

Salem (toll-free) ..... 877-311-8061

Portland (toll-free) ..... 866-880-2078

## Other resources

This booklet explains workers' compensation benefits. Even if your claim has been denied or you have exhausted your workers' compensation benefits, you may be eligible for some other types of assistance.

- ◆ Contact the Oregon Employment Department to find out if you are eligible for unemployment benefits.  
[www.employment.oregon.gov](http://www.employment.oregon.gov)
- ◆ Contact the Social Security Administration to find out if you are eligible for disability benefits.
- ◆ Contact the Oregon Office of Vocational Rehabilitation Services to find out if you are eligible for rehabilitation services.  
[www.oregon.gov/DHS/VR/](http://www.oregon.gov/DHS/VR/)
- ◆ Contact the Oregon State Bar for lawyer referral services information.  
[www.oregonstatebar.org](http://www.oregonstatebar.org)

If you have questions about injured workers' employments rights, contact the **Civil Rights Division, Bureau of Labor and Industries** (workers' compensation discrimination issues):

[www.oregon.gov/BOLI/CRD](http://www.oregon.gov/BOLI/CRD)

971-673-0764



800-452-0288 (toll-free)  
503-947-7630 (fax)  
[workcomp.questions@dcbs.oregon.gov](mailto:workcomp.questions@dcbs.oregon.gov)  
[wcd.oregon.gov](http://wcd.oregon.gov)

440-1138 (1/23/COM)

# ¿Qué sucede si me lesiono en el trabajo?



Una guía referente a los beneficios  
derechos, y responsabilidades de  
compensación para trabajadores  
de Oregon

**Enero 2018**



Consumer and  
Business Services

División de Compensación para Trabajadores



Conforme al Acta de Americanos Incapacitados (ADA), esta publicación puede obtenerse en formatos alternativos.

Llame a la División de Compensación para Trabajadores al: 503-947-7810, para ayuda en español 1-800-843-8086.

Los materiales en esta publicación son de dominio público y pueden ser reimpresos sin autorización.



## Información acerca de la reclamación

Aseguradora:

Teléfono:

Representante de la aseguradora:

Número de reclamación:

Fecha de lesión:

Médico primario:

Nombre de su empleador:

Por favor complete la información arriba mencionada para sus récords. Esta información es importante y le ayudará a desenvolverse en el sistema de compensación para trabajadores.

## Proteja sus derechos

Manténgase en contacto con su aseguradora, proveedor médico de su elección, y su abogado (si lo tiene). Su empleador puede proveerle el nombre y número de teléfono de su aseguradora de compensación para trabajadores.

La **División de Compensación para Trabajadores (WCD)** puede informarle acerca de sus derechos y obligaciones. La WCD ayuda a trabajadores, aseguradoras, empleadores, abogados y proveedores médicos a encontrar respuestas a preguntas relacionadas con compensación para trabajadores. Para más información llame a la línea de ayuda de compensación para trabajadores al 1-800-452-0288 o visite: [www.wcd.oregon.gov](http://www.wcd.oregon.gov).

### Reclamo de terceros

Si su lesión o enfermedad en el lugar de trabajo fue causada por un tercero (que no sea su empleador), puede tomar acciones legales contra el tercero o asignar el derecho a tomar medidas a la aseguradora de compensación de trabajadores.

Algunos ejemplos de terceros son:

- ◆ El conductor del auto que le golpeó.
- ◆ Un fabricante del producto defectuoso que le lastimó.

## Protege tus derechos

- ◆ Un propietario que no pudo mantener adecuadamente el edificio donde trabajaba cuando resultó herido.
- ◆ El dueño de un animal que le mordió.

Un reclamo de un tercero puede ser un proceso complejo y fomentamos la representación legal.

La oficina del **Ombudsman para Trabajadores Lesionados** es la oficina del estado que actúa como representante independiente para ayudar al trabajador lesionado a entender sus derechos y obligaciones, investiga quejas y toma acción para resolverlas. Para más información llame a la línea de ayuda al trabajador lastimado al 1-800-927-1271 o visite:

[www.oregon.gov/DCBS/OIW](http://www.oregon.gov/DCBS/OIW).

Si desea consultar con un abogado, póngase en contacto con el Servicio de Referencia de Abogados de la Asociación de Abogados de Oregon llame 1-800-452-7636 o visite: [www.oregonstatebar.org](http://www.oregonstatebar.org). Mire la página 27 para más información.

### También puede visitar los siguientes sitios Web

Ombudsman para Trabajadores Lesionados  
[www.oregon.gov/DCBS/OIW](http://www.oregon.gov/DCBS/OIW)

División de Compensación para Trabajadores  
[www.wcd.oregon.gov](http://www.wcd.oregon.gov)

# Tabla de contenidos

## Primeros pasos .....5

- ¿Cómo presento una reclamación?
- ¿Cómo obtengo tratamiento médico?
- ¿Cómo obtengo servicios de interpretación?
- ¿Si no puedo trabajar, recibiré pago por salario perdido?

## Consejos útiles .....8

## Estado de la reclamación.....8

- ¿Qué es aceptación o rechazo de una reclamación?
- ¿Qué pasa si la aseguradora rechaza mi reclamación basándose en un examen médico independiente?

## Tratamiento médico .....9

- ¿Tengo, derechos de privacidad durante exámenes médicos?
- ¿Qué son los beneficios médicos interinos?
- ¿Qué facturas médicas pagará la aseguradora?
- ¿Qué pasa si mi reclamación es negada y mi proveedor de servicios médicos me envía facturas?
- ¿Quién puede ser mi médico primario?
- ¿Cuáles son las responsabilidades del proveedor médico?
- ¿Qué debo hacer si quiero cambiar mi médico primario?
- ¿Qué pasa si mi proveedor médico recomienda cirugía electiva?
- ¿Qué pasa si mi aseguradora me registra en una organización de manejo del cuidado médico?
- ¿Qué es un examen médico independiente?
- ¿A qué tipo de cuidado médico tengo derecho después de una condición médicamente estacionaria?
- ¿Qué es una nueva condición o una condición médica omitida?

## Pago por tiempo perdido (incapacidad temporal) ..... 16

- ¿Se me pagará, si no puedo trabajar a causa de mi lesión?
- ¿Hay un tiempo de espera para recibir beneficios?
- ¿Cómo se calcula el salario que recibiré por tiempo perdido?
- ¿Qué pasa si tengo más de un trabajo?

### **Regresando a trabajar ..... 19**

- ¿Cuales son mis derechos cuando regrese a trabajar?
- ¿Hay algún beneficio al quedarme en el trabajo o por retornar al trabajo?
- ¿Qué es trabajo modificado?
- ¿Qué asistencia para re-empleo hay disponible de parte de la División de Compensación para Trabajadores?
- ¿Califico yo para asistencia vocacional?

### **Clausura de una reclamación ..... 22**

- ¿Qué es una Notificación de Clausura?
- ¿Qué es una incapacidad parcial permanente?
- ¿Qué es una incapacidad total permanente?
- ¿Qué son beneficios por fatalidad?
- ¿Qué hago si no estoy de acuerdo con la Notificación de Clausura?
- ¿Qué pasa si mi condición aceptada empeora?

### **Derechos de apelación y acuerdos de reclamaciones ..... 26**

- ¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con una decisión?
- ¿Cómo puedo encontrar ayuda legal?
- ¿Qué es un acuerdo de reclamación disputada?
- ¿Qué es un acuerdo de disposición de reclamación?
- ¿Qué son las multas por pago retrasado?
- ¿Son mis archivos confidenciales?

### **Glosario de términos usados en compensación para trabajadores ..... 29**

### **Cuadro sinóptico del proceso de reclamación ..... 34**

### **Directorio de servicios ..... 36**

## **Información importante**

- ◆ En este folleto, usamos el término general **“proveedor médico”** para describir a una persona o entidad autorizada para practicar medicina. Proveedores médicos incluyen: doctores, enfermeras, doctores quiroprácticos, entre otros, así como también hospitales, clínicas, u otros proveedores de servicios médicos.

- ◆ **Algunos proveedores médicos solo pueden prestar servicios por un tiempo limitado y no todos pueden autorizar al trabajador a perder días de trabajo.**
- ◆ **Su proveedor médico le puede explicar cuáles son las limitaciones en los servicios.**

Si tiene preguntas después de leer este folleto, póngase en contacto con su aseguradora, el Ombudsman para Trabajadores Lesionados, o la División de Compensación para Trabajadores para obtener información acerca de las leyes y reglamentos de Oregon. Puede encontrar los números de contactos importantes al final de este folleto.

## Primeros pasos

### ¿Cómo presento una reclamación?

- ◆ Si se lesionó, o sufre una enfermedad a causa de su trabajo, infórmele inmediatamente a su empleador.
- ◆ Pídale a su empleador el **formulario 801**, “Reporte de Lesión o Enfermedad en el Trabajo”. Complete la parte que corresponde al “trabajador” y devuélvale el formulario a su empleador. Si usted tiene más de un trabajo, asegúrese de indicarlo en el Formulario 801. Usted puede ser elegible para beneficios adicionales por tiempo perdido de trabajo.
- ◆ El empleador completará la parte que le corresponde, le dará una copia a usted para sus archivos, y enviará el formulario a la aseguradora de compensación para trabajadores.
- ◆ Pídale a su empleador el nombre y número de teléfono de la aseguradora. Manténgase en contacto con su aseguradora, ésta es su contacto primario.
- ◆ Puede obtener atención médica de cualquier proveedor médico **de su elección**, asegúrese de informar al médico que usted se accidentó en el trabajo. Recuerde: su empleador no puede escoger el médico por usted.
- ◆ En su primera visita el proveedor médico le proporcionará el **formulario 827**, “Reporte del

---

#### ¿Preguntas?

Ombudsman para Trabajadores Lesionados: 800-927-1271

División de Compensación para Trabajadores: 800-452-0288

Trabajador y Médico para Reclamaciones de Compensación para Trabajadores.” Complete, la parte que le corresponde, el doctor enviará el formulario a la aseguradora y le dará a usted una copia para sus archivos.

### ¿Cómo obtengo tratamiento médico?

- ◆ Usted puede obtener atención médica de un proveedor médico **de su elección**, para la reclamación inicial incluyendo:
  - ◆ Enfermera practicante autorizada
  - ◆ Doctor quiropráctico
  - ◆ Médico
  - ◆ Doctor naturópata
  - ◆ Cirujano dental
  - ◆ Doctor osteopático
  - ◆ Asistente médico
  - ◆ Doctor podólogo
  - ◆ Otros proveedores médicos
- ◆ Si su reclamación es aceptada, la aseguradora está obligada a pagar solamente por el tratamiento médico relacionado con las condiciones listadas en la “Notificación de Aceptación.”
- ◆ Si su reclamación es negada, usted podría ser responsable por las facturas médicas.
- ◆ Su aseguradora tiene derecho a inscribirlo en cualquier momento en una organización de cuidado **administrado, o MCO**. Si tiene preguntas sobre sus opciones de tratamiento bajo una MCO, contacte a su aseguradora.

### ¿Cómo obtengo servicio de interpretación?

- ◆ Usted puede escoger cualquier persona para que le ayude a comunicarse con un proveedor médico si es que el proveedor y usted hablan diferentes

---

**Nota:** Para la definición de los términos escritos en **negrita** en este folleto, diríjase al Glosario de Términos, en la página 29 de este folleto. Los números telefónicos de las diferentes agencias están listados en el Directorio de Servicios en la página 36.

---

lenguas, incluyendo el lenguaje de señas. Es posible que la aseguradora pague por servicios de interpretación si es que dicho servicio es para una reclamación o condición aceptada; sin embargo, la aseguradora no tiene que pagar por servicios de interpretación si es que usted elige usar un familiar o amigo como intérprete.

- ◆ Para programar los servicios de un intérprete usted puede ponerse en contacto con una compañía que ofrezca servicios de interpretación, su doctor, o su aseguradora para pedir el servicio. El proveedor médico puede desaprobar el intérprete elegido por usted si es que él o ella sienten que la interpretación no es correcta.
- ◆ Usted puede ser responsable de pagar por los servicios de interpretación si es que la aseguradora determina que dichos servicios no son relacionados con la condición aceptada. La compañía de servicios de interpretación deberá enviar los cargos por servicios a la aseguradora de compensación para trabajadores.
- ◆ Para más información acerca de servicios de interpretación y sus opciones póngase en contacto con la Sección Médica de la División de Compensación para Trabajadores al 503-947-7840 o visite nuestro sitio web [www.wcd.oregon.gov](http://www.wcd.oregon.gov).

### **Si no puedo trabajar, ¿recibiré mi sueldo por tiempo perdido?**

- ◆ Si no puede trabajar, debe tener una autorización escrita de su médico. Pídale a su médico la autorización por escrito y asegúrese de que su empleador y la aseguradora reciban una copia lo más pronto posible. Si usted tiene más de un trabajo, también puede ser elegible para beneficios por tiempo perdido de trabajo si su doctor le autoriza que no trabaje o que haga trabajo modificado en sus trabajos adicionales.
- ◆ No se le pagará por los tres primeros días calendarios fuera del trabajo, a menos que esté fuera del trabajo por 14 días consecutivos, o sea hospitalizado como paciente interno dentro de los primeros 14 días.

---

#### **¿Preguntas?**

Ombudsman para Trabajadores Lesionados: 800-927-1271

División de Compensación para Trabajadores: 800-452-0288

## Estado de la reclamación

- ◆ Si la aseguradora niega su reclamo antes de que pasen 14 días desde que usted reportó la lesión a su empleador, usted no recibirá pago por tiempo perdido.

## Consejos útiles

- ◆ Ponga atención a los límites de tiempo y a las instrucciones que recibe sobre citas médicas.
- ◆ Si no actúa a tiempo, o no apela las decisiones con las que está en desacuerdo, puede perder sus derechos. Si tiene preguntas sobre su reclamación o los documentos que recibe, llame a su aseguradora.
- ◆ Lea cuidadosamente todas las notificaciones que reciba, y mantenga copias de toda la correspondencia que usted envía y recibe.
- ◆ Asista a todas sus citas médicas.
- ◆ Comuníquese con su empleador inmediatamente cuando su doctor le dé autorización para volver al trabajo.
- ◆ Manténgase en contacto con su doctor, e informe a su empleador de las restricciones que el doctor le ha dado. Si su empleador le ofrece trabajo modificado o trabajo liviano, usted tiene que cooperar con los esfuerzos del empleador para ayudarle a que vuelva a trabajar.

## Estado de la reclamación

### ¿Qué es la aceptación o rechazo de una reclamación?

La aseguradora debe aceptar o rechazar su reclamación antes de que pasen 60 días a partir de la fecha en que su empleador fue notificado de que usted se lesionó o de que presentó una reclamación. Esto es conocido como período interino.

- ◆ Si su reclamación es aceptada la aseguradora le enviará una “Notificación de Aceptación” que listará las condiciones médicas aceptadas.

---

**Nota:** Para la definición de los términos escritos en **negrita** en este folleto, diríjase al Glosario de Términos, en la página 29 de este folleto. Los números telefónicos de las diferentes agencias están listados en el Directorio de Servicios en la página 36.

---



- ◆ Si cree que la aseguradora no ha listado todas las condiciones causadas por la lesión, debe pedir por escrito que la aseguradora añada las condiciones que no están listadas. Si cree que la notificación no está completa o tiene errores, debe notificar a la aseguradora por escrito del error.
- ◆ Si la aseguradora niega su reclamación, ésta le enviará una carta especificando las razones por las cuales la reclamación fue negada y sus derechos de apelación.

### ¿Qué pasa si la aseguradora niega mi reclamación basándose en un examen médico independiente, o IME?

Si la aseguradora niega su reclamación basándose en un **examen médico independiente, o IME**, puede que usted califique para un **examen médico pedido por el trabajador, o WRME**, el cual es pagado por la aseguradora. Para calificar para un WRME, las siguientes condiciones deben ser cumplidas:

- ◆ La negación debe estar basada en un reporte de IME
- ◆ Su médico primario debe estar en desacuerdo con el reporte del IME
- ◆ Usted debe pedir una audiencia con la Junta Directiva para apelar la negación

Si usted cumple con estas condiciones, y quiere pedir un WRME o necesita más información, llame a la División de Compensación para Trabajadores al 1-800-452-0288.

## Tratamiento médico

### ¿Tengo derecho a la privacidad durante los exámenes médicos?

Usted tiene derecho a tener privacidad durante los exámenes médicos. Ni su empleador ni la aseguradora pueden enviar a un representante a la cita médica sin que usted lo haya autorizado por escrito. Si usted se niega a dar autorización, sus beneficios no pueden ser suspendidos o reducidos.

---

#### ¿Preguntas?

Ombudsman para Trabajadores Lesionados: 800-927-1271

División de Compensación para Trabajadores: 800-452-0288

---

### ¿Qué son los beneficios médicos interinos?

Beneficios médicos interinos son los pagos por servicios médicos desde el comienzo de su reclamación hasta que la aseguradora acepta o niega la reclamación si es que usted tiene seguro de salud privado. Sin embargo, si la aseguradora niega su reclamación dentro de 14 días usted no tiene derecho a beneficios médicos interinos. Asegúrese de dar al proveedor la información de su seguro médico privado aunque usted esté recibiendo servicios médicos por una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo.

Durante este tiempo usted no tiene que hacer co-pagos ni pagar deducibles. Pero si usted hizo co-pagos o pagó deducibles al proveedor y la aseguradora de compensación acepta su reclamación, el proveedor debe reembolsarle esos co-pagos o deducibles.

Si su reclamación es negada, usted puede ser responsable por cualquier co-pago o pagos de deducibles.

*Nota:* El seguro de Salud de Oregon no es considerado como seguro médico privado.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de sus beneficios durante el período interino, llame a la División de Compensación para Trabajadores para más información.

### ¿Qué facturas médicas pagará la aseguradora?

Si su aseguradora acepta la reclamación, ésta pagará por:

- ◆ El tratamiento médico que usted reciba en relación con la lesión sufrida en el trabajo
- ◆ Medicinas recetadas
- ◆ Gastos de transportación, comidas, y hospedaje necesario para atender citas médicas con algunas limitaciones

Su doctor no debe cobrarle por los servicios médicos. Las facturas deben ser enviadas directamente a la aseguradora de compensación para trabajadores.

Es posible que la farmacia pueda facturar a la aseguradora directamente por sus prescripciones.

---

**Nota:** Para la definición de los términos escritos en **negrita** en este folleto, diríjase al Glosario de Términos, en la página 29 de este folleto. Los números telefónicos de las diferentes agencias están listados en el Directorio de Servicios en la página 36.

---

Si se requiere que usted pague de su bolsillo por los medicamentos, usted tiene hasta dos años a partir del día en que usted pagó por la prescripción para solicitar por escrito a la aseguradora que le reembolse por los gastos, debe adjuntar copias de sus recibos como prueba de pago. La aseguradora tiene 30 días para pedir información adicional o reembolsarle por los gastos.

### ¿Qué pasa si mi reclamación es negada y mi proveedor médico me envía facturas?

Si la aseguradora niega su reclamación, el proveedor médico tiene derecho a enviarle a usted una copia de la factura por los servicios médicos provistos.

Si usted apela la negación del reclamo, es posible que el proveedor no intente cobrarle nuevamente hasta que:

- ◆ El proceso de apelación termine, o
- ◆ Usted llegue a un acuerdo de la reclamación.

Si usted no apela la negación, su proveedor médico puede cobrarle por los gastos.

Si tiene seguro de salud, el proveedor está obligado a enviar las facturas al seguro de salud.

### ¿Quién puede ser mi médico primario?

El término **“médico primario”** (attending physician) se usa en el sistema de compensación para trabajadores para designar al médico responsable de autorizar beneficios por tiempo perdido de trabajo y por supervisar el servicio médico que usted recibe de otros proveedores médicos por su lesión en el trabajo. Esto también puede incluir supervisión de otros proveedores médicos, tales como especialistas y terapeutas que usted pueda consultar para recuperarse de su lesión en el trabajo. Bajo la ley de Oregon los siguientes proveedores médicos pueden ser considerados médicos primarios:

- ◆ édicos
- ◆ Doctores podólogos
- ◆ Doctores osteopáticos
- ◆ Cirujanos dentales o maxilofaciales

---

#### ¿Preguntas?

Ombudsman para Trabajadores Lesionados: 800-927-1271

División de Compensación para Trabajadores: 800-452-0288

- ◆ Doctores quiroprácticos, naturópatas, y asistentes médicos que han sido autorizados por el director del Departamento de Servicios para Consumidores y Negocios (DCBS)
- ◆ Proveedores médicos designados como médicos primarios por una organización de cuidado administrado (MCO)

### ¿Cuáles son las responsabilidades del médico primario?

El médico primario:

- ◆ Autoriza el pago por tiempo perdido si usted no puede trabajar
- ◆ Autoriza la reducción de horas o modificación de tareas
- ◆ Autoriza al trabajador a volver al trabajo
- ◆ Decide cuándo usted está **médicamente estacionario**

**Los enfermeros practicantes autorizados** no están designados como médicos primarios. Sin embargo ellos pueden:

- ◆ Proveer tratamiento al trabajador por 180 días
- ◆ Autorizar pago por tiempo perdido por 180 días
- ◆ Autorizar trabajo liviano o modificado hasta por 180 días
- ◆ Autorizar al trabajador a volver al trabajo en 180 días
- ◆ Decidir cuándo la lesión se vuelve médicamente estacionaria hasta por 180 días
- ◆ Referir al trabajador a un médico primario para un examen de clausura si usted parece tener una incapacidad permanente

Los proveedores médicos que no califican para ser médicos primarios y que no son enfermeros practicantes autorizados:

- ◆ Pueden tratarlo independientemente sólo por 30 días o 12 visitas, lo que ocurra primero

---

**Nota:** Para la definición de los términos escritos en **negrita** en este folleto, diríjase al Glosario de Términos, en la página 29 de este folleto. Los números telefónicos de las diferentes agencias están listados en el Directorio de Servicios en la página 36.

---

- ◆ No pueden autorizar ni pagos por tiempo perdido ni trabajo modificado
- ◆ Deben ser autorizados por un médico primario o un enfermero practicante autorizado, para continuar tratando al trabajador después de que se cumplan 30 días o 12 visitas

### ¿Qué debo hacer si quiero cambiar de médico?

Ya que su médico primario es responsable por su tratamiento, usted puede tener solamente un médico primario a la vez.

Una vez que escoge su médico primario, puede cambiar de médico dos veces más. Para cualquier otro cambio de médico primario necesita obtener autorización de la aseguradora.

Para cambiar de médico primario, llene el Formulario 827 en la oficina de su nuevo doctor, el cual enviará el formulario a la aseguradora.

Si la aseguradora no aprueba el cambio adicional de médico primario, puede solicitar aprobación de la División de Compensación para Trabajadores.

Los siguientes no son considerados cambios de médico primario:

- ◆ Si un doctor lo trata en la sala de emergencia
- ◆ Si su médico primario lo envía a un especialista pero continúa siendo responsable por su cuidado médico
- ◆ Si usted cambia de médico primario por causas que están fuera de su control. Por ejemplo:
  - ◆ El proveedor médico tiene limitaciones en cuanto a su tratamiento,
  - ◆ Usted o su médico se mudan fuera del área, o
  - ◆ La aseguradora lo inscribe en una MCO.

Una vez que está inscrito en una MCO. Sus beneficios pueden ser diferentes. Póngase en contacto con la aseguradora para más información.

---

### ¿Preguntas?

Ombudsman para Trabajadores Lesionados: 800-927-1271

División de Compensación para Trabajadores: 800-452-0288

### ¿Qué es un examen médico independiente, o IME?

Es un examen médico independiente, hecho a un trabajador lesionado a pedido de la aseguradora, este examen es realizado por un doctor que no es el médico primario del trabajador. Un IME es solicitado por la aseguradora. Un IME no incluye una consulta arreglada por la MCO para un trabajador inscrito.

La aseguradora puede requerir que usted asista a un máximo de tres IMEs escogidos por la aseguradora.

Si usted no asiste a un IME, puede ser multado con \$100 o sus beneficios de compensación para trabajadores pueden ser suspendidos.

Los médicos que realizan el IME:

- ◆ No proveerán tratamiento médico.
- ◆ Prepararán un reporte solamente en base al examen. El reporte contestará preguntas hechas por la aseguradora acerca de su lesión o enfermedad ocupacional.
- ◆ Pueden llevar a cabo una evaluación física o de su capacidad de trabajo.

Si el doctor que realiza el IME va a realizar un procedimiento médico invasivo (un procedimiento médico invasivo es un procedimiento médico en el que se usan agujas, tubos, escalpelos, aparatos laparoscópicos, u otros objetos médicos que penetran el cuerpo):

- ◆ Tiene que explicarle los riesgos,
- ◆ Tiene que obtener su consentimiento por escrito, y
- ◆ Sus beneficios no pueden ser reducidos o suspendidos si se niega a dar autorización para un procedimiento médico invasivo.

La aseguradora pagará todos los costos asociados con el IME y le reembolsará sus gastos.

Si necesita obtener un adelanto para poder asistir al IME, o si cree que necesita compañía para poder atender a la cita debido a la lesión en el trabajo, póngase en contacto con la aseguradora lo antes posible.

---

**Nota:** Para la definición de los términos escritos en **negrita** en este folleto, diríjase al Glosario de Términos, en la página 29 de este folleto. Los números telefónicos de las diferentes agencias están listados en el Directorio de Servicios en la página 36.

---

Usted puede asistir a la cita acompañado por un amigo o familiar, pero la aseguradora no está obligada a pagar por los gastos de su acompañante.

Para que un amigo o pariente esté presente durante el examen, usted debe llenar, firmar y enviar el formulario "IME Observer Form" (440-3923A) al médico que realizará el IME.

**Si necesita un intérprete, por favor póngase en contacto con su aseguradora lo antes posible.**

### **¿A que tipo de cuidado médico tengo derecho después de que mi condición es declarada médicamente estacionaria?**

Una vez que su médico determina que su condición no mejorará con tratamientos o con el paso del tiempo, su condición es considerada médicamente estacionaria y sus beneficios médicos pueden ser limitados a:

- ◆ Medicamentos recetados, dispositivos prostéticos, tensores, sostenedores
- ◆ Servicios diagnósticos, cuidado curativo para estabilizar una condición
- ◆ Tratamientos para preservar la vida

Para saber qué servicios están cubiertos luego de que su condición es considerada médicamente estacionaria póngase en contacto con su aseguradora o con la División de Compensación para Trabajadores.

### **¿Qué es cuidado paliativo?**

An independent medical examination is a medical exam of an iEs un servicio médico que le ayuda a sentirse mejor pero que no cura su condición. El cuidado paliativo será cubierto si usted está trabajando y necesita dicho cuidado para continuar en el trabajo o para asistir a entrenamientos vocacionales. El cuidado será cubierto solamente si es aprobado por la aseguradora o la División de Compensación para Trabajadores.

---

#### **¿Preguntas?**

Ombudsman para Trabajadores Lesionados: 800-927-1271

División de Compensación para Trabajadores: 800-452-0288

### ¿Qué es una condición nueva u omitida?

Una condición nueva es una condición médica que se desarrolla a causa de la lesión original ocurrida en el trabajo. Una condición omitida es una condición que siempre estuvo presente a partir de la lesión en el trabajo pero que no fue aceptada inicialmente por la aseguradora. El trabajador puede solicitar por escrito que la aseguradora acepte una condición nueva u omitida en cualquier momento después de la lesión original. El derecho de pedir que se acepten condiciones nuevas u omitidas continúa incluso después de que sus derechos de agravación vencen.

## Pago por tiempo perdido (incapacidad temporal)

### ¿Se me pagará, si no puedo trabajar a causa de mi lesión?

- ◆ Si su doctor le autoriza faltar al trabajo o realizar trabajo modificado y esto causa pérdida de su salario, la aseguradora pagará por su tiempo perdido de trabajo.
- ◆ La aseguradora le enviará su primer cheque por tiempo perdido dentro los 14 días a partir de la fecha en que recibe la autorización de su proveedor médico.
- ◆ No se le pagará ningún pago por tiempo perdido de trabajo que no haya sido autorizado por su proveedor médico.

Si usted tiene que faltar al trabajo recuérdale a su doctor que envíe la autorización apropiada a la aseguradora. Para asegurarse de que sus pagos lleguen a tiempo usted puede contactar a su aseguradora apenas empiece a faltar al trabajo.

Los beneficios por tiempo perdido **cesarán** en las siguientes situaciones:

---

**Nota:** Para la definición de los términos escritos en **negrita** en este folleto, diríjase al Glosario de Términos, en la página 29 de este folleto. Los números telefónicos de las diferentes agencias están listados en el Directorio de Servicios en la página 36.

---



## Pago por tiempo perdido

- ◆ Si su doctor no proporciona la autorización por tiempo perdido de trabajo a la aseguradora
- ◆ Si la aseguradora niega su reclamación
- ◆ Si su doctor le autoriza a regresar a su trabajo regular
- ◆ Regresa a trabajar recibiendo el mismo sueldo que recibía antes de la lesión
- ◆ Si usted recibe una Notificación de Clausura
- ◆ Usted es encarcelado (ya sea en detención antes de un juicio, o en prisión después de haber sido condenado por un crimen), o
- ◆ Si se retira por sí mismo de la fuerza laboral (por ejemplo, se jubila o se hace estudiante de tiempo completo)

Sus beneficios por tiempo perdido también **cesarán o se reducirán** en las siguientes situaciones:

- ◆ Su proveedor médico autoriza una oferta escrita ofrecida por su empleador para trabajo modificado que usted es físicamente capaz de realizar pero se niega a aceptar
- ◆ Su proveedor médico autoriza un trabajo con su empleador pero su empleador lo despide (con causa)
- ◆ Su doctor le autoriza a regresar al trabajo pero usted no puede trabajar por estar en los Estados Unidos en violación a las leyes federales de inmigración

### ¿Hay un periodo de espera antes de recibir beneficios?

Oregon tiene un periodo de tres días de espera antes de recibir beneficios. Usted no recibirá pago por los tres días calendarios siguientes la fecha en que se lastimó a menos que no trabaje por 14 días consecutivos, o si es hospitalizado como paciente interno durante los primeros 14 días después de su lesión.

El primer día que usted pierde de trabajar es el primer día de los tres días del periodo de espera.

---

#### ¿Preguntas?

Ombudsman para Trabajadores Lesionados: 800-927-1271

División de Compensación para Trabajadores: 800-452-0288

## Pago por tiempo perdido

Si su doctor lo autoriza a trabajar en trabajo liviano durante los primeros 14 días, no se le pagará por los primeros tres días.

### ¿Cómo se calcula el salario que recibiré por tiempo perdido?

El pago por tiempo perdido de trabajo es también llamado incapacidad total temporal (TTD) o incapacidad parcial temporal (TPD), y se calcula en base al salario promedio semanal que usted recibía al momento de la lesión. La aseguradora puede calcular su salario semanal en base al salario que usted recibió durante las 52 semanas antes de su lesión.

- ◆ El salario por el tiempo perdido de trabajo será equivalente a dos tercios del promedio semanal de su salario bruto.
- ◆ Oregon tiene un límite mínimo y un máximo en los montos pagables a un trabajador lesionado. Este límite es ajustado cada año.
- ◆ Si su doctor le autoriza a regresar a un trabajo modificado o liviano en el que gana menos dinero del que ganaba antes de la lesión, puede ser elegible para recibir pagos parciales por tiempo perdido.
- ◆ Su salario promedio semanal es un factor importante en el cálculo de sus beneficios por tiempo perdido y es importante verificar que el sueldo adecuado se esté usando en estos cálculos.

### ¿Qué pasa si tengo más de un trabajo?

Es posible que usted sea elegible para recibir pagos adicionales por tiempo perdido de trabajo con otros empleadores, estos pagos son llamados incapacidad suplementaria. Para ser elegible para beneficios suplementarios por incapacidad usted debe haber tenido más de un empleo sujeto en Oregon al momento de la lesión.

- ◆ Usted debe notificar a la aseguradora acerca de sus otros trabajos antes de que pasen 30 días a partir de la fecha en que presentó su reclamación.
- ◆ Para recibir pago por tiempo perdido de sus otros trabajos, usted debe presentar a la aseguradora las

---

**Nota:** Para la definición de los términos escritos en **negrita** en este folleto, diríjase al Glosario de Términos, en la página 29 de este folleto. Los números telefónicos de las diferentes agencias están listados en el Directorio de Servicios en la página 36.

---

pruebas de sus otros salarios, (incluyendo talones de cheques o nóminas de pago).

- ◆ Usted debe presentar a la aseguradora las pruebas de sus otros salarios para verificación antes de que pasen 60 días a partir de la fecha de la solicitud a la aseguradora, o usted no será elegible para recibir beneficios suplementarios.

## Regresando a trabajar

### ¿Cuáles son mis derechos cuando regrese a trabajar?

La mayoría de los empleadores de Oregon que tienen más de 20 empleados están obligados a readmitir a un trabajador lesionado en el mismo trabajo que realizaba antes de lesionarse o a un trabajo similar, una vez que el trabajador tiene autorización del médico para regresar al trabajo.

- ◆ La aseguradora le enviará una notificación escrita una vez que su proveedor médico le autorice a regresar al trabajo.
- ◆ Cuando reciba dicha notificación, usted tiene **siete días calendarios** (o menos si su contrato sindical o las políticas laborales del empleador así lo requieren) para pedirle a su empleador que lo regrese a su trabajo anterior, o a un trabajo similar al que tenía antes de la lesión. Si se pasa de los siete días, perderá su derecho a ser readmitido por su empleador.
- ◆ Cuando reciba una autorización para volver a trabajar, llévesela a su empleador lo antes posible ya que pueden haber trabajos disponibles que sean físicamente apropiados para usted.

Si tiene preguntas acerca de sus derechos, o cree que ha sido tratado injustamente a causa de su lesión en el trabajo, comuníquese con el Departamento de Labor e Industrias (BOLI) al 971-673-0761.

---

#### ¿Preguntas?

Ombudsman para Trabajadores Lesionados: 800-927-1271

División de Compensación para Trabajadores: 800-452-0288

### ¿Hay algún beneficio por quedarme o retornar a mi trabajo?

Hay estudios que demuestran que los trabajadores lesionados se benefician al regresar al trabajo lo más pronto posible después de una lesión en el trabajo.

Quedarse en el trabajo o regresar al mismo prontamente después de una lesión previene que tenga pérdidas financieras y puede ayudarle a recuperarse más rápidamente.

### ¿Qué es trabajo modificado?

Si su empleador le ofrece trabajo modificado, contacte a su proveedor médico para saber si usted está físicamente listo para realizar el trabajo. Si su proveedor médico dice que usted puede realizar el trabajo ofrecido, usted tiene que aceptar el trabajo o sus beneficios pueden ser reducidos o suspendidos. Si al regresar al trabajo se da cuenta que no puede realizar las tareas asignadas, contacte a su doctor inmediatamente.

Si el trabajo modificado paga menos de lo que usted ganaba antes de su lesión, usted recibirá pago por la diferencia del salario que está perdiendo.

Usted puede rechazar el trabajo modificado ofrecido sin que sus beneficios por tiempo perdido terminen si es que **alguna** de las siguientes condiciones se cumplen:

- ◆ El trabajo **no es** ni con el empleador donde se lesionó, ni en un sitio del cual el empleador donde se lesionó es dueño. (Hay excepciones para personas que trabajan en el cuidado de salud de personas a domicilio [home healthcare workers].)
- ◆ Su doctor documenta que usted es físicamente incapaz de viajar al lugar de trabajo.
- ◆ El nuevo lugar de trabajo queda a más de 50 millas de donde trabajaba antes de su lesión, a menos que el lugar de trabajo quede a menos de 50 millas de su domicilio. Sin embargo una distancia mayor de 50 millas puede ser considerada apropiada si su empleador tiene múltiples sitios o sitios móviles de trabajo y usted podría haber sido asignado a uno de esos lugares antes de haberse lastimado.

---

**Nota:** Para la definición de los términos escritos en **negrita** en este folleto, diríjase al Glosario de Términos, en la página 29 de este folleto. Los números telefónicos de las diferentes agencias están listados en el Directorio de Servicios en la página 36.

---

- ◆ El horario o turno a usted asignado difiere de la política laboral escrita, los contratos sindicales, o la práctica común del empleador en cuanto a cambio de horarios.

### ¿Qué asistencia para re-empleo ofrece la División de Compensación para Trabajadores?

El Programa del Empleador Donde se Lesionó ayuda a los trabajadores a continuar trabajando o a regresar a trabajar con el empleador donde se lastimó. Debido a su lesión en el trabajo, su empleador puede calificar para beneficios que ayudarán a que usted regrese a un trabajo liviano mientras la reclamación esté abierta.

El Programa para el Trabajador Preferido ayuda a los trabajadores lesionados a regresar al trabajo y provee beneficios a los empleadores de Oregon. Si usted tiene una incapacidad permanente debido a su lesión, y su proveedor médico dice que no puede regresar a su trabajo regular, puede ser que usted califique como trabajador preferido.

Si usted es elegible para el Programa para el Trabajador Preferido, recibirá una tarjeta de identificación e información sobre el programa poco después de que se cierre su reclamación.

Si usted cree que puede ser elegible para el Programa para el Trabajador Preferido y no recibe su identificación después de que se cierra su reclamo, llame de manera gratuita al 1-800-445-3948 o al 503-947-7588.

Si tiene preguntas o quiere saber más información sobre el Programa para el Trabajador Preferido, contacte a un representante de forma gratuita al 1-800-445-3948 o al 503-947-7588.

### ¿Califico para asistencia vocacional?

La asistencia vocacional incluye ayuda con colocación de empleo y capacitación. Usted puede calificar para asistencia si como resultado de su condición aceptada cumple con **todos** los siguientes requisitos:

- ◆ Tiene una incapacidad permanente causada por su lesión en el trabajo,

---

#### ¿Preguntas?

Ombudsman para Trabajadores Lesionados: 800-927-1271

División de Compensación para Trabajadores: 800-452-0288

## Clausura de una reclamación

- ◆ Su doctor no le dio autorización para regresar a su trabajo regular ni tampoco puede regresar a un trabajo que le pague al menos 80 por ciento de lo que ganaba antes de lesionarse, y
- ◆ Tiene autorización para trabajar en los Estados Unidos.

La aseguradora determinará si califica para asistencia o rehabilitación vocacional antes de que pasen 35 días a partir de cuando su condición se vuelve médicamente estacionaria, y le notificará de la decisión por escrito. Si necesita ayuda para regresar al trabajo, póngase en contacto con su aseguradora inmediatamente.

Si tiene preguntas, llame al 1-800-696-7161 (llamada gratuita) o 503-947-7189. Para ponerse en contacto con un representante en el Sur de Oregon (Medford), llame al 541-776-6032.

## Clausura de una reclamación

### ¿Qué es una Notificación de Clausura?

Las reclamaciones incapacitantes se mantienen “abiertas” o “activas” mientras se recupera de su lesión y son “cerradas” o “inactivas” cuando usted es declarado médicamente estacionario.

Su reclamación también puede ser clausurada si su lesión en el trabajo deja de ser la causa principal de su incapacidad, si ya no necesita tratamiento, o si usted deja de asistir a sus citas médicas. Cuando su reclamación se cierre, la aseguradora le enviará los siguientes documentos:

- ◆ Una “Notificación Actualizada al Tiempo de la Clausura” (*Updated Notice of Acceptance at Closure*), la cual lista las condiciones médicas que la aseguradora ha aceptado. Si la notificación está incompleta o contiene errores, notifique por escrito a la aseguradora de inmediato.
- ◆ El folleto “Entendiendo la Clausura de Reclamaciones y sus Derechos” (*Understanding*

---

**Nota:** Para la definición de los términos escritos en **negrita** en este folleto, diríjase al Glosario de Términos, en la página 29 de este folleto. Los números telefónicos de las diferentes agencias están listados en el Directorio de Servicios en la página 36.

## Clausura de una reclamación

*Claim Closure and Your Rights*), el cual le explica sus derechos, de apelación, y los tipos de cuidados que la aseguradora cubrirá después de que su reclamación sea cerrada.

Después de que sus pagos por tiempo perdido de trabajo terminen, puede tener derecho a beneficios de desempleo (aún cuando ordinariamente sería demasiado tarde para calificar.) Usted debe aplicar antes que pasen cuatro semanas a partir de la fecha de la notificación ordenando la clausura de la reclamación para saber si califica para una “extensión de base anual” especial, disponible para algunos trabajadores lesionados. Para más información comuníquese con la oficina del Departamento de Empleo de Oregon en su área.

### ¿Qué es una incapacidad parcial permanente, o PPD?

Si su Notificación de Clausura dice que usted tiene una **incapacidad parcial permanente**, esto quiere decir que su lesión resultó en una condición que no ha regresado a la normalidad o al estado en que usted se encontraba antes de la lesión.

Usted puede tener derecho a recibir una suma de dinero de la aseguradora para compensarle por su incapacidad. El monto de la compensación por incapacidad es calculado usando una fórmula determinada por ley, y dependerá de la severidad de la incapacidad. Si la aseguradora le pagó más de lo debido durante el tiempo en que su reclamación estuvo abierta, la aseguradora puede recobrar el sobrepago reduciendo sus pagos por incapacidad permanente o sus futuros beneficios.

Tenga en cuenta lo siguiente acerca de beneficios de incapacidad parcial permanente:

- ◆ Los beneficios por incapacidad permanente deben empezar en 30 días a partir de la fecha de la Notificación de Clausura.
- ◆ Si su compensación por incapacidad es de \$6,000 o menos, la aseguradora le pagará la compensación en un solo pago.
- ◆ Si su compensación por incapacidad es de más de \$6,000, la aseguradora le enviará pagos mensuales

---

### ¿Preguntas?

Ombudsman para Trabajadores Lesionados: 800-927-1271

División de Compensación para Trabajadores: 800-452-0288

## Clausura de una reclamación

hasta que la compensación sea pagada en su totalidad. El monto mensual será igual al monto que recibía mensualmente por su incapacidad total temporal.

- ◆ Usted puede pedir a la aseguradora que le haga un solo pago de su compensación de más de \$6,000. Sin embargo, si usted o la aseguradora apelan el monto de la compensación por su incapacidad permanente no puede recibir el monto total en un solo pago hasta que el proceso de apelación sea completado y la orden sea final. Si usted hace una solicitud para recibir un solo pago y acepta el pago por cualquier parte de la recompensa de su incapacidad permanente, usted renuncia a su derecho de apelar el monto de la compensación. Si usted está inscrito y participando activamente de un programa de rehabilitación o asistencia vocacional, usted no puede recibir el monto total en un solo pago.

### ¿Qué es una incapacidad total permanente, o PTD?

Si su Notificación de Clausura dice que usted tiene una **incapacidad total permanente**, significa que usted está permanentemente incapacitado para realizar un trabajo de manera funcional y productiva. En ese caso, recibirá beneficios mensuales mientras permanezca totalmente incapacitado. La aseguradora revisará su reclamación por lo menos cada dos años para ver si continúa incapacitado.

### ¿Qué son los beneficios por fatalidad?

Cuando un trabajador fallece debido a una lesión en el trabajo o enfermedad ocupacional y la aseguradora acepta la reclamación, la ley de Oregon requiere que la aseguradora haga pagos mensuales al cónyuge de dicho trabajador, sus hijos, y otros beneficiarios elegibles. La aseguradora pagará por los gastos del funeral hasta un máximo establecido. Si el trabajador fallece mientras está recibiendo beneficios por incapacidad total permanente, el cónyuge u otros beneficiarios elegibles pueden tener derecho a continuar recibiendo dichos beneficios.

---

**Nota:** Para la definición de los términos escritos en **negrita** en este folleto, diríjase al Glosario de Términos, en la página 29 de este folleto. Los números telefónicos de las diferentes agencias están listados en el Directorio de Servicios en la página 36.

---



### ¿Qué hago si no estoy de acuerdo con la Notificación de Clausura?

Si no está de acuerdo con la Notificación de Clausura, debe enviar a la División de Compensación para Trabajadores una petición de reconsideración escrita antes de que pasen 60 días de la fecha en la Notificación de Clausura. Sus derechos de apelación y la dirección a donde debe enviar la petición se encuentran en el reverso de la Notificación de Clausura.

Si prefiere, puede llenar y enviar a la División de Compensación para Trabajadores una “Petición de Reconsideración”, [formulario 2223A](#) (Worker’s Request for Reconsideration). También puede llenar y enviar el formulario “Petición de Reconsideración” a la División de Compensación para Trabajadores. Puede obtener el formulario contactando a la división y pidiendo una copia de la formulario para ser enviado a usted, o ir a la división sitio Web, [www.wcd.oregon.gov](http://www.wcd.oregon.gov). Bajo la sección “Workers,” haga clic en “Filing a claim.” Haga clic en “Appealing a closed claim” en el lado izquierdo de la página Web. Por último, haga clic en “Request for Reconsideration.” Para obtener más información, llame a WCD al 1-800-452-0288 (llamada gratuita) pida hablar con un revisor de apelaciones.

Si tiene preguntas, llame al 1-800-696-7161 (llamada gratuita) o al 503-947-7189. Para ponerse en contacto con un representante en el Sur de Oregon (Medford), llame al 541-776-6032.

### ¿Qué pasa si mi condición aceptada empeora?

Si su condición aceptada empeora después de que su reclamación es clausurada, usted tiene el derecho a buscar cuidado médico. Usted puede pedir a la aseguradora que reabrir su reclamación llenando un [formulario 827](#) en el consultorio de su médico primario. Su doctor enviará el papeles a la aseguradora.

Los derechos de agravación incapacitante vencen en cinco años a partir de la primera clausura de una reclamación. Los derechos de agravación no incapacitante expiran en cinco años a partir de la fecha de la lesión en una reclamación no incapacitante.

---

#### ¿Preguntas?

Ombudsman para Trabajadores Lesionados: 800-927-1271

División de Compensación para Trabajadores: 800-452-0288

---

Una vez que los cinco años de sus derechos de agravación se vencen, es posible que pueda tener derecho a algunos beneficios adicionales. Si necesita hospitalización, cirugía, u otro tratamiento curativo, la aseguradora puede reabrir su reclamo y pagarle compensación por tiempo perdido siempre y cuando esté autorizado por su médico primario hasta que sus condiciones nuevamente se vuelvan médicamente estacionarias.

Si usted solicita la aceptación de una condición nueva u omitida después de que sus derechos de agravación se vencen, usted puede también calificar para recibir beneficios de incapacidad permanente si su condición ha empeorado permanentemente después de que la reclamación fue cerrada.

## Derechos de apelación y acuerdos de reclamación

### ¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con una decisión?

Usted puede apelar cualquier decisión hecha acerca de su reclamación. Una “apelación” es una solicitud de parte de un trabajador lesionado, una aseguradora, o una de las otras partes en la reclamación para la revisión de una decisión tomada acerca de una reclamación.

Si recibe un aviso de que su reclamación o beneficios son negados o terminados, el documento que recibió tendrá instrucciones sobre cómo apelar si está en desacuerdo con la decisión. **Existen límites de tiempo para la mayoría de las apelaciones. Perderá sus derechos de apelación si no apela dentro de los límites de tiempo según lo impreso en la carta que recibió.** Los beneficios que están sujetos a la apelación usualmente no se pagan hasta que el proceso de apelación (litigación) es completado. Si necesita asesoramiento legal, consulte las páginas amarillas de su directorio telefónico bajo “Attorneys” (abogados) o llame al Asociación de Abogados del Estado de Oregon al 1-800-452-7636, para encontrar a un abogado que maneje casos de compensación para trabajadores en su área.

---

**Nota:** Para la definición de los términos escritos en **negrita** en este folleto, diríjase al Glosario de Términos, en la página 29 de este folleto. Los números telefónicos de las diferentes agencias están listados en el Directorio de Servicios en la página 36.

---

### ¿Cómo puedo encontrar ayuda legal?

Un abogado puede ayudarle a entender sus derechos y obligaciones. Para encontrar un abogado especializado en casos de compensación para trabajadores, póngase en contacto con el Servicio de Referencia de Abogados de la Asociación de Abogados de Oregon llamando al: 1-800-452-7636 (gratis en Oregon) o busque en las Páginas Amarillas o en el internet. Los abogados de compensación para trabajadores son pagados en bases de contingencia. Esto significa que usted no tiene que pagar al abogado a menos que éste gane su caso o negocie un acuerdo para usted.

### ¿Qué es un acuerdo de reclamación disputada, o DCS?

Si usted y su aseguradora de compensación para trabajadores están en desacuerdo acerca de si usted tiene una reclamación o condición válida, la aseguradora y usted pueden resolver el desacuerdo por medio de un acuerdo de reclamación disputada.

Un acuerdo de reclamación disputada (DCS) es un acuerdo al que se llega cuando en una reclamación hay una disputa acerca de la compensación. En un DCS usted renuncia a todos sus derechos y beneficios relacionados con la reclamación (por una suma de dinero acordada). Esto significa que su reclamación continuará negada y usted renunciará a todos los derechos a futuros beneficios por las condiciones médicas negadas de la reclamación.

**Los proveedores médicos pueden facturarle a usted por los servicios médicos que no han sido pagados por la aseguradora. Asegúrese de saber cuales serán sus obligaciones bajo este acuerdo antes de aceptarlo.**

### ¿Qué es un acuerdo de disposición de reclamación, o CDA?

Si usted tiene una reclamación aceptada, puede recibir una suma de dinero a cambio de renunciar a ciertos beneficios asociados con la reclamación. Este intercambio es un **acuerdo de disposición de reclamación** o CDA.

---

#### ¿Preguntas?

Ombudsman para Trabajadores Lesionados: 800-927-1271

División de Compensación para Trabajadores: 800-452-0288

## Derechos de apelación

En este acuerdo usted puede renunciar a uno o más de los siguientes beneficios:

- ◆ Beneficios por tiempo perdido, presentes, y futuros.
- ◆ Beneficios de compensación por incapacidad parcial permanente, presentes y futuros.
- ◆ Pagos mensuales de compensación por incapacidad total permanente.
- ◆ Beneficios de asistencia vocacional.
- ◆ Derecho de reabrir su reclamación por agravación.
- ◆ Derechos para sobrevivientes.

Sin embargo, usted no puede renunciar a su derecho a recibir tratamiento médico, ni a su elegibilidad para el Programa para el Trabajador Preferido.

La Junta Directiva de Compensación para Trabajadores debe aprobar todos los acuerdos de disposición de reclamación, a menos que el acuerdo haya sido negociado durante una mediación. En este caso, el juez de ley administrativa (ALJ) que medió la disputa puede aprobar el acuerdo.

Si tiene preguntas sobre el acuerdo de disposición de reclamación, llame al Ombudsman para Trabajadores Lesionados al 1-800-927-1271 (llamada gratuita).

### ¿Qué son las multas por pagos tardíos?

Si la aseguradora se retrasa en el plazo para aceptar o rechazar su reclamación o en enviarle sus pagos por beneficios, usted puede comunicarse con la División de Compensación para Trabajadores y solicitar que se le imponga una multa a la aseguradora. Si la división determina que una multa es apropiada, la aseguradora pagará la suma de la multa a usted y a su abogado si está representado.

### ¿Son mis archivos confidenciales?

La información que se encuentra archivada en la División de Compensación para Trabajadores y los informes médicos y vocacionales archivados por la

---

**Nota:** Para la definición de los términos escritos en **negrita** en este folleto, diríjase al Glosario de Términos, en la página 29 de este folleto. Los números telefónicos de las diferentes agencias están listados en el Directorio de Servicios en la página 36.

---

aseguradora, sólo pueden hacerse disponibles en las siguientes circunstancias:

- ◆ Cuando usted o su abogado soliciten copias,
- ◆ Cuando la aseguradora los necesite para procesar su reclamación,
- ◆ Cuando las agencias gubernamentales los necesiten para hacer su trabajo, o
- ◆ Cuando la ley lo permita en otras circunstancias.

Legalmente un empleador no puede tomar la decisión de contratar a un empleado basándose en si éste tuvo compensación para trabajadores por lesión en el trabajo o no.

## Glosario de términos usados en compensación para trabajadores

**En este folleto encontrará la siguiente terminología:**

**acuerdo de reclamación disputada (DCS):** Un acuerdo al que usted y su aseguradora de compensación para trabajadores llegan cuando hay un desacuerdo acerca de compensación. A cambio de una suma de dinero acordada, el trabajador renuncia a todos los derechos relacionados con la reclamación.

**acuerdo de disposición de reclamación (CDA y C&R):** Es un acuerdo entre las partes acerca de una reclamación de compensación para trabajadores. En este acuerdo el trabajador acepta recibir una suma de dinero a cambio de renunciar a ciertos derechos (por ejemplo: derechos de compensación, salarios de abogados y gastos) pero no puede renunciar a sus beneficios médicos ni a su elegibilidad como trabajador preferido en una reclamación aceptada, también conocido como C&R.

---

### ¿Preguntas?

Ombudsman para Trabajadores Lesionados: 800-927-1271

División de Compensación para Trabajadores: 800-452-0288

---

**aseguradora:** Una compañía aseguradora, un empleador auto-asegurado, un grupo de empleadores auto-asegurados que provee cobertura de compensación para trabajadores a los empleadores y beneficios a los trabajadores lesionados.

**Beneficios de incapacidad parcial temporal (TPD):** Es el pago por la pérdida parcial de salario debido a que el trabajador puede trabajar solamente a medio tiempo o trabajo liviano después de una lesión en el trabajo. ORS 656.212.

**Beneficios de incapacidad total temporal (TTD):** Es el pago por la pérdida de todos los salarios después de una lesión o enfermedad debido a que el trabajador no puede regresar a ningún trabajo. ORS 656.210.

**causa del impedimento:** Revisión hecha por un médico para evaluar la pérdida de uso o función de un sistema o parte del cuerpo.

**División de Compensación para Trabajadores (WCD):** La División del Departamento de Servicios para Consumidores y Negocios de Oregon encargada de administrar las leyes de compensación para trabajadores del estado.

**enfermedad ocupacional:** Una enfermedad o infección resultada del trabajo que realiza un trabajador. Causada por actividades o sustancias a las cuales el trabajador está expuesto en el lugar de trabajo y requiere servicios médicos o resulta en incapacidad o muerte. ORS 656.802.

**enfermeros practicantes autorizados:** Son enfermeros practicantes autorizados por la División de Compensación para Trabajadores para proveer servicios médicos compensables a un trabajador lesionado por un período de 180 días calendarios consecutivos a partir de la fecha de la primera visita del trabajador en cuanto a la reclamación inicial. Los enfermeros practicantes autorizados también pueden autorizar pago de beneficios por incapacidad temporal por un máximo de hasta 180 días a partir de la fecha de la primera visita en cuanto a la reclamación inicial. Los enfermeros practicantes autorizados no pueden diagnosticar impedimentos. Los enfermeros practicantes autorizados por una organización de cuidado administrado, pueden atender al trabajador por más de 180 días. ORS 656.245.

**examen médico independiente (IME):** Cualquier examen médico al trabajador incluyendo evaluación de la capacidad física o de trabajo, o cualquier consulta que incluya un examen a petición de la aseguradora y que es

realizada por un proveedor médico que no sea el médico primario.

**examen médico pedido por el trabajador (WRME):**

Es un examen médico disponible para un trabajador al cual se le ha negado una reclamación en base al reporte de un examen médico independiente (IME), reporte con el cual el médico primario del trabajador está en desacuerdo.

**fecha de conocimiento del empleador (EKD):** Es la fecha en que un empleador se entera de una reclamación de compensación hecha por un trabajador.

**incapacidad parcial permanente (PPD):** La pérdida permanente del uso o función de cualquier parte del cuerpo como está definido en el ORS 656.214.

**incapacidad total permanente (PTD):** La pérdida permanente del uso o función de cualquier parte del cuerpo, en combinación con cualquier incapacidad pre-existente que incapacita al trabajador permanentemente y le impide a regresar a trabajar regularmente en un trabajo remunerable y adecuado. ORS 656.206.

**incapacidad suplementaria:** Es el aumento de pagos por tiempo perdido de trabajo debido a que el trabajador tenía más de un empleador sujeto en Oregon, al momento de la lesión.

**Junta Directiva de Compensación para**

**Trabajadores (WCB):** Esta oficina es parte del Departamento de Servicios para Consumidores y Negocios, y es responsable por conducir audiencias y revisar decisiones legales y acuerdos que afectan los beneficios de los trabajadores lesionados.

**lesión:** Una lesión o enfermedad (imprevista y accidental) que ocurre en el trabajo. ORS 656.005.

**lesión incapacitante:** Una lesión o enfermedad en el trabajo que da derecho al trabajador a beneficios por incapacidad o muerte. ORS 656.005.

**lesión no incapacitante:** Una lesión o enfermedad ocurrida en el trabajo que sólo requiere servicios médicos, sin impedir que el trabajador regrese antes de los tres primeros días a su empleo normal, y no resulta en una incapacidad permanente que pueda ser medida. ORS 656.005.

**litigación:** Es un proceso que usualmente resulta en que un juez decide la resolución de una disputa en base a los hechos y a la ley.

**médicamente estacionario:** Un trabajador lesionado es considerado médicamente estacionario cuando el médico primario determina que el estado de la condición médica resultada de la lesión o enfermedad sufrida en el trabajo no mejorará ni con tratamiento ni con el paso del tiempo. ORS 656.005.

**médico primario (AP):** Un doctor o médico que es primariamente responsable por el tratamiento médico de un trabajador, ya sea tratándolo directamente o aprobando y dirigiendo el cuidado provisto por otros. El médico primario debe ser un doctor en medicina general con licencia, un doctor osteopático, un doctor podólogo, un cirujano oral y maxilofacial, o un proveedor médico designado como médico primario por una organización de cuidado administrado (MCO). Un doctor quiropráctico, un doctor naturópata, o un asistente médico autorizado que conste en la lista de proveedores médicos certificados de la WCD, puede ser un proveedor médico por hasta 60 días calendario o 18 visitas (lo que primero ocurra) y pueden autorizar beneficios por tiempo perdido de trabajo hasta por 30 días calendario a partir de la primera visita del paciente a cualquier proveedor médico en la lista de proveedores certificado de la WCD. ORS 656.005.

**Ombudsman para Trabajadores Lesionados (OIW):** Es la oficina del Departamento de Servicios para Consumidores y Negocios que sirve como un representante independiente de los trabajadores lesionados; ayuda a los trabajadores a entender sus derechos y responsabilidades; ofrece asistencia para investigar y resolver quejas informalmente. ORS 656.709.

**organización de cuidado médico administrado (MCO):** Una organización que tiene un contrato con una aseguradora para coordinar los servicios médicos provistos a trabajadores lesionados. ORS 656.260.

**pagos por tiempo perdido de trabajo:** Son pagos hechos a un trabajador lesionado que pierde tiempo o salario debido a una lesión compensable. ORS 656.210

**proveedor médico:** Una persona u organización con licencia adecuada para practicar una determinada especialidad médica, tal como: proveedor de servicios médicos, hospitales, clínicas, distribuidor de servicios médicos.

**pago total:** El pago por incapacidad parcial permanente en un solo cheque (pagos mayores de

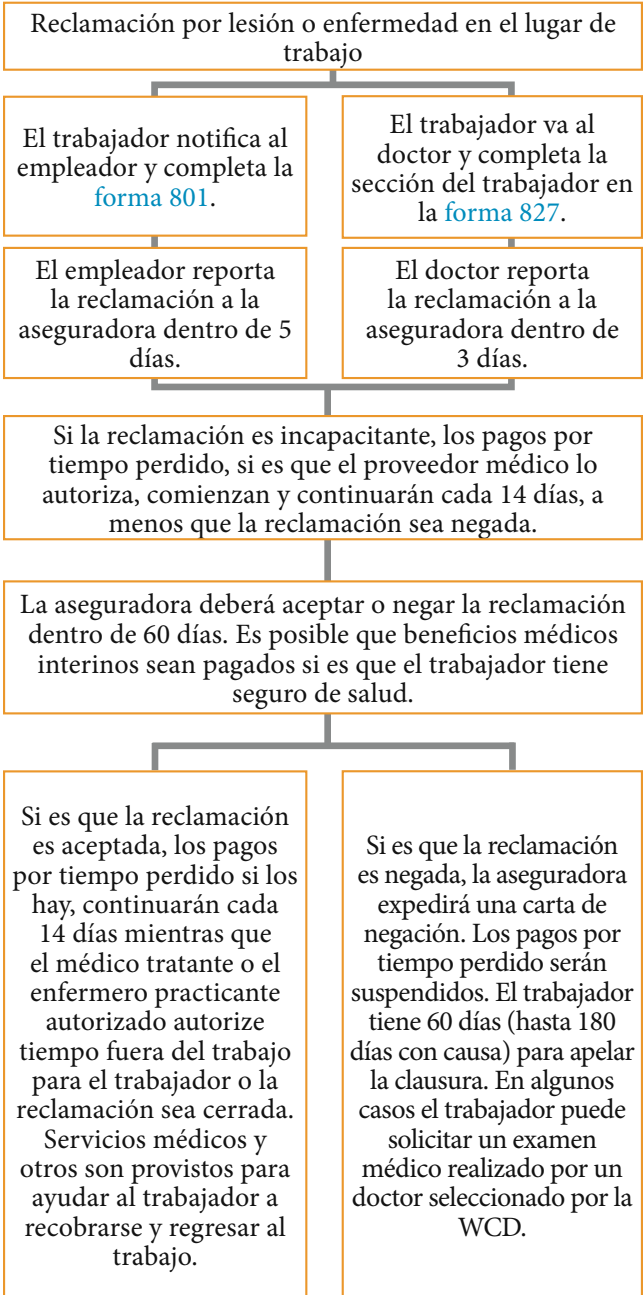


\$6,000) usualmente a pedido del trabajador. Los pagos que son menores de \$6,000 son usualmente pagados en una sola suma.

**reclamación por agravación:** Es una reclamación para beneficios adicionales debido al empeoramiento de la condición médica aceptada del reclamante después de que la reclamación ha sido cerrada. La agravación es establecida mediante evidencia médica respaldada por hechos objetivos observados o medidos por un médico. **Derechos de agravación** vencen cinco años después de la primera clausura de la reclamación o cinco años a partir de la fecha de lesión en reclamaciones no incapacitantes. Para reabrir una reclamación, un médico primario que sea un doctor en medicina, un doctor osteopático, o un doctor en medicina oral o maxilofacial debe completar y presentar a la aseguradora un Formulario 827 y un reporte médico antes de que pasen cinco días consecutivos a partir de la fecha de la visita del trabajador para presentar una reclamación de agravación. La aseguradora tiene 60 días para aceptar o rechazar la reclamación de agravación. ORS 656.273.

# Proceso de reclamación de compensación para trabajadores

Desde el momento de la lesión hasta la aceptación o negación de la reclamación:



## Proceso de reclamación

Desde el momento de la aceptación de la reclamación hasta la clausura y más:

El trabajador y la aseguradora pueden hacer un acuerdo de disposición de una reclamación (a cualquier momento después de la aceptación de la reclamación), dependiendo de la aprobación de la Junta Directiva de Compensación para Trabajadores.

La reclamación será clausurada cuando el trabajador se vuelva médicamente estacionario.

La reclamación es clausurada, y una decisión es tomada acerca de la cantidad de incapacidad del trabajador, incluyendo incapacidad parcial permanente (PPD), si es que la hay. Una Notificación de Clausura es emitida por su aseguradora.

Asistencia vocacional es provista si es que el trabajador es elegible (a cualquier momento después de que la reclamación es aceptada.)

Si es que el trabajador no puede regresar al trabajo regular y tiene incapacidad permanente, la WCD le proveerá una tarjeta de Trabajador Preferido, la cual permite al trabajador que ofrezca incentivos a los empleadores de Oregon para que lo empleen.

La aseguradora deberá empezar el pago de PPD (dentro de 30 días a partir de la notificación de clausura), si la hay. Sin embargo si es que la reclamación de la clausura es apelada, el pago puede ser suspendido (no pagado) hasta que la litigación sea completada.

La aseguradora dentro de siete días o el trabajador dentro de 60 días a partir de la clausura de la reclamación, pueden solicitar una reconsideración por la Sección de Apelación de WCD.

Después de que la reclamación es clausurada, el trabajador continúa siendo elegible para ciertos servicios médicos y vocacionales. Si la condición médica empeora, la reclamación puede ser re-abierta para beneficios adicionales de incapacidad y otros beneficios.

# Directorio de servicios

## División de Compensación para Trabajadores

350 Winter St. NE  
P.O. Box 14480  
Salem, OR 97309-0405  
[www.wcd.oregon.gov](http://www.wcd.oregon.gov)  
[workcomp.questions@oregon.gov](mailto:workcomp.questions@oregon.gov)

Línea de información para de  
compensación de trabajadores ..... 1-800-452-0288  
Información general ..... 503-947-7810  
Información sobre beneficios ..... 503-947-7840

Índice de Empleadores (para verificar  
la aseguradora del empleador) ..... 1-888-877-5670

Organización de cuidado administrado ..... 503-947-7605

Resolución médica ..... 503-947-7606

Reconsideración de clausuras  
de reclamación ..... 503-947-7816  
Asistencia para re-empleo ..... 503-947-7588  
Llamada gratuita ..... 1-800-445-3948

Elegibilidad/asistencia vocacional,  
planes para regresar a trabajar, y  
disputas vocacionales ..... 503-947-7812  
Llamada gratuita ..... 1-800-696-7161  
Área de Medford ..... 1-800-776-6032

## Ombudsman para Trabajadores Lesionados

350 Winter St. NE  
P.O. Box 14480  
Salem, OR 97309-0405  
[www.oregon.gov/DCBS/OIW](http://www.oregon.gov/DCBS/OIW)  
[oiw.questions@oregon.gov](mailto:oiw.questions@oregon.gov)

Información general ..... 503-378-3351  
Llamada gratuita ..... 1-800-927-1271

## Junta Directiva de Compensación para Trabajadores (WCB) (y División de Audiencias)

2601 25th St. SE, Suite 150

Salem, OR 97302-1280

[www.wcb.oregon.gov](http://www.wcb.oregon.gov)

Información general ..... 503-378-3308

Salem (llamada gratuita) ..... 1-877-311-8061

Portland (llamada gratuita) ..... 1-866-880-2078

### Otros recursos

Este folleto explica los beneficios de compensación para trabajadores. A pesar de que su reclamación haya sido negada o usted haya agotado sus beneficios de compensación para trabajadores, es posible que sea elegible para otros tipos de asistencia.

- ◆ Póngase en contacto con el Departamento de Empleo de Oregon para saber si es elegible para beneficios de desempleo.  
[www.employment.oregon.gov](http://www.employment.oregon.gov)
- ◆ Póngase en contacto con la Administración de Seguro Social para saber si es elegible para beneficios de incapacidad.
- ◆ Póngase en contacto con la División de Rehabilitación Vocacional de Oregon para saber si es elegible para servicios de rehabilitación.  
[www.oregon.gov/DHS/VR/](http://www.oregon.gov/DHS/VR/)
- ◆ Póngase en contacto con la Asociación de Abogados de Oregon (Oregon State Bar) para información de abogados especializado en compensación para trabajadores.  
[www.oregonstatebar.org](http://www.oregonstatebar.org)

Si tiene preguntas acerca de los derechos de empleo de un trabajador lesionado, póngase en contacto con la **División de Derechos Civiles del Departamento de Labor e Industrias** (discriminación en cuanto a compensación para trabajadores).

[www.oregon.gov/BOLI/CRD](http://www.oregon.gov/BOLI/CRD)

971-673-0764

La **División de Compensación para Trabajadores** de Oregon provee este folleto para trabajadores que tienen reclamaciones incapacitantes. Si usted tiene comentarios o sugerencias acerca de esta publicación; póngase en contacto con la División de Compensación para Trabajadores al 1-800-452-0288 o [workcomp.questions@oregon.gov](mailto:workcomp.questions@oregon.gov).



Departamento de Servicios para Consumidores y  
Negocios de Oregon

**División de Compensación para Trabajadores**

350 Winter St. NE,  
P.O. Box 14480  
Salem, OR 97309-0405

1-800-452-0288



community  
Workers' Compensation

440-1138s (5/19/COM)

# Что делать, если я получу травму на работе?



Пособие льгот,  
прав и обязанностей  
по компенсации работников Орегона

Апрель 2019



В соответствии с Законом об Американцах с Инвалидностями (*Americans with Disabilities Act, ADA*), эта публикация предлагается в альтернативных форматах. Звоните в Отдел Компенсаций Работников (*Workers' Compensation Division*) по тел. 503-947-7810.

Информация, содержащаяся в этой брошюре, является общественным достоянием и может быть воспроизведена без разрешения.



## Регистрация информации иска

Страхователь:	Телефон:
Представитель страхователя:	
Номер иска:	Дата травмы:
Лечащий врач:	
Имя работника:	

Пожалуйста, заполните информацию об иске для вашей регистрации и сохраните для своего архива.

## Защищайте свои права

Поддерживайте контакт с вашим страхователем, выбранным вами медицинским учреждением и адвокатом (если у вас таковой имеется). Вы можете получить от вашего работодателя название страховой компании и телефон.

Отдел компенсаций для работников, получивших производственную травму (*Workers' Compensation Division (WCD)*) может рассказать вам о ваших правах и обязанностях. Для дополнительной информации позвоните по телефону службы помощи: 800-452-0288 или посетите веб-сайт: [www.wcd.oregon.gov](http://www.wcd.oregon.gov).

Посредник по рассмотрению жалоб от лиц, получивших травмы на работе (*Ombudsman for Injured Workers*) — должностное лицо правительства штата, служащее независимым защитником интересов и прав работников, получивших производственную травму, и помогающее им понять права и обязанности, а также проводящее расследования на основании полученных жалоб и принимающее меры по разрешению этих жалоб. Для дополнительной информации позвоните по бесплатному телефону: 800-927-1271 или посетите веб-сайт: [www.oregon.gov/DCBS/OIW](http://www.oregon.gov/DCBS/OIW).

Вы можете проконсультироваться у адвоката, который специализируется по вопросам рабочих компенсаций. Для дополнительной информации позвоните в справочную службу Oregon State Bar: 800-452-7636 или посетите веб-сайт: [www.oregonstatebar.org](http://www.oregonstatebar.org). Более подробную информацию можно найти на странице 31.

## Содержание

Чтобы получить экземпляр данной публикации на испанском языке, позвоните в Отдел Компенсаций Работников (*Workers' Compensation Division*) по телефону 503-947-7627.

Para obtener una copia de esta publicación en español, llame la División de Compensación para Trabajadores: 503-947-7627.

Чтобы получить экземпляр этого справочника на русском языке, позвоните в отдел компенсации травм, полученных на работе (*Workers' Compensation Division*) по телефону 503-947-7627.

## Содержание

### Первые шаги ..... 4

Как предъявить иск компенсации?

Как получить медицинское лечение?

Если вы не можете работать, получите ли вы возмещение потерянной заработной платы?

### Полезные советы ..... 7

### Процесс рассмотрения иска компенсации.. 7

Что такое «промежуточный период»?

Что означают согласие согласие или отказ удовлетворить иск компенсации?

Что, если страхователь откажет в удовлетворении вашего иска на основе результатов независимого медицинского обследования?

### Медицинское лечение ..... 9

Имеете ли вы право на конфиденциальность при проведении медицинских обследований?

Что такое «временные медицинские пособия»?

Какие счета за медицинское обслуживание оплачивает страхователь?

Что, если вам откажут в удовлетворении иска компенсации и обслуживающее вас медицинское учреждение выставит вам счета?

Кто будет вашим лечащим врачом?

Каковы обязанности обслуживающего вас медицинского учреждения?

Что, если вы пожелаете изменить выбор вашего лечащего врача?

Что, если обслуживающее вас медицинское учреждение предложит хирургическую операцию по выбору?

Что, если страхователь регистрирует вас для планового медицинского обслуживания?

Что такое «независимое медицинское обследование»?

На какое медицинское обслуживание вы имеете право после стабилизации состояния вашего здоровья?

Что такое «новое или упущенное медицинское показание»?

## **Оплата пропущенного рабочего времени (временная нетрудоспособность) ..... 18**

Будет ли оплачиваться время, пропущенное вами на работе?

Предусмотрен ли период ожидания получения пособий?

Как рассчитывается заработная плата при определении размеров денежной компенсации?

Что делать, если у меня больше, чем одна работа?

## **Возвращение на работу..... 21**

Каковы будут ваши права после возвращения на работу?

Дают ли какие-либо преимущества продолжение работы или возвращение на работу?

Что такое «измененные условия работы»?

Какую помощь в повторном трудоустройстве оказывает Отдел Компенсаций Работников?

Имеете ли вы право на помощь в приобретении профессиональной квалификации?

## **Заккрытие иска компенсации потери трудоспособности..... 24**

Что такое «Уведомление о закрытии иска»?

Что такое «необратимая частичная нетрудоспособность»?

Что такое «необратимая полная нетрудоспособность»?

Что такое «посмертные пособия»?

Что, если вы не согласны с Уведомлением о закрытии иска?

Что, если ваше признанное страхователем состояние ухудшится?

## **Права на апелляцию и урегулирование претензий..... 29**

Что, если вы не согласны с принятым решением?

Как я могу найти юридическую помощь?

Что такое «урегулирование спорной претензии»?

Что такое «соглашение об урегулировании претензий»?

Каковы штрафы за задержку денежной компенсации?

Конфиденциальны ли относящиеся к вам записи?

## **Справочник терминов ..... 33**

## **Схема процесса рассмотрения исков компенсации работников, получивших производственную травму ..... 38**

## **Справочник услуг ..... 40**

### Важная информация

- ◆ Термин «медицинское учреждение», используемый в тексте этой брошюры, означает физических лиц или лицензированных лиц, квалификация которых позволяет им предлагать на законных основаниях услуги в сфере здравоохранения (например, персонал кабинета частного врача, больницу, поликлинику или поставщика медицинских услуг).
- ◆ **Возможности медицинских учреждений могут быть ограничены по срокам предоставления вам услуг и утверждения ими денежной компенсации потерянного рабочего времени.**
- ◆ **Узнайте в обслуживающем вас медицинском учреждении, какие ограничения могут применяться в вашем случае.**

Если после прочтения этой брошюры у вас возникнут дополнительные вопросы, вы можете связаться со своим страхователем, с посредником по рассмотрению жалоб от лиц, получивших производственную травму (*Ombudsman for Injured Workers*) или с Отделом Компенсаций Работников (*Workers' Compensation Division*), чтобы получить информацию о законах и правилах о компенсации травм, полученных на работе. Адреса и телефоны организаций можно найти на последних страницах брошюры.

### Первые шаги

#### Как предъявить требование компенсации?

- ◆ Если вы считаете, что вы получили травму на работе или страдаете заболеванием, вызванным выполнением ваших обязанностей на работе, незамедлительно сообщите об этом своему работодателю.
- ◆ Попросите своего работодателя предоставить вам **форму 801, «Отчет о травме, полученной на работе, или профессиональном заболевании»** (*Report of Job Injury or Illness*), заполните соответствующую часть этой формы от лица работника (*worker*) и верните ее работодателю. Если у вас больше, чем одна работа, не забудьте указать это в форме 801. Вы можете иметь право на дополнительные преимущества.
- ◆ Ваш работодатель заполнит относящуюся к нему часть этой формы и отправит заполненную форму в страховую компанию, обеспечивающую компенсацию травм, полученных на работе. Кроме того, работодатель предоставит вам копию этой формы, которую рекомендуется сохранить.

- ◆ Узнайте у своего работодателя имя и телефон страхователя, занимающегося вопросами компенсации травм, полученных на работе. Прежде всего обратитесь к вашему страхователю; поддерживайте связь с вашим страхователем.
- ◆ Обратитесь **в выбранное вами обслуживающее медицинское учреждение** и сообщите персоналу этого учреждения о том, что вы получили травму на работе. Не забывайте: ваш работодатель не может выбирать за вас медицинское учреждение, услугами которого вы будете пользоваться.
- ◆ В ваше первое посещение медицинского учреждения вас должны попросить заполнить **форму 827** «Отчет работника и медицинского учреждения для иска компенсации». Медицинское учреждение отправит заполненную форму страхователю и предоставит вам копию этой формы, которую рекомендуется сохранить.

### Как получить медицинское лечение?

- ◆ Вы можете пользоваться услугами **медицинского учреждения, выбранного вами** при предъявлении иска компенсации; в частности, вы можете пользоваться услугами:
  - ◆ уполномоченной практикующей медсестры,
  - ◆ хиропрактика,
  - ◆ медицинского врача,
  - ◆ врача-натуропата,
  - ◆ челюстно-лицевого хирурга,
  - ◆ врача-остеопатола,
  - ◆ помощника врача,
  - ◆ врача-ортопеда и
  - ◆ другого персонала медицинского учреждения.
- ◆ Если будет принято решение об удовлетворении вашего требования компенсации, страхователь обязан оплатить лишь те медицинские услуги, которые относятся к признанным страхователем медицинским показаниям, перечисленным в полученном вами Уведомлении о Принятии Иска (*Notice of Acceptance*).
- ◆ Если вам будет отказано в удовлетворении иска, вы можете нести ответственность за оплату предоставленных вам медицинских услуг.

---

**Есть вопросы?** Посредник по рассмотрению жалоб от лиц, получивших травмы на работе (*Ombudsman for Injured Workers*): 800-927-1271 — Отдел Компенсаций Работников (*Workers' Compensation Division*): 800-452-0288

---

## Первые шаги

- ◆ Страховая компания может в любое время зарегистрировать вас для **планового медицинского обслуживания** (*managed care organization, MCO*). Если вы зарегистрированы для планового медицинского обслуживания, обратитесь к страхователю, чтобы получить дополнительные сведения о доступных вам вариантах медицинского обслуживания.

### Как получить помощь переводческой службы?

- ◆ Вы можете выбрать любое лицо, способное помочь вам общаться с лечащим врачом, если вы и ваш врач говорите на разных языках, включая язык глухонемых. Ваша страховка может оплатить услуги перевода, когда перевод осуществляется для принятого иска или условий. Однако, страховая компания не обязана оплачивать сервис, если вы пользуетесь услугами члена семьи или друга.
- ◆ Чтобы включить в расписание услуги перевода, вы можете связаться с переводческой службой; ваш доктор или ваша страховая компания могут помочь вам организовать эти услуги. Ваш медицинский провайдер может не подтвердить ваш выбор переводчика, если он или она чувствует, что перевод не полный или не точный.
- ◆ Если страховая компания определит, что сервис не связан с принятыми условиями, вы можете быть ответственны за оплату. К тому же, услуги переводчика должны быть выписаны на страховую компанию по компенсации производственных травм.
- ◆ Для дополнительных сведений о переводческих услугах и ваших вариантах выбора обратитесь в Медицинскую секцию по телефону 503-947-7606 или посетите веб-сайт Отдела Рабочих Компенсаций: [www.wcd.oregon.gov](http://www.wcd.oregon.gov).

### Если вы не можете работать, получите ли вы возмещение потерянной заработной платы?

- ◆ Обслуживающее вас медицинское учреждение обязано подтвердить существование уважительной причины для вашего отсутствия на работе. Рекомендуется в кратчайшие возможные сроки предоставить вашему страхователю, копию справки, подтверждающей существование уважительной

---

**Примечание:** термины, выделенные **жирным** шрифтом, можно найти в справочнике терминов (стр. 33). Номера телефонов учреждений и организаций смотрите в справочнике услуг (стр. 40).

причины для вашего отсутствия на работе. Если у вас больше одной работы, вы можете иметь право на дополнительную оплату потерянного рабочего времени, если ваш доктор подтвердит это, или модифицированную позицию вторичной работы.

- ◆ Вам не заплатят за первые три календарных дня отсутствия на работе, если вы не отсутствовали на работе в течение 14 последовательных дней или если вы не были госпитализированы в качестве стационарного пациента в течение первых 14 дней.
- ◆ Если вам откажут в удовлетворении иска компенсации в течение первых 14 дней после представления вами отчета о травме работодателю, вам не возместят потерянную заработную плату.

## Полезные советы

- ◆ Внимательно изучите информацию о назначаемом времени приема в медицинских учреждениях и об ограничениях сроков.
- ◆ Если вы не примете требуемые меры или пропустите срок подачи апелляции, опротестовывающей решения, принятые в отношении вашего иска, вы можете потерять право на пособия, предоставляемые в качестве компенсации травмы, полученной на работе. Если у вас возникнут вопросы, относящиеся к вашему иску о компенсации или к полученным вами документам, позвоните своему страхователю.
- ◆ Читайте все письма и уведомления, относящиеся к вашему иску, и сохраняйте копии всех отправляемых и получаемых вами писем.
- ◆ Являйтесь в назначенное время на прием в медицинские учреждения.
- ◆ Немедленно свяжитесь с вашим работодателем, когда обслуживающее вас медицинское учреждение разрешит вам вернуться на работу.
- ◆ Поддерживайте связь со своим врачом и сообщайте своему работодателю об ограничениях, относящихся к возможностям выполнения вами обязанностей на работе. Если работодатель предложит вам измененные или облегченные условия трудоустройства, вы обязаны сотрудничать с ним, содействуя вашему скорейшему возвращению на работу.

---

**Есть вопросы?** Посредник по рассмотрению жалоб от лиц, получивших травмы на работе (*Ombudsman for Injured Workers*): 800-927-1271 — Отдел Компенсаций Работников (*Workers' Compensation Division*): 800-452-0288

---

# Процесс рассмотрения иска

### Что такое «промежуточный период»?

Промежуточный период (interim period) начинается, когда ваш работодатель впервые узнает о предъявлении вами иска о компенсации, и заканчивается, когда страховая компания решает удовлетворить ваш иск или отказать в удовлетворении вашего иска. На протяжении промежуточного периода страхователь оплачивает медицинские услуги лишь в ограниченном объеме. Дополнительные сведения о категориях медицинских услуг, оплачиваемых страхователем на протяжении промежуточного периода, см. в разделе «Медицинское обслуживание» (стр. 10). Дополнительные сведения о пособиях, связанных с потерей оплаты рабочего времени в промежуточный период, см. в разделе «Оплата пропущенного рабочего времени (временная нетрудоспособность)».

Страховая компания не обязана производить льготные выплаты, если она откажет вам в удовлетворении вашего иска компенсации в течение 14 дней после того как ваш работодатель узнает о вашем иске.

### Что означают согласие или отказ удовлетворить иск о компенсации?

Страхователь обязан согласиться удовлетворить ваш иск о компенсации или отказать вам в удовлетворении этого иска в течение 60 дней после того как ваш работодатель узнает о существовании вашего иска или будет уведомлен о его существовании.

- ◆ Если будет решено удовлетворить ваше требование, вы получите от страхователя Уведомление о Принятии Иска (*Notice of Acceptance*), в котором перечисляются конкретные медицинские показания, в отношении которых утверждено производство льготных выплат.
- ◆ Если вы считаете, что страхователь не перечислил все показания, связанные с полученной вами травмой, вы можете потребовать от страхователя, в письменном виде, добавления опущенных показаний к полученному вами уведомлению.
- ◆ Если вы считаете, что получили неполное или ошибочное уведомление, вы обязаны письменно известить страхователя о необходимости исправления ошибки.

---

**Примечание:** термины, выделенные **жирным** шрифтом, можно найти в справочнике терминов (стр. 33). Номера телефонов учреждений и организаций смотрите в справочнике услуг (стр. 40).

---



- ◆ Если вам откажут в удовлетворении иска компенсации, страхователь обязан отправить вам письмо, разъясняющее конкретные причины отказа в удовлетворении вашего иска, и уведомить вас о ваших правах на апелляцию.
- ◆ Если вы не согласны с отказом, вы обязаны потребовать проведения слушания для того чтобы защитить свои права по удовлетворению иска.

### Что, если страхователь откажет в удовлетворении вашего иска на основании результатов независимого медицинского обследования?

Если страхователь откажет в удовлетворении вашего иска о компенсации на основании результатов **независимого медицинского обследования** (*independent medical examination, IME*), вы можете иметь право на **медицинское обследование по требованию работника** (*worker-requested medical examination, WRME*), оплачиваемое страхователем. Основания для получения права на проведение обследования, запрашиваемого работником (*WRME*):

- ◆ отказ в удовлетворении требования компенсации должен быть основан на результатах независимого обследования (*IME*),
- ◆ ваш лечащий врач не согласен с отчетом о результатах независимого медицинского обследования (*IME*), и
- ◆ Вы должны потребовать проведения слушания, чтобы опротестовать отказ в иске.

Если все эти условия будут удовлетворены, и вы пожелаете потребовать проведения медицинского обследования, запрашиваемого работником (*WRME*) или будете нуждаться в дополнительной информации, свяжитесь с Отделом Компенсаций Работников (*Workers' Compensation Division*) по телефону 800-452-0288.

## Медицинское лечение

### Имеете ли вы права на конфиденциальность при проведении медицинских обследований?

Вы имеете право на конфиденциальность личной информации при прохождении медицинских обследований. Представитель вашего работодателя или вашего страхователя не могут присутствовать при прохождении

---

**Есть вопросы?** Посредник по рассмотрению жалоб от лиц, получивших травмы на работе (*Ombudsman for Injured Workers*): 800-927-1271 — Отдел Компенсаций Работников (*Workers' Compensation Division*): 800-452-0288

---

## Медицинское лечение

вами медицинских обследований без вашего письменного разрешения. Если вы не дадите такое разрешение, предоставление вам пособий не может быть прекращено и объем этих пособий не может быть сокращен.

### Что такое «временные медицинские пособия»?

Временные медицинские пособия - это оплата медицинских услуг с начала подачи вашего иска, когда страхователь принимает или отклоняет ваш иск и у вас имеется личная медицинская страховка. Однако, если страхователь отказывается в вашем иске в течение 14 дней, вы не вправе иметь временные медицинские пособия. Убедитесь, чтобы ваш провайдер получил информацию о вашей личной медицинской страховке, даже если вы считаете, что лечение связано с вашей рабочей травмой или заболеванием.

В течение этого времени вам не придется оплачивать личное медицинское страхование, совместное страхование или необходимые для лечения расходы. Однако, если страхователь рабочих компенсаций принимает ваш иск и вы оплатили провайдеру предварительную сумму покрытия, совместное страхование или необходимые для лечения расходы, провайдер должен возместить вам ваши затраты.

Если страхователь рабочих компенсаций отклонил ваш иск, вы можете быть ответственны за оплату медицинских услуг личной страховки, предоплаты, дополнительного страхования или необходимых расходов.

**Примечание:** Орегонский План Здравоохранения не считается личной медицинской страховкой.

Если у вас есть какие-либо вопросы о ваших льготах в промежуточный период, позвоните страхователю рабочих компенсаций для получения дополнительной информации.

### Какие счета за медицинское обслуживание оплачивает страхователь?

Если страхователь признает ваш иск о компенсации, он обязан оплатить:

- ◆ медицинское лечение, связанное с травмой, полученной вами на работе;
- ◆ лекарства, отпускаемые по рецепту; и
- ◆ транспортные расходы, питание, жилищные затраты, необходимые для посещения медицинского учреждения (при оплате таких расходов применяются некоторые ограничения).

---

**Примечание:** термины, выделенные **жирным** шрифтом, можно найти в справочнике терминов (стр. 33). Номера телефонов учреждений и организаций смотрите в справочнике услуг (стр. 40).

---

Обслуживающее вас медицинское учреждение не должно выставлять вам счета за медицинское обслуживание.

Это медицинское учреждение должно выставлять счета непосредственно страхователю, обеспечивающему компенсацию травм, полученных на работе.

Некоторые аптеки могут выставлять счета за лекарства, отпускаемые по рецепту, непосредственно страхователю.

Если от вас потребуется непосредственная оплата лекарств, получаемых вами по рецепту врача, вы можете отправить страхователю в течение двух лет письменный запрос о возмещении расходов, сопровождаемый подтверждениями затрат (копии аптечных квитанций). У страхователя имеется 30 дней для запроса дополнительной информации или возмещения ваших расходов.

### Что, если вам откажут в удовлетворении иска компенсации и обслуживающее вас медицинское учреждение выставит вам счета?

Если вам откажут в удовлетворении требования компенсации, обслуживающее вас медицинское учреждение имеет право посылать вам копии выставляемых вам счетов.

Если вы подадите апелляцию, опротестовывающую отказ, медицинское учреждение в дальнейшем не может пытаться получить платеж по выставленным вам счетам до тех пор:

- ◆ пока не закончится процесс рассмотрения ваших апелляций; или
- ◆ пока ваши претензии не будут урегулированы.

Если вы не подадите апелляцию, опротестовывающую отказ в удовлетворении вашего иска, обслуживающее вас медицинское учреждение может выставлять вам счета.

Если у вас есть медицинская страховка, обслуживающее вас медицинское учреждение обязано выставлять счета вашему медицинскому страхователю.

### Кто будет вашим лечащим врачом?

В системе компенсации травм, полученных на работе, термином **лечащий врач** (*attending physician*) обозначается врач, ответственный за утверждение компенсации потерянного рабочего времени и за координацию медицинских услуг, предоставляемых вам в связи с производственной травмой. В его обязанности может

---

**Есть вопросы?** Посредник по рассмотрению жалоб от лиц, получивших травмы на работе (*Ombudsman for Injured Workers*): 800-927-1271 — Отдел Компенсаций Работников (*Workers' Compensation Division*): 800-452-0288

---

## Медицинское лечение

входить координация услуг, предоставляемых вам другими медицинскими учреждениями и специалистами; например, физиотерапевтами или другими врачами-специалистами, к которым вы должны будете обратиться в процессе лечения травмы, полученной на работе. По законам штата Орегон лечащими врачами могут быть следующие работники медицинских учреждений:

- ◆ врачи-медики;
- ◆ врачи-ортопеды;
- ◆ врачи-остеопатологи;
- ◆ челюстно-лицевые хирурги;
- ◆ хиропрактики, врачи-натуропаты и помощники врачей, уполномоченные руководителем медицинского учреждения; а также
- ◆ работники медицинских учреждений, назначаемые лечащими врачами организацией планового медицинского обслуживания.

### Каковы обязанности обслуживающего вас медицинского учреждения?

Лечащие врачи:

- ◆ утверждают денежную компенсацию рабочего времени, потерянного вами в связи с нетрудоспособностью;
- ◆ утверждают сокращение рабочего дня или объема обязанностей,
- ◆ разрешают пациенту вернуться на работу и
- ◆ решают, когда состояние пациента становится стабильным с **медицинской точки зрения** (medically stationary).

Врачи отделений скорой помощи, не выполняющие обязанности лечащих врачей, могут утверждать возмещение оплаты потерянного рабочего времени не более чем в течение 14 дней.

Несмотря на то что хиропрактик, врач-натуропат или помощник врача могут выполнять обязанности лечащего врача, они:

- ◆ могут выполнять обязанности лечащего врача не более чем в течение 60 последовательных календарных дней или 18 посещений врача пациентом,

---

**Примечание:** термины, выделенные **жирным** шрифтом, можно найти в справочнике терминов (стр. 33). Номера телефонов учреждений и организаций смотрите в справочнике услуг (стр. 40).

---

## Медицинское лечение

начиная с даты первого посещения в связи с травмой, компенсации которой вы требуете, в зависимости от того, какой из этих сроков истекает ранее;

- ◆ могут утверждать возмещение оплаты потерянного рабочего времени в течение 30 дней;
- ◆ за исключением хиропракторов, которые не могут делать заключения о нарушении трудоспособности (*impairment findings*).

Несмотря на то что уполномоченные практикующие медсестры (*authorized nurse practitioners*) не назначаются лечащими врачами, они:

- ◆ могут независимо лечить вас в течение не более чем 180 дней;
- ◆ могут утверждать возмещение оплаты потерянного рабочего времени в течение не более чем 180 дней;
- ◆ могут утверждать сокращение рабочего дня или объема обязанностей в течение не более чем 180 дней;
- ◆ могут разрешать вам вернуться на работу в течение не более чем 180 дней;
- ◆ могут решать, что ваше состояние стало стабильным с медицинской точки зрения, в течение не более чем 180 дней; и
- ◆ могут направлять вас к лечащему врачу для заключительного обследования, если существуют основания считать, что нарушение вашей трудоспособности необратимо.

Работники медицинских учреждений, квалификация которых не позволяет им выполнять обязанности лечащего врача или уполномоченной практикующей медсестры:

- ◆ могут независимо лечить вас только в течение 30 дней с момента первого визита или 12 посещений, начиная с даты получения травмы, в зависимости от того, какой из этих сроков истекает ранее;
- ◆ не могут утверждать оплату потерянного рабочего времени или изменение условий трудоустройства; и
- ◆ должны получать разрешение от лечащего врача или уполномоченной практикующей медсестры на предоставление вам дополнительного лечения по истечении 30 дней или после 12-го посещения.

---

**Есть вопросы?** Посредник по рассмотрению жалоб от лиц, получивших травмы на работе (*Ombudsman for Injured Workers*): 800-927-1271 — Отдел Компенсаций Работников (*Workers' Compensation Division*): 800-452-0288

---

### Что, если вы пожелаете изменить выбор вашего лечащего врача?

Так как лечащий врач несет основную ответственность за ваше лечение, вы можете выбирать и посещать только одного лечащего врача.

Сделав первоначальный выбор лечащего врача, вы можете изменить свой выбор лечащего врача по своему усмотрению, но не больше двух раз. Для любого изменения выбора потребуется получение разрешения от страхователя.

Для того, чтобы изменить выбор лечащего врача, заполните форму 827 в приемной офиса вашего лечащего врача, и лечащий врач отправит заполненную форму страхователю.

Если страхователь не утвердит замену лечащего врача, вы можете потребовать утверждения вашего выбора, обратившись в Отдел Компенсации Работников (*Workers' Compensation Division*).

Следующие действия не считаются изменением выбора лечащего врача:

- ◆ использование услуг медицинского учреждения в ситуации, требующей неотложной помощи, или услуг врача, прибывшего «по вызову»;
- ◆ направление вас лечащим врачом к медицинскому специалисту (при этом лечащий врач продолжает нести основную ответственность за ваше медицинское лечение);
- ◆ изменение вами выбора обслуживающего вас медицинского учреждения по причине, не поддающейся вашему контролю, например:
  - ◆ в связи с ограниченностью объема лечения;
  - ◆ в связи с тем, что вы или медицинское учреждение переехали из района обслуживания; или
  - ◆ в связи с тем, что вы зарегистрировались в качестве участника программы планового медицинского обслуживания.

Если вы зарегистрированы в качестве участника программы планового медицинского обслуживания, ваши права могут быть другими. За дополнительными сведениями обращайтесь к страхователю.

---

**Примечание:** термины, выделенные **жирным** шрифтом, можно найти в справочнике терминов (стр. 33). Номера телефонов учреждений и организаций смотрите в справочнике услуг (стр. 40).

---

### **Что, если обслуживающее вас медицинское учреждение предложит хирургическую операцию по выбору?**

Хирургической операцией по выбору считается любая операция, в которой нет неотложной необходимости. Перед назначением времени проведения такой операции обслуживающее вас медицинское учреждение должно известить вашего страхователя, который может запросить мнение другого медицинского специалиста (в рамках программ планового медицинского обслуживания могут применяться иные правила).

Если страхователь не согласится с решением о проведении хирургической операции, он должен запросить Отдел Компенсации Работников (*Workers' Compensation Division*) о пересмотре решения о проведении хирургической операции с целью определения ее целесообразности.

### **Что, если страхователь регистрирует вас для планового медицинского обслуживания?**

Если ваш работодатель заключил договор о плановом медицинском обслуживании для работников его предприятия, страхователь может зарегистрировать вас для планового медицинского обслуживания в любое время после получения вами травмы. От вас может потребоваться выбор организации, предоставляющей плановое медицинское обслуживание, из списка таких организаций, который страхователь приложит к уведомлению о вашей регистрации.

Если вы регулярно посещаете семейного врача, практикующего врача общего профиля, врача-терапевта, врача хиропракта или уполномоченную практикующую медсестру, являющихся первичными (основными) обслуживающими вас медицинскими специалистами, такой врач или такая медсестра могут продолжать ваше лечение, если они согласны лечить вас в соответствии с условиями договора с организацией планового медицинского обслуживания.

### **Что такое «независимое медицинское обследование»?**

Независимое медицинское обследование лица, получившего травму на работе, проводится врачом, не являющимся лечащим врачом этого лица ко времени запроса о проведении такого обследования. Независимое

---

**Есть вопросы?** Посредник по рассмотрению жалоб от лиц, получивших травмы на работе (*Ombudsman for Injured Workers*): 800-927-1271 — Отдел Компенсаций Работников (*Workers' Compensation Division*): 800-452-0288

---

## Медицинское лечение

медицинское обследование проводится по требованию страхователя. Оно не включает консультации, назначаемые организацией планового медицинского обслуживания.

Страхователь может требовать, чтобы вы прошли до трех медицинских обследований в медицинских учреждениях, выбранных страхователем.

Вы можете быть оштрафованы на сумму в 100 долларов, или предоставление вам пособий в связи с производственной травмой может быть прекращено, если вы не явитесь на обследование.

Учреждение, проводящее независимое медицинское обследование:

- ◆ не будет лечить пациента;
- ◆ ограничится только тем, что подготовит отчет, основанный на результатах вашего обследования и отвечающий на вопросы, заданные страховой компанией и относящиеся к полученной вами травме или вашему профессиональному заболеванию;
- ◆ может производить оценку ваших физических возможностей или возможностей выполнения обязанностей на работе.

Если учреждение, проводящее независимое медицинское обследование, намеревается прибегнуть к инвазивной медицинской процедуре (инвазивными называются медицинские процедуры, предусматривающие проникновение в организм пациента с помощью иглы, зонда или скальпеля):

- ◆ такое учреждение обязано объяснить пациенту риск, связанный с процедурой;
- ◆ такое учреждение обязано получить письменное разрешение пациента на проведение инвазивной процедуры; и
- ◆ в случае вашего отказа от проведения инвазивной процедуры объем предоставляемых вам пособий не может быть уменьшен и предоставление вам пособий не может быть прекращено.

страхователь обязан полностью оплатить стоимость медицинского обследования и возместить вам расходы, оказавшиеся необходимыми для прохождения вами такого обследования.

Если для прохождения обследования от вас потребуют предварительной оплаты, или если вы считаете, что вам

---

**Примечание:** термины, выделенные **жирным** шрифтом, можно найти в справочнике терминов (стр. 33). Номера телефонов учреждений и организаций смотрите в справочнике услуг (стр. 40).

---



необходима помощь в прохождении обследования в связи с травмой, полученной на работе, обратитесь к страхователю в кратчайшие возможные сроки.

В ходе обследования вас может сопровождать член семьи или друг, но страхователь не обязан оплачивать расходы такого лица.

Для того чтобы в ходе обследования вас сопровождал друг или член семьи, вы обязаны заполнить и подписать форму запроса о присутствии наблюдателя во время независимого медицинского обследования (*IME Observer Form, 440-3923A*) и представить ее в медицинское учреждение, проводящее независимое обследование.

### **На какое медицинское обслуживание вы имеете право после стабилизации состояния вашего здоровья?**

Если персонал обслуживающего вас медицинского учреждения решит, что ни время, ни лечение не приведут к улучшению вашего состояния, ваше состояние будет считаться стабильным с медицинской точки зрения.

После того как ваше состояние будет признано стабильным с медицинской точки зрения, предоставляемое вам льготное медицинское обслуживание может ограничиваться:

- ◆ лекарствами, отпускаемыми по рецепту;
- ◆ приспособлениями протезирования и поддержки,
- ◆ диагностическим обслуживанием;
- ◆ лечебными услугами для стабилизации здоровья, и
- ◆ услугами, необходимыми для жизнеобеспечения.

Если у вас возникнут вопросы, относящиеся к льготным услугам, обратитесь к страхователю или в Отдел Компенсации Работников (*Workers' Compensation Division*).

Паллиативное обслуживание, т. е. медицинские услуги, улучшающие ваше самочувствие, но не приводящие к улучшению вашего состояния, оплачиваются в том случае, если вы продолжаете работать или проходите курс профессиональной подготовки. Такое обслуживание оплачивается только в том случае, если оно утверждено страхователем или Отделом Компенсации Работников, получивших производственную травму (*Workers' Compensation Division*).

---

**Есть вопросы?** Посредник по рассмотрению жалоб от лиц, получивших травмы на работе (*Ombudsman for Injured Workers*): 800-927-1271 — Отдел Компенсаций Работников (*Workers' Compensation Division*): 800-452-0288

---

### Что такое «новое или упущенное медицинское показание»?

Новым медицинским показанием называется изменение состояния здоровья, вызванное со временем первоначальной травмой. Упущенным медицинским показанием является изменение состояния, существовавшее с момента получения травмы, но не признанное страхователем. Лицо, получившее травму

на работе, имеет право требовать от страхователя признания нового или упущенного медицинского показания в любое время после получения травмы. Это право сохраняется даже после истечения срока действия ваших прав, связанных с ухудшением состояния здоровья (aggravation rights).

## Оплата пропущенного рабочего времени (временная нетрудоспособность)

### Будет ли оплачиваться время, пропущенное вами на работе?

- ◆ Если обслуживающее вас медицинское учреждение разрешит вам временно не выходить на работу или работать в измененных условиях, и в связи с этим вы потеряете заработную плату, страхователь оплатит вам пропущенное рабочее время.
- ◆ Первый чек будет отправлен вам в течение 14 дней после получения страхователем подтверждения от обслуживающего вас медицинского учреждения.
- ◆ Если медицинское учреждение не подтвердит необходимость пропуска рабочего времени, оплата пропущенного рабочего времени не выплачивается.

Если вы не можете работать, напоминайте персоналу обслуживающего вас медицинского учреждения каждый раз, когда вы его посещаете, о необходимости отправить вашему страхователю подтверждение разрешения на пропуск рабочего времени. Вы можете содействовать получению своевременной оплаты, связавшись со страхователем сразу после того как начнете пропускать работу.

Льготная оплата пропущенного рабочего времени **прекратится**, если будет удовлетворено любое из следующих условий:

---

**Примечание:** термины, выделенные **жирным** шрифтом, можно найти в справочнике терминов (стр. 33). Номера телефонов учреждений и организаций смотрите в справочнике услуг (стр. 40).

---

## Оплата пропущенного времени

- ◆ если обслуживающее вас медицинское учреждение не разрешит пропуск рабочего времени;
- ◆ если вам откажут в удовлетворении требования компенсации;
- ◆ если обслуживающее вас медицинское учреждение разрешит вам вернуться на работу и продолжать работу в прежних условиях;
- ◆ если вы вернетесь на работу и будете продолжать работу в прежних условиях, получая полную заработную плату;
- ◆ если вы получите Уведомление о Закрытии Иска (Notice of Closure), прекращающее рассмотрение вашего требования компенсации;
- ◆ если вы будете лишены свободы (т. е. задержаны в качестве обвиняемого, ожидающего суда, или заключены в тюрьму после вынесения приговора за совершенное преступление); или
- ◆ если вы исключите себя из числа лиц, ищущих работу.

Кроме того, льготная оплата пропущенного рабочего времени будет **уменьшена или прекращена**, если будет удовлетворено любое из следующих условий:

- ◆ если обслуживающее вас медицинское учреждение утвердит письменное предложение об изменении условий трудоустройства, и вы откажетесь от такой работы;
- ◆ если обслуживающее вас медицинское учреждение утвердит ваше возвращение на работу к тому же работодателю, и ваш работодатель уволит вас (по уважительной причине);
- ◆ если обслуживающее вас медицинское учреждение разрешит вам выйти на работу, но вы не сможете работать, потому что вы находитесь в Соединенных Штатах в нарушение федеральных иммиграционных законов.

### Предусмотрен ли период ожидания получения пособий?

В штате Орегон предусмотрен трехдневный период ожидания получения пособий. Вам могут не заплатить за первые три календарных дня пропущенной работы, если вы не выйдете на работу в течение 14 дней подряд, или если вы будете госпитализированы в качестве стационарного пациента в течение первых 14 дней.

---

**Есть вопросы?** Посредник по рассмотрению жалоб от лиц, получивших травмы на работе (*Ombudsman for Injured Workers*): 800-927-1271 — Отдел Компенсаций Работников (*Workers' Compensation Division*): 800-452-0288

---

## Оплата пропущенного времени

Первым днем потери рабочего времени или заработной платы считается первый день трехдневного периода ожидания получения пособий.

Если вам разрешат приступить к работе в измененных условиях трудоустройства в течение первых 14 дней, вы не получите денежную компенсацию за первые три дня ожидания.

### Как рассчитывается заработная плата при определении размеров денежной компенсации?

Оплата потерянного рабочего времени в период временной полной потери трудоспособности (*temporary total disability*) или временной частичной потери трудоспособности (*temporary partial disability*) производится на основе средней еженедельной заработной платы, которая вам причиталась ко времени получения травмы. Страхователь может рассчитывать вашу среднюю еженедельную заработную плату, усредняя заработки, выплаченные вам на протяжении 52 недель перед получением травмы.

- ◆ Оплата потерянного времени будет равна двум третьим вашей средней заработной платы за неделю.
- ◆ Орегон имеет минимальную и максимальную суммы выплат работнику с производственной травмой, что корректируется каждый год.
- ◆ Если ваш доктор возвращает вас к модифицированным или облегченным обязанностям работы, и вы зарабатываете меньше денег, вы можете иметь право на получение частичной оплаты пропущенного рабочего времени.
- ◆ Ваша средняя недельная зарплата является важным фактором при расчете оплаты пропущенного рабочего времени, и это важно для определения правильной оплаты при расчетах.

### Что делать, если у меня больше, чем одна работа?

Вы можете иметь право на получение дополнительной оплаты потерянного времени за другие работы; это называется дополнительным пособием по нетрудоспособности. Для получения дополнительного пособия по нетрудоспособности вы должны иметь на момент травмы более чем одну работу в штате Орегон.

---

**Примечание:** термины, выделенные **жирным** шрифтом, можно найти в справочнике терминов (стр. 33). Номера телефонов учреждений и организаций смотрите в справочнике услуг (стр. 40).

---

## Возвращение на работу

- ◆ поставить в известность вашу страховую компанию об имеющихся у вас других работах.
- ◆ Чтобы получить оплату за какое-либо потерянное время с других работ, вы должны предоставить подтверждающие документы о заработной плате (чек оплаты или платежные ведомости) для обоснования того, что у вас имелись дополнительные работы на момент травмы.
- ◆ Вы должны предоставить по запросу страховой компании документацию в течение 60 дней, или может быть определено, что вы не подходите под категорию о дополнительной нетрудоспособности.

## Возвращение на работу

### Каковы будут ваши права после возвращения на работу?

В штате Орегон от большинства работодателей, нанимающих более чем 20 работников или служащих, требуется предоставление получившему травму работнику той же или другой подходящей работы после того как ему будет разрешено вернуться на работу.

- ◆ Когда обслуживающее вас медицинское учреждение разрешит вам вернуться на работу, вы получите соответствующее письменное уведомление от страхователя.
- ◆ Получив такое уведомление, вы обязаны попросить своего работодателя предоставить вам прежнюю или другую подходящую работу в течение **семи календарных дней** (или раньше, если это требуется условиями вашего профсоюзного договора или кадровыми правилами работодателя); в противном случае вы потеряете право на трудоустройство у прежнего работодателя.
- ◆ Получив любое разрешение на работу, передайте его своему работодателю в кратчайшие возможные сроки для того чтобы он успел подыскать вам работу, соответствующую вашим физическим возможностям.

Если у вас возникнут вопросы относительно ваших прав, или если вы считаете, что работодатель отнесся к вам несправедливо с учетом полученной вами травмы, позвоните в бюро трудовых ресурсов и промышленности (*Bureau of Labor and Industries*) по телефону 971-673-0761.

---

**Есть вопросы?** Посредник по рассмотрению жалоб от лиц, получивших травмы на работе (*Ombudsman for Injured Workers*): 800-927-1271 — Отдел Компенсаций Работников (*Workers' Compensation Division*): 800-452-0288

---

### Дают ли какие-либо преимущества продолжение работы или возвращение на работу?

Исследования показывают, что лицам, получившим травмы на работе, выгодно возвращаться на прежнюю работу в **кратчайшие возможные сроки** после получения травмы на работе.

Продолжение работы или возвращение на работу в кратчайшие возможные сроки способствуют предотвращению финансовых потерь. Кроме того, если ваше возвращение на работу координируется обслуживающим вас медицинским учреждением, это способствует скорейшему восстановлению вашей полной трудоспособности.

### Что такое «измененные условия работы»?

Если ваш работодатель предложит вам работу с измененными условиями, свяжитесь с обслуживающим вас медицинским учреждением, чтобы узнать, сможете ли вы выполнять предложенную работу. Если обслуживающее вас медицинское учреждение сообщит, что вы можете выполнять работу в измененных условиях, предложенных работодателем, вы обязаны согласиться на такую работу; в противном случае льготная оплата потерянного вами рабочего времени может быть уменьшена или прекращена. Если, возвратившись на работу, вы обнаружите, что вы не можете ее выполнять в связи с полученной травмой, немедленно свяжитесь с обслуживающим вас медицинским учреждением.

Если возобновленная работа с измененными или облегченными условиями будет связана с уменьшением размера заработной платы или количества рабочего времени, вам будет возмещена потерянная часть заработной платы. Вы можете отказаться от трудоустройства в измененных условиях, не теряя льготную компенсацию потерянного рабочего времени, если будет удовлетворено любое из следующих условий:

- ◆ если вам предложат работать не на того же работодателя, на которого вы работали, когда получили травму (исключение составляют лица с оказывающие медицинский уход на дому);
- ◆ если обслуживающее вас медицинское учреждение решит, что ваши физические возможности не позволяют вам ездить в место предложенного

---

**Примечание:** термины, выделенные **жирным** шрифтом, можно найти в справочнике терминов (стр. 33). Номера телефонов учреждений и организаций смотрите в справочнике услуг (стр. 40).

---

## Возвращение на работу

трудоустройства (при этом учитывается расстояние от вашего места жительства до места работы, на котором вы получили травму, или до места трудоустройства, предложенного в измененных условиях);

- ◆ если место работы находится более чем в 50 милях от того места, в котором вы обычно работали перед тем как получили травму (в том случае, если место трудоустройства находится менее чем в 50 милях от вашего места жительства). Однако большее расстояние может оказаться приемлемым, если работодатель располагает несколькими предприятиями или пользуется передвижными рабочими участками, и вы работали на одном из таких предприятий или участков перед получением травмы;
- ◆ если предложенное расписание работы (рабочей смены) отличается от расписания, предусмотренного письменными правилами работодателя, определяющими порядок изменения расписания работы, или противоречит условиям коллективного договора.

### Какую помощь в повторном трудоустройстве оказывает Отдел Компенсаций Работников (WCD)?

Программа содействия работодателям травмированных лиц (*Employer-at-Injury Program*) помогает работникам и служащим продолжать прежнюю работу или возвращаться на прежнюю работу после получения травмы. В связи с вашей травмой работодатель может иметь право на льготы, содействующие продолжению вами работы в облегченных условиях в то время пока рассматривается ваше требование компенсации.

Программа трудоустройства работников с преимущественными правами (*Preferred Worker Program*) помогает травмированным работникам, возвращающимся на работу, предоставлять льготы тому работодателю, на предприятии которого вы получили травму, или любому другому работодателю в штате Орегон. Если вы необратимо потеряли трудоспособность в связи с полученной травмой, и обслуживающее вас медицинское учреждение решило, что вы не можете вернуться на прежнюю работу, вас могут отнести к категории работников с преимущественными правами.

---

**Есть вопросы?** Посредник по рассмотрению жалоб от лиц, получивших травмы на работе (*Ombudsman for Injured Workers*): 800-927-1271 — Отдел Компенсаций Работников (*Workers' Compensation Division*): 800-452-0288

---

## Заккрытие иска

Если вы имеете право на участие в программе трудоустройства работников с преимущественными правами (*Preferred Worker Program*), вскоре после закрытия иска о компенсации потери трудоспособности вы получите идентификационную карточку участника программы и материалы, разъясняющие программу.

Если вы считаете, что имеете право на участие в программе трудоустройства работников с преимущественными правами, но не получите идентификационную карточку участника программы вскоре после закрытия дела компенсации потери трудоспособности, позвоните (бесплатно) по телефонам: 800-445-3948 или 503-947-7588.

Если у вас возникнут вопросы, или если вы пожелаете получить дополнительные сведения о программе трудоустройства работников с преимущественными правами (*Preferred Worker Program*), обратитесь к работнику этой программы, позвонив (бесплатно) по телефонам: 800-445-3948 или 503-947-7588.

### Имеете ли вы право на помощь в приобретении профессиональной квалификации?

К помощи в приобретении профессиональной квалификации относятся содействие поиску работы и профессиональная подготовка. Вы можете иметь право на такую помощь, если удовлетворяются все следующие условия:

- ◆ вы имеете постоянную нетрудоспособность в результате полученной на работе травмы;
- ◆ ваш врач не освободил вас от вашей обычной работы, и вы не смогли вернуться на подходящую работу, которая платит, по меньшей мере, 80 процентов зарплаты, которую вы зарабатывали, и
- ◆ вы имеете право работать в Соединенных Штатах.

Страхователь определит, имеете ли вы право на помощь в приобретении профессиональной квалификации в течение 35 дней после того, как ваше состояние станет стабильным с медицинской точки зрения, и письменно уведомит вас о своем решении. Если вам потребуется помощь при возобновлении работы, свяжитесь со страхователем.

Если у вас возникнут вопросы, вы можете позвонить по телефонам: 800-696-7161 (бесплатно) или 503-947-7189. Позвонить представителю Южного Орегона (Медфорд) вы можете по телефону: 541-776-6032.

---

**Примечание:** термины, выделенные **жирным** шрифтом, можно найти в справочнике терминов (стр. 33). Номера телефонов учреждений и организаций смотрите в справочнике услуг (стр. 40).

---



## Заккрытие иска компенсации потери трудоспособности

### Что такое «Уведомление о закрытии иска»?

Иск компенсации потери трудоспособности «открыт» в то время, когда вы восстанавливаете здоровье после получения травмы, и «закрывается», когда ваше состояние становится стабильным с медицинской точки зрения.

Ваше дело будет закрыто также в том случае, если полученная вами травма больше не является существенной причиной вашей нетрудоспособности или вашей потребности в лечении, или если вы не будете являться в назначенное время на прием в медицинские учреждения. После закрытия вашего иска страхователь вышлет вам следующие важные документы:

- ◆ юридический документ Уведомление о Закрытии Иска (*Notice of Closure*), закрывающее рассмотрение вашего дела о компенсации потери трудоспособности; в нем перечисляются периоды времени, в отношении которых было утверждено денежное возмещение пропущенного рабочего времени, и указывается размер причитающегося вам пособия по нетрудоспособности (в том случае, если подтверждена ваша необратимая нетрудоспособность); в том же уведомлении разъясняется, как подать апелляцию, опротестовывающую закрытие вашего иска компенсации потери трудоспособности;
- ◆ Обновленное Уведомление о Согласии на Закрытие Иска (*Updated Notice of Acceptance at Closure*), с перечислением медицинских показаний, с которыми страхователь согласен. Если обновленное уведомление неполно или ошибочно, письменно известите об этом страхователя;
- ◆ брошюра «Разъяснение процесса закрытия иска компенсации потери трудоспособности и ваших прав» (*Understanding Claim Closure and Your Rights*), в которой объясняются ваши права на апелляцию и категории медицинских услуг, оплачиваемых страхователем после закрытия дела о компенсации потери трудоспособности.

По окончании льготной оплаты пропущенного вами рабочего времени вы можете получить право на пособия

---

**Есть вопросы?** Посредник по рассмотрению жалоб от лиц, получивших травмы на работе (*Ombudsman for Injured Workers*): 800-927-1271 — Отдел Компенсаций Работников (*Workers' Compensation Division*): 800-452-0288

---

## Заккрытие иска

по безработице (даже если в иных условиях вы не имели бы право на такие пособия в связи с истечением установленных сроков). Вы обязаны подать заявку на получение пособия в течение четырех недель после даты получения уведомления о закрытии иска компенсации потери трудоспособности, чтобы узнать, имеете ли вы право на особое «продление учетного года» (*base-year extension*), предоставляемое некоторым лицам, получившим травмы на работе. Для того чтобы получить дополнительные сведения, обратитесь в районное управление департамента трудоустройства штата Орегон (*Oregon Employment Department*).

### Что такое «необратимая частичная нетрудоспособность»?

Если в уведомлении о закрытии иска (*Notice of Closure*) указано на наличие у вас **необратимой частичной нетрудоспособности** (*permanent partial disability, PPD*), это означает, что ваше состояние после травмы не улучшилось до нормального состояния или до состояния, которое было до получения травмы.

Вы можете иметь право на получение выплат от страхователя в связи с вашей нетрудоспособностью. Размер денежной компенсации необратимой потери трудоспособности рассчитывается по формуле, предусмотренной законом. Размер компенсации зависит от степени потери трудоспособности и от того, получали ли вы чрезмерные суммы возмещения ранее. Если страхователь выплатил вам чрезмерную сумму возмещения в то время пока ваше дело о компенсации потери трудоспособности было открыто, страхователь может удержать выплаченный излишек, уменьшив сумму причитающегося вам возмещения потери трудоспособности или размеры ваших будущих пособий. Относительно пособий по необратимой частичной потере трудоспособности следует учитывать следующее:

- ◆ Выплаты страхового возмещения необратимой потери трудоспособности должны начаться через 30 дней после наступления даты закрытия иска компенсации потери трудоспособности.
- ◆ Если вам причитается возмещение в размере не более 6 тысяч долларов, страхователь выплачивает такую сумму единовременно.
- ◆ Если вам причитается страховое возмещение необратимой частичной потери трудоспособности в размере более 6 тысяч долларов, страхователь будет производить ежемесячные выплаты до тех пор

---

**Примечание:** термины, выделенные **жирным** шрифтом, можно найти в справочнике терминов (стр. 33). Номера телефонов учреждений и организаций смотрите в справочнике услуг (стр. 40).

пока не будет выплачена вся сумма возмещения. Размер ежемесячных выплат возмещения должен соответствовать сумме причитающихся вам ежемесячных пособий по нетрудоспособности.

- ◆ Вы можете попросить страхователя выплатить возмещение единовременно. Тем не менее, если ваш страхователь опротестует сумму возмещения вашей необратимой потери трудоспособности, вы не сможете получить единовременную выплату до тех пор пока не завершится процесс рассмотрения апелляции и не будет принято окончательное решение. **Если вы потребуете единовременной выплаты возмещения и примете любую часть страхового возмещения вашей необратимой потери трудоспособности, вы, таким образом, потеряете право на апелляцию, опротестовывающую сумму возмещения.** Вы не имеете права получать единовременную выплату возмещения, если вы участвуете в программе профессиональной подготовки.

### Что такое «необратимая полная нетрудоспособность»?

Если в Уведомлении о Закрытии Иска (*Notice of Closure*) указано, что вы имеете **необратимую полную нетрудоспособность** (*permanent total disability, PTD*), это означает, что вы не можете выполнять в полном объеме соответствующую работу. Вы будете получать ежемесячные выплаты страхового возмещения потери трудоспособности все время, пока вы остаетесь полностью нетрудоспособным. Страхователь будет пересматривать ваше требование компенсации каждые два года, чтобы проверять, остаетесь ли вы нетрудоспособным.

### Каковы льготы в случае летального исхода?

Если работник умирает в результате полученной травмы или профессионального заболевания или болезни, и страховая компания принимает претензии, по закону Орегона страховая компания обязана вносить ежемесячные платежи супругу (супруге), детям и другим соответствующим наследникам. Страховая компания будет платить за похоронные и связанные с этим процессом расходы в сумме максимального размера. Если вы умираете при получении постоянной нетрудоспособности, ваш супруг (ваша супруга) или другие соответствующие наследники могут иметь право на получение пособий.

---

**Есть вопросы?** Посредник по рассмотрению жалоб от лиц, получивших травмы на работе (*Ombudsman for Injured Workers*): 800-927-1271 — Отдел Компенсаций Работников (*Workers' Compensation Division*): 800-452-0288

---

### Что, если вы не согласны с Уведомлением о Закрывании Иска?

Если вы не согласны с Уведомлением о Закрывании Иска (*Notice of Closure*), вы должны написать об этом в Отдел Компенсаций Работников (*Workers' Compensation Division*) в течение 60 дней после даты отправления по почте Уведомления о Закрывании Иска. Ваши права на подачу апелляции и адрес, по которому следует отправлять апелляцию, указаны на обороте Уведомления о Закрывании Иска.

Кроме того, вы можете заполнить и отправить форму Запроса Работника о Пересмотре Дела (*Worker's Request for Reconsideration*) в Отдел Компенсаций (*Workers' Compensation Division*). Эту форму можно получить, обратившись в указанный отдел; в таком случае экземпляр формы будет выслан вам по почте, или вы можете его найти по Интернету: [www.wcd.oregon.gov](http://www.wcd.oregon.gov). В разделе «Работники, получившие травму» (*"Injured Workers"*) выберите «Подача иска» (*"Filing a claim"*). Нажмите «Пересмотр закрытого иска» (*"Appealing a closed claim"*) на левой стороне веб-страницы. Нажмите «Требование пересмотра» (*"Request for Reconsideration"*).

Для дополнительной информации позвоните в Отдел Компенсаций по бесплатному телефону: 800-452-0288 и попросите связать вас с работником отдела, рассматривающим апелляцию.

### Что, если ваше признанное страхователем состояние ухудшится?

Если ваше признанное страхователем состояние ухудшится после закрытия вашего дела о компенсации потери трудоспособности, вы имеете право обратиться за медицинской помощью. Вы можете потребовать, чтобы страхователь снова открыл ваше дело о компенсации потери трудоспособности, заполнив форму 827 в приемной офиса вашего лечащего врача. Обслуживающее вас медицинское учреждение представит бумаги на рассмотрение страхователя от вашего имени.

Срок действия прав, связанных с ухудшением состояния здоровья после предъявления требования компенсации потери трудоспособности истекает через пять лет после наступления даты закрытия дела о компенсации потери трудоспособности. Срок действия прав, связанных с ухудшением состояния здоровья после получения травмы без предъявления требования компенсации

---

**Примечание:** термины, выделенные **жирным** шрифтом, можно найти в справочнике терминов (стр. 33). Номера телефонов учреждений и организаций смотрите в справочнике услуг (стр. 40).

---

## Урегулирование спорных претензий

потери трудоспособности, истекает через пять лет после наступления даты получения травмы.

По истечении пятилетнего срока действия прав вы все еще можете иметь определенные права на получение дополнительных пособий. Если вам потребуются госпитализация, хирургическая операция или другое восстанавливающее трудоспособность лечение, заменяющее госпитализацию, страхователь может снова открыть ваше дело о компенсации потери трудоспособности и выплачивать возмещение пропущенного рабочего времени, утвержденное лечащим врачом до тех пор, пока ваше состояние не будет снова признано стабильным с медицинской точки зрения.

Если вы потребуете признания нового или упущенного медицинского показания после истечения срока действия ваших прав, связанных с ухудшением состояния здоровья, вы можете также иметь право на получение возмещения необратимой потери трудоспособности, если состояние вашего здоровья необратимо ухудшится в большей степени, чем было подтверждено, когда ваше дело было закрыто в последний раз.

## Права на апелляцию и урегулирование претензий

### Что, если вы не согласны с принятым решением?

Вы можете опротестовать любое решение, принятое в отношении вашего требования компенсации. Апелляцией называется требование лица, получившего травму на работе, страхователя или другой стороны о пересмотре решения, вынесенного на основании требования компенсации. Если вы получите уведомление о том, что вам отказано в удовлетворении требования или в предоставлении пособий, или о том, что предоставление вам пособий прекращено, в полученном вами документе будут содержаться инструкции, разъясняющие процесс подачи апелляции в том случае, если вы не согласны с принятым решением. **Предусмотрены сроки подачи большинства апелляций. Вы потеряете право на подачу апелляции, если не подадите ее в течение срока, указанного в полученном вами письме или уведомлении.** Пособия, являющиеся причиной подачи апелляции, как правило, не выплачиваются до тех пор, пока

---

**Есть вопросы?** Посредник по рассмотрению жалоб от лиц, получивших травмы на работе (*Ombudsman for Injured Workers*): 800-927-1271 — Отдел Компенсаций Работников (*Workers' Compensation Division*): 800-452-0288

---

не завершится процесс рассмотрения апелляции (тяжба). Если вы желаете воспользоваться помощью юридического консультанта, просмотрите желтые страницы местной телефонной книги в разделе «Адвокаты» (*Attorneys*) или позвоните в Ассоциацию адвокатов штата Орегон (*Oregon State Bar*) по телефону 800-452-7636, чтобы найти адвоката, занимающегося делами о компенсации травм, полученных на работе, в вашем районе.

### Как я могу найти юридическую помощь?

Адвокат может помочь вам понять ваши права и обязанности. Чтобы найти адвоката по делам компенсаций работников, получивших производственную травму, позвоните в Совет по Рабочим Компенсациям (*Oregon State Bar*), в службу по юридическим вопросам, по бесплатному телефону: 800-452-7636 или найдите по Желтым Страницам или Интернету. Адвокаты по вопросам компенсаций оплачиваются на основе гонорара, зависящего от результатов рассматриваемого дела. Это значит, что вы не должны платить адвокату, пока адвокат не выиграет дело или не урегулирует его для вас.

### Что такое «урегулирование спорной претензии»?

Если вы и страхователь не согласны по поводу основательности вашего требования компенсации или по поводу состояния вашего здоровья, вы можете урегулировать спор, прибегнув к процессу **урегулирования спорной претензии** (*disputed-claim settlement, DCS*).

Процесс урегулирования спорной претензии применяется в тех случаях, когда стороны не согласны по поводу необходимости компенсации ущерба. В рамках этого процесса пострадавший, отказываясь от всех прав и пособий, связанных с требованием компенсации, соглашается получить определенную сумму денег. Это означает, что вам все еще будет отказано в удовлетворении требования компенсации, и вы откажетесь от всех прав на будущие пособия, относящиеся к медицинским показаниям, на которые вы притязаете и которые не признает страхователь.

Медицинские учреждения могут выставлять вам счета за услуги, не оплаченные страхователем, для того чтобы вы знали, каковы будут ваши обязательства в соответствии с соглашением перед тем как вы согласитесь на урегулирование претензий.

---

**Примечание:** термины, выделенные **жирным** шрифтом, можно найти в справочнике терминов (стр. 33). Номера телефонов учреждений и организаций смотрите в справочнике услуг (стр. 40).

### Что такое «соглашение об урегулировании претензий»?

Если основательность вашего требования компенсации признана страхователем, вы можете получить денежную сумму в обмен на свои права компенсации, заключив соглашение об **урегулировании претензий** (*claim disposition agreement*). Заключая такое соглашение, вы можете отказаться от одного или нескольких из следующих прав на получение пособий в качестве компенсации потери трудоспособности:

- ◆ право на получение предоставляемых в настоящее время и будущих пособий, возмещающих оплату пропущенного рабочего времени;
- ◆ право на страховое возмещение необратимой частичной потери трудоспособности в настоящее время и в будущем;
- ◆ право на получение ежемесячных выплат страхового возмещения необратимой полной потери трудоспособности;
- ◆ право на льготное содействие приобретению профессиональной квалификации;
- ◆ связанные с ухудшением состояния здоровья права на повторное открытие вашего дела о компенсации потери трудоспособности;
- ◆ право на посмертные пособия.

Вы не можете отказаться от своего права на льготное медицинское обслуживание или от своего права на участие в программе трудоустройства работников с преимущественными правами (*Preferred Worker Program*).

Совет по вопросам компенсации травм, полученных на работе (*Workers' Compensation Board*), обязан утверждать все соглашения об урегулировании претензий, если урегулирование не осуществлялось с помощью посредника. В последнем случае соглашение об урегулировании претензий может утвердить судья по административным правонарушениям, выполнявший роль посредника. Если у вас возникнет вопрос, относящийся к соглашению об урегулировании претензий, вы можете обратиться к посреднику по рассмотрению жалоб от лиц, получивших травмы на работе (*Ombudsman for Injured Workers*) по телефону 800-927-1271.

---

**Есть вопросы?** Посредник по рассмотрению жалоб от лиц, получивших травмы на работе (*Ombudsman for Injured Workers*): 800-927-1271 — Отдел Компенсаций Работников (*Workers' Compensation Division*): 800-452-0288

---

### Каковы штрафы за задержку денежной компенсации?

Если вы считаете, что страхователь задержал удовлетворение вашего требования или отказ от удовлетворения вашего требования либо задержал какие-либо выплаты пособий, причитающиеся вам в установленный срок, вы можете написать об этом в Отдел Компенсаций Работников (*Workers' Compensation Division*) и потребовать, чтобы страхователя оштрафовали. Если в Отделе Компенсаций будет решено, что для наложения штрафа имеются основания, страхователь выплатит вам (и вашему адвокату, если вас представляет адвокат) сумму штрафа.

### Конфиденциальны ли относящиеся к вам записи?

Относящаяся к требованию компенсации информация, предоставленная работникам Отдела Компенсации (*Workers' Compensation Division*), а также медицинские записи и записи, относящиеся к профессиональной подготовке, предоставленные страхователю, могут быть переданы другим сторонам только в строго ограниченных обстоятельствах, например:

- ◆ когда вы или представляющий вас адвокат запрашивают копии;
- ◆ когда это необходимо страхователю в процессе работы с вашим иском;
- ◆ когда это необходимо для выполнения государственными учреждениями их функций; или
- ◆ когда это требуется или допускается законами в иных обстоятельствах.

Закон запрещает работодателям учитывать подлежащие компенсации травмы работников, принимая решения о найме на работу.

---

**Примечание:** термины, выделенные **жирным** шрифтом, можно найти в справочнике терминов (стр. 33). Номера телефонов учреждений и организаций смотрите в справочнике услуг (стр. 40).

---



## Справочник терминов

### В тексте этой брошюры используются следующие термины:

**Дата информирования работодателя** (*employer knowledge date, EKD*): день, в который работодатель узнает о полученной работником травме.

**Денежное возмещение потерянного рабочего времени** (*time-loss payments*): денежное возмещение, выплачиваемое лицу, получившему травму на работе за пропущенное рабочее время или потерю заработной платы в связи с травмой, подлежащей компенсации. (См. постановление правительства штата Орегон ORS 656.210.)

**Дополнительное пособие по нетрудоспособности** (*supplemental disability*): Увеличение оплаты по нетрудоспособности из-за наличия на момент травмы более чем одного наименования работы в Орегоне.

**Единовременная выплата** (*lump sum*): выплата возмещения необратимой частичной потери трудоспособности одним чеком (в случаях, когда сумма возмещения составляет не более 6 тысяч долларов), как правило по требованию лица, получившего травму на работе. Возмещения, составляющие в сумме менее 6 тысяч долларов, всегда выплачиваются единовременно.

**Заключения о нарушении функций** (*impairment findings*): результаты произведенных врачом измерений, подтверждающие нарушение той или иной функции органа тела или системы организма.

**Лечащий врач** (*attending physician, AP*): врач, несущий основную ответственность за медицинское обслуживание лица, получившего травму на работе, и непосредственно лечащий это лицо или утверждающий и координирующий лечение этого лица другими специалистами. Лечащий врач должен быть лицензированным врачом-медиком, врачом-остеопатологом, челюстно-лицевым хирургом, ортопедом или медицинским работником, назначенным организацией планового медицинского обслуживания (*MCO*). Хиропрактик, врач-натуропат или помощник врача, включенные в список сертифицированного обслуживающего медицинского персонала, используемые Отделом Компенсации (*WCD*), могут выполнять роль лечащего врача в течение не более чем 60 последовательных календарных дней или на протяжении 18 посещений врача (в зависимости от того, какой из этих сроков истекает ранее) и утверждать возмещение оплаты потерянного рабочего времени в течение не более чем 30 календарных дней, начиная с первого дня обращения лица, получившего травму на работе, к любому медицинскому специалисту, включенному в список сертифицированного

обслуживающего медицинского персонала, используемый Отделом Компенсации Работников, получивших производственную травму (*WCD*). (См. постановление правительства штата Орегон 656.005.)

**Медицинское обследование по требованию работника** (*worker-requested medical exam, WRME*): обследование, предоставляемое работнику, которому было отказано в удовлетворении требования компенсации на основе результатов независимого медицинского обследования в том случае, если травмированный работник не согласен со сделанными заключениями.

**Медицинское учреждение** (*health care provider*): лицензированное юридическое лицо или организация, предоставляющее те или иные медицинские услуги (например, больница, поликлиника, поставщик медицинских услуг).

**Независимое медицинское обследование** (*independent medical examination, IME*): любое медицинское обследование, в том числе проверка физических возможностей или способности выполнять ту или иную работу; либо консультация, включающая обследование, требуемое страхователем, которые проводятся медицинским учреждением, не связанным с лечащим врачом лица, получившего травму на работе.

**Необратимая полная потеря трудоспособности** (*permanent total disability, PTD*): потеря любого органа тела или функции организма в сочетании с ранее существовавшим нарушением функций, необратимо препятствующая регулярному выполнению регулярных обязанностей на работе лицом, получившим производственную травму. (См. постановление правительства штата Орегон ORS 656.206).

**Необратимая частичная потеря трудоспособности** (*permanent partial disability, PPD*): необратимая потеря любого органа тела или функции организма в соответствии с определением, предусмотренным постановлением правительства штата Орегон ORS 656.214.

**Организация планового медицинского обслуживания** (*managed care organization, MCO*): организация, заключающая договоры со страхователями о координации медицинского обслуживания лиц, получивших травмы на работе. (См. постановление правительства штата Орегон ORS 656.260.)

**Отдел компенсации работников, получивших производственную травму** (*Workers' Compensation Division, WCD*): Отдел Департамента Обслуживания Потребителей и Коммерческих Предприятий штата Орегон (*Oregon Department of Consumer and Business Services*), обеспечивающий выполнение законов штата, относящихся к

компенсации травм, полученных на работе.

**Пособия по временной полной нетрудоспособности** (*temporary total disability benefits, TTD*): денежное возмещение заработной платы, полностью потерянной лицом, неспособным вернуться на какую-либо работу в связи с получением травмы. (См. постановление правительства штата Орегон ORS 656.210.)

**Пособия по временной частичной нетрудоспособности** (*TPD*): денежное возмещение части заработной платы, потерянной лицом, способным работать лишь неполный рабочий день или выполнять лишь облегченные обязанности в связи с полученной травмой. (См. постановление правительства штата Орегон ORS 656.212.)

**Посредник по рассмотрению жалоб от лиц, получивших травмы на работе** (*Ombudsman for Injured Workers*): работник управления департамента обслуживания потребителей и коммерческих предприятий (*Department of Consumer and Business Services*), служащий независимым защитником интересов и прав лиц, получивших травмы на работе, разъясняющий им их права и обязанности, проводя расследования обоснованности жалоб и принимая меры, ведущие к разрешению этих жалоб. (См. постановление правительства штата Орегон ORS 656.709.)

**Промежуточный период** (*interim period*): период времени, начинающийся со дня, в течение которого работодатель впервые узнаёт о существовании требования компенсации или получает уведомление о существовании такого требования, и заканчивающийся признанием такого требования страховой компанией или ее отказом признать это требование.

**Профессиональное заболевание** (*occupational disease*): заболевание или инфекция, вызванные условиями на рабочем месте. Профессиональным считается заболевание, которое вызывается воздействием веществ на рабочем месте или операций, выполняемой служащим на работе, что приводит к нарушению функций организма или смерти. (См. постановление правительства штата Орегон ORS 656.802.)

**Совет по вопросам компенсации травм, полученных на работе** (*Workers' Compensation Board, WCB*): отдел департамента обслуживания потребителей и коммерческих предприятий правительства штата Орегон (*Oregon Department of Consumer and Business Services*), ответственный за проведение слушаний и пересмотр юридических решений и соглашений, влияющих на пособия для лиц, получивших травмы на работе.

**Соглашение об урегулировании претензий** (*claim disposition agreement, CDA*): соглашение между сторонами, относящееся к требованию компенсации травмы,

полученной на работе. Лицо, получившее травму на работе (например, права на компенсацию, возмещение гонораров адвокатов и покрытие расходов), за исключением прав на льготное медицинское обслуживание и преимущественное право на трудоустройство работников, получивших производственную травму. Такие соглашения называют также «соглашениями о компромиссе и освобождении от обязательств» (*compromise and release, C&R*).

**Стабильное с медицинской точки зрения состояние** (*medically stationary*): лицо, получившее травму на работе, считается находящимся в состоянии стабильном с медицинской точки зрения, если его лечащий врач определяет, что на разумных основаниях невозможно ожидать никакого существенного улучшения состояния здоровья этого лица, вызванного травмой или заболеванием, в результате медицинского лечения или прохождения времени. (См. постановление правительства штата Орегон ORS 656.005).

**Страхователь** (*insurer*): страховая компания, работодатель с самострахованием или группа работодателей с самострахованием, обеспечивающие страхование компенсации травм, полученных на работе, и выплату страховых пособий лицам, получившим травмы на работе.

**Травма** (*injury*): полученная на работе травма или профессиональное заболевание.

**Травма, не приводящая к потере трудоспособности** (*nondisabling injury*): любая травма, требующая медицинского вмешательства, но не приводящая к потере способности работать по прошествии первых трех дней или приводящая к какому-либо нарушению функции, поддающемуся лечению. (См. постановление правительства штата Орегон ORS 656.005).

**Травма, приводящая к потере трудоспособности** (*disabling injury*): полученная на работе травма, дающая пострадавшему право на компенсацию потери трудоспособности или на посмертные пособия. (См. постановление правительства штата Орегон 656.005.)

**Требование компенсации, связанное с ухудшением состояния здоровья** (*aggravation claim*): требование о предоставлении дальнейших пособий в связи с ухудшением признанного страхователем состояния здоровья требующей стороны, предъявляемое после закрытия дела о компенсации потери трудоспособности. Ухудшение состояния здоровья подтверждается медицинскими показаниями, обоснованными объективными заключениями или измерениями, произведенными врачом. Срок действия прав, связанных с ухудшением состояния здоровья (*aggravation rights*), истекает через пять лет после первого закрытия дела о компенсации потери трудоспособности

или через пять лет после даты получения травмы, если требование компенсации потери трудоспособности не предъявлялось. Лечащий врач, являющийся медицинским врачом, врачом-остеопатологом или челюстно-лицевым хирургом, обязан представить страхователю заполненную форму 827 и медицинский отчет в течение пяти последовательных календарных дней после посещения этого врача лицом, заявившим об ухудшении состояния здоровья в связи с полученной на работе травмой. Страхователь обязан признать или отвергнуть требование компенсации ухудшения состояния здоровья в течение 60 дней. (См. постановление правительства штата Орегон ORS 656.273.)

**Тяжба** (*litigation*): процесс, как правило приводящий к вынесению судьей решения, разрешающего спор на основе представленной фактической информации и законов.

### **Уполномоченная практикующая медсестра**

(*authorized nurse practitioner*): практикующая медсестра, уполномоченная Отделом Компенсации Работников, получивших производственную травму (*Workers' Compensation Division*), выполняющая подлежащие оплате медицинские услуги лицу, получившему травму на работе, в течение 180 последовательных календарных дней, начиная с даты первого посещения практикующей медсестрой лица, получившего травму, в связи с первоначальным иском компенсации. Также практикующая медсестра может подтверждать выплату пособия по временной потере трудоспособности в течение не более чем 180 календарных дней, начиная с даты первого посещения практикующей медсестры лица в связи с первоначальным иском компенсации. Уполномоченные практикующие медсестры не могут делать заключения, относящегося к нарушению функций. Практикующие медсестры, уполномоченные организациями планового медицинского обслуживания, могут осуществлять лечение в течение более чем 180 дней. (См. постановление правительства штата Орегон 656.245.)

**Урегулирование спорных претензий** (*disputed-claim settlement, DCS*): урегулирование претензии в случае несогласия сторон по вопросу об обоснованности требования компенсации. Пострадавшее лицо соглашается отказаться от всех прав и пособий, связанных с требованием компенсации, в обмен на согласованную сумму денег.

# Схема процесса рассмотрения исков компенсации работников, получивших производственную травму

От получения травмы до принятия или отказа в

Требование компенсации потери трудоспособности в результате травмы, полученной на работе, или профессионального заболевания.

Работник уведомляет работодателя и заполняет форму 801.

Работник обращается в медицинское учреждение и заполняет относящийся к нему раздел формы 827.

Работодатель сообщает страхователю о существовании требования компенсации в течение 5 дней.

Медицинское учреждение сообщает страхователю о существовании требования компенсации в течение 3 дней.

Если предъявлен иск по компенсации после потери трудоспособности, в случае утверждения медицинским учреждением начинается выплата денежного возмещения пропущенного рабочего времени, продолжающееся каждые следующие 14 дней, если в удовлетворении требования не отказано.

Страхователь обязан признать иск о компенсации или отказать в его удовлетворении в течение 60 дней.

В случае признания иска компенсации выплата денежного возмещения пропущенного рабочего времени, если это предусмотрено, продолжается каждые 14 дней, пока лечащий врач или уполномоченная практикующая медсестра утверждают пропуск рабочего времени по уважительной причине или до закрытия иска. Предоставляются медицинские и другие услуги, помогающие работнику восстановить здоровье и вернуться на работу.

В случае отказа в удовлетворении требования компенсации страхователь отправляет письмо, уведомляющее об отказе. Выплаты денежного возмещения пропущенного рабочего времени прекращаются. Возможна страховая оплата промежуточных льготных медицинских услуг, если у работника есть медицинская страховка. Работник может подать апелляцию, опротестовывающую отказ в удовлетворении требования, в течение 60 дней (или в течение 180 дней, если существует уважительная причина задержки). В некоторых случаях работники могут требовать проведения медицинского обследования врачом, выбранным отделом компенсации работников, получивших производственную травму (WCD).

## Процесс рассмотрения исков

### От признания основательности требования до закрытия иска и дальнейших мер

Работник и страхователь могут заключить соглашение об урегулировании претензий (в любое время после признания основательности требования компенсации), если такое соглашение одобрено советом по вопросам компенсации травм, полученных на работе (*Workers' Compensation Board*).

Иск будет закрыт, когда состояние работника стабилизируется с медицинской точки зрения.

Дело о компенсации потери трудоспособности закрывается, и выносится решение, определяющее размеры причитающегося работнику пособия по нетрудоспособности, в т. ч. по необратимой частичной потере трудоспособности (*PPD*), если таковая имеет место. Страхователь отправляет Уведомление о Закрытии Дела (*Notice of Closure*).

Предоставляется содействие в приобретении профессиональной квалификации, если работник имеет право на такое содействие (в любое время после признания основательности требования компенсации).

Если работник не может вернуться на прежнюю работу и необратимо потерял трудоспособность, Отдел Компенсации (*WCD*) посылает ему идентификационную карточку программы, предусматривающей преимущественные права (*Preferred Worker Card*) и позволяющую работнику предлагать работодателям Орегона льготы для его приема на работу.

Страхователь (в течение 30 дней после уведомления о закрытии дела) обязан начать выплату пособия по необратимой частичной потере трудоспособности (*PPD*), если оно причитается. Тем не менее, если подается апелляция, опротестовывающая закрытие дела о компенсации потери трудоспособности, такие выплаты могут быть задержаны (могут не производиться) до завершения тяжбы.

Страхователь (в течение семи дней после закрытия дела) или работник (в течение 60 дней после закрытия дела) могут требовать пересмотра принятого решения группой Рассмотрения Апелляций Отдела Компенсации (*WCD's Appellate Review*).

После закрытия дела о компенсации потери трудоспособности работник продолжает иметь право на некоторые медицинские услуги и некоторые виды помощи в приобретении профессиональной квалификации. Если признанное страхователем состояние здоровья ухудшается, дело о компенсации потери трудоспособности может быть повторно открыто с целью определения объема дополнительного пособия по нетрудоспособности и прочих пособий.

# Справочник услуг

Отдел компенсации работников, получивших  
производственную травму  
*Workers' Compensation Division (WCD)*

350 Winter St. NE  
P.O. Box 14480  
Salem, OR 97309-0405  
[www.wcd.oregon.gov](http://www.wcd.oregon.gov)  
[workcomp.questions@oregon.gov](mailto:workcomp.questions@oregon.gov)

Справочная служба для лиц, получивших травмы на работе .....	800-452-0288
Общие сведения .....	503-947-7810
Информация о пособиях .....	503-947-7840
Указатель работодателей, зарегистрированных отделом (для проверки страхования работодателей) .....	888-877-5670
Вопросы, относящиеся к организациям планового медицинского обслуживания (MCO).....	503-947-7650
Вопросы медицинского обслуживания .....	503-947-7606
Пересмотр закрытия дел .....	503-947-7817
Содействие повторному трудоустройству .....	503-947-7588
или.....	800-445-3948
Содействие приобретения профессиональной квалификации, урегулирование споров, относящихся к проф. подготовке.....	503-947-7189
или.....	800-696-7161
Медфорд.....	541-776-6032

## Посредник по рассмотрению жалоб от лиц, получивших травмы на работе (Ombudsman for Injured Workers)

350 Winter St. NE  
P.O. Box 14480  
Salem, OR 97309-0405  
[www.oregon.gov/DCBS/OIW](http://www.oregon.gov/DCBS/OIW)  
[oiw.questions@oregon.gov](mailto:oiw.questions@oregon.gov)

Общая информация .....	503-378-3351
или.....	800-927-1271



## Совет по вопросам компенсации работников, получивших производственную травму (в т. ч. отдел проведения слушаний)

*(Workers' Compensation Board (and Hearings Division))*

2601 25th St. SE, Suite 150

Salem, OR 97302-1280

[www.wcb.oregon.gov](http://www.wcb.oregon.gov)

Общая информация ..... 503-378-3308

Salem (бесплатно).....877-311-8061

Portland (бесплатно).....866-880-2078

## Прочие ресурсы

В этой брошюре разъясняются льготы и пособия, составляющие возмещение травм, полученных на работе. Даже если вам отказали в удовлетворении требования компенсации или если срок предоставления вам компенсационных пособий истек, вы можете иметь право на некоторые виды помощи.

- ◆ Обратитесь в департамент трудоустройства штата Орегон (*Oregon Employment Department*), чтобы узнать, имеете ли вы право на пособия по безработице.  
[www.employment.oregon.gov](http://www.employment.oregon.gov)
- ◆ Свяжитесь с управлением социального обеспечения (*Social Security Administration*), чтобы узнать, имеете ли вы права на пособия по нетрудоспособности.
- ◆ Обратитесь в управление восстановления профессиональной пригодности правительства штата Орегон (*Oregon Office of Vocational Rehabilitation Services*), чтобы узнать, имеете ли вы право на реабилитационное обслуживание.  
[www.oregon.gov/DHS/VR/](http://www.oregon.gov/DHS/VR/)
- ◆ Обратитесь в *Oregon State Bar* для дополнительной информации по вопросам, переданным для юридических служб: [www.oregonstatebar.org](http://www.oregonstatebar.org)

Если у вас возникнут вопросы, относительно прав по трудоустройству лиц, получивших травмы на работе, обращайтесь в Отдел Защиты Гражданских Прав (*Civil Rights Division*), Бюро Трудовых Ресурсов и Промышленности (*Bureau of Labor and Industries*) (по вопросам о дискриминации в процессе компенсации травм, полученных на работе):

[www.oregon.gov/BOLI/CRD](http://www.oregon.gov/BOLI/CRD)

971-673-0764



Oregon Department of  
Consumer & Business Services

**Отдел Компенсаций Работников,  
получивших производственную травму  
Workers' Compensation Division**

350 Winter St. NE,  
P.O. Box 14480  
Salem, OR 97309-0405

800-452-0288

Отдел Компенсаций работников, получивших производственную травму, предоставляет эту брошюру для Орегонских работников, имеющих иски. Если у вас есть комментарии, пожелания относительно этой публикации, обращайтесь В Отдел Рабочих Компенсаций по телефону: 800-452-0288 или по электронной почте: [workcomp.questions@oregon.gov](mailto:workcomp.questions@oregon.gov)



**community**  
Workers' Compensation

# Preferred Worker Job Offer Letter

See OAR 436-110-0290(2) for more information. If you have questions or need more help, contact the Workers' Compensation Division, Preferred Worker Program in Salem, 503-947-7588; 800-445-3948 (toll-free); fax 503-947-7581.

Date:

## Preferred Worker

Name:

Address:

City, State, ZIP:

Dear \_\_\_\_\_ :

Since you are unable to return to your regular job at injury (check all that apply):

- We have developed this job within your physical restrictions.
- We will use the Preferred Worker Program (PWP) to modify this job within your physical restrictions.
- We have provided a temporary job within your physical restrictions pending PWP modification.

<b>Job title:</b>	<b>Start date:</b>
<b>Temporary job title, if applicable:</b>	<b>Start date:</b>
<b>Wages:</b>	<b>Hours:</b>
<b>Worksite location:</b>	
<b>Descriptions of job duties, including physical requirements (if known), or attach job descriptions:</b>	

Sincerely,

Company name:

Address:

City, State, ZIP:

Phone no.:

I have read and understand this/these job offer(s). I accept this/these job(s) as offered. Yes  No

\_\_\_\_\_  
Employee signature

\_\_\_\_\_  
Date

# Request for Release of Medical Records for Oregon Workers' Compensation Claim

**To: Custodian of medical records** \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**Worker information** \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Insurer claim number: \_\_\_\_\_

Date of injury: \_\_\_\_\_

**Worker authorization/signature** \_\_\_\_\_

By my signature, I authorize medical providers and other custodians of the claim record to release medical records **relevant** to my workers' compensation claimed conditions (see below) to the requester named below, as provided in ORS 656.252, OAR 436-010-0240 and OAR 436-060-0017. **Medical information relevant to the claim includes a past history of complaints or treatments of a condition similar to that presented in the claim or other conditions related to the same body part.**

*Worker's signature:* \_\_\_\_\_ *Date:* \_\_\_\_\_**Claimed conditions** (Requester: List below; be specific.) \_\_\_\_\_**Separate authorization is required for release of the following information** \_\_\_\_\_

- The worker's participation in federally funded drug and alcohol abuse treatment programs under Federal Regulation 42, CFR 2.
- HIV-related information protected by ORS 433.045(3).

**OAR 436-010-0240 requires that medical providers respond to a request for medical records within 14 days of the date of the request. Failure to respond within 14 days to a request sent by certified mail may subject the medical provider to penalties under OAR 436-010-0340 or 436-015-0120. This request is being sent on \_\_\_\_\_.**

**Please send relevant medical records by \_\_\_\_\_ to:**

Requester's name: \_\_\_\_\_

Attention: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Phone no.: \_\_\_\_\_

Fax no.: \_\_\_\_\_

# Solicitud para Proveer Expedientes Médicos Relevantes para Reclamación de Compensación para Trabajadores de Oregon

(Request for Release of Medical Records for Oregon Workers' Compensation Claim)

**Para: Custodio de expedientes médicos** \_\_\_\_\_  
(To: Custodian of medical records)

Nombre (Name): \_\_\_\_\_

Dirección (Address): \_\_\_\_\_

**Información del trabajador** \_\_\_\_\_  
(Worker information)

Nombre (Name): \_\_\_\_\_

Número de reclamación de la aseguradora (Insurer claim number): \_\_\_\_\_

Fecha de la lesión (Date of injury): \_\_\_\_\_

**Autorización y firma del trabajador** \_\_\_\_\_  
(Worker authorization/signature)

Con mi firma, autorizo a los proveedores médicos y demás custodios de los archivos de la reclamación para proveer los expedientes médicos **relevantes** a mi(s) condición(es) reclamada(s) (abajo especificada) de compensación para trabajadores al solicitante abajo nombrado, como está provisto en ORS 656.252, OAR 436-010-0240 y OAR 436-060-0017. **La información médica relevante a la reclamación incluye la historia médica anterior de quejas o tratamiento de una condición similar a la presentada en la reclamación u otras condiciones relacionadas a la misma parte del cuerpo.**

(By my signature, I authorize medical providers and other custodians of the claim record to release medical records **relevant** to my workers' compensation claimed conditions (see below) to the requester named below, as provided in ORS 656.252, OAR 436-010-0240 and OAR 436-060-0017. **Medical information relevant to the claim includes a past history of complaints or treatments of a condition similar to that presented in the claim or other conditions related to the same body part.**)

*Firma del Trabajador:* \_\_\_\_\_ *Fecha:* \_\_\_\_\_  
(Worker's signature:) \_\_\_\_\_ (Date:) \_\_\_\_\_

**Condiciones reclamadas** (Solicitante: Listar abajo las condiciones específicas.) \_\_\_\_\_  
(Claimed conditions (Requester: List below; be specific:))

**Se requiere autorización separada para que la siguiente información sea provista** \_\_\_\_\_  
(Separate authorization is required for release of the following information)

- La participación del trabajador en programas de tratamiento de abuso de drogas y alcohol financiados federalmente bajo la Regulación Federal 42, CFR 2. (The worker's participation in federally funded drug and alcohol abuse treatment programs under Federal Regulation 42, CFR 2.)
- Información relacionada al HIV protegida bajo ORS 433.045(3). (HIV-related information protected by ORS 433.045(3))

**OAR 436-010-0240 requiere que los proveedores médicos respondan a una solicitud para expedientes médicos dentro de los 14 días siguientes a la fecha de la solicitud. No responder dentro de los 14 días a una solicitud enviada por correo certificado puede resultar en multas al proveedor médico bajo OAR 436-010-0340 ó 436-015-0120. La fecha de envío de esta solicitud es \_\_\_\_\_ . (OAR 436-010-0240 requires that medical providers respond to a request for medical records within 14 days of the date of the request. Failure to respond within 14 days to a request sent by certified mail may subject the medical provider to penalties under OAR 436-010-0340 or 436-015-0120. This request is being sent on \_\_\_\_\_.)**

**Por favor envíe los expedientes médicos relevantes no más tarde de: \_\_\_\_\_ a:  
(Please send relevant medical records by \_\_\_\_\_ to:**

Nombre del solicitante (Requester's name): \_\_\_\_\_

Atención (Attention): \_\_\_\_\_

Dirección (Address): \_\_\_\_\_ Teléfono (Phone): \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_

---

Nota: Personas que proveen información médica de acuerdo a las Reglas Administrativas de Oregon no tendrán responsabilidad legal alguna por proveer dicha información.

(Note: People who release medical information in accordance with Oregon Administrative Rules shall bear no legal liability for such disclosure.)



# 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

## »» To the Injured Worker:

On your first visit, please give this notice to any pharmacy listed on the back side to speed the processing of your approved workers' compensation prescriptions.

Questions or need assistance locating a participating retail network pharmacy? Call the Express Scripts Patient Care Contact Center at 800.945.5951.

### Atención Trabajador Lesionado:

En su primera visita, por favor entregue esta notificación a cualquier farmacia enumerada al reverso para acelerar el procesamiento de sus recetas aprobadas de compensación para trabajadores (según las pautas establecidas por su empleador).

Si tiene cualquier duda o necesita ayuda para localizar una farmacia de venta al por menor participante de la red, por favor llame al Centro de Contacto para Atención a Clientes de Express Scripts, al 800.945.5951.

## »» To the Pharmacist:

Express Scripts administers this workers' compensation prescription program. Please follow the steps below to submit a claim. Standard first fill shall not exceed a 14-day supply or a cost of \$150. This form is valid for up to 30 days from date of injury (DOI). Limitations may vary. For assistance, call Express Scripts at 888.786.9640.

### Pharmacy Processing Steps

Step 1: Enter BIN number 003858

Step 2: Enter processor control WC

Step 3: Enter the group number as it appears above

Step 4: Enter the injured worker's nine-digit ID number

Step 5: Enter the injured worker's first and last name

Step 6: Enter the injured worker's date of injury

### Express Scripts

ID#: \_\_\_\_\_

Your SSN is your temporary ID number; present to the pharmacy at the time prescription is filled. You will receive a new ID number shortly.

Date of Injury: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
MM/DD/YYYY

**G3YA**

Group #: \_\_\_\_\_

Employee Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Thank you** for using a participating retail network pharmacy. Even though there is no direct cost to you, it's important that we all do our part to help control the rising cost of healthcare.

*Please see other side for a list of participating retail network pharmacies.*

»» **To the Supervisor:** Please fill in the information requested for the injured worker.

### Employee Information

\_\_\_\_\_  
First M Last

\_\_\_\_\_  
Street Address or PO Box

\_\_\_\_\_  
City State ZIP

### Employer Name

\_\_\_\_\_



A & P	Drug Emporium	Longs Drug Store	Sav-On
Acme Pharmacy	Drug Fair	Major Value	Save Mart
Albertson's	Drug Town	Marsh Drugs	Schnucks
Albertson's/Acme	Drug World	Medic Discount	Scolari's
Albertson's/Osco	Eckerd	Medicap	Sedano
Albertson's/Sav-On	Econofoods	Medistat	Shaw's
Amerisource Bergen	EPIC Pharmacy	Meijer	Shop 'N Save
Anchor Pharmacies	Network	Minyard	Shopko
Arrow	FamilyMeds	NCS HealthCare	ShopRite
Aurora	Farm Fresh	Neighborcare	Snyder
Bartell Drugs	Farmer Jack	Network	Stop & Shop
Bigg's	Food City	Pharmaceuticals	Sun Mart
Bi-Lo	Food Lion	Northeast Pharmacy	Super Fresh
Bi-Mart	Fred's	Services	Super Rx
BJ's Wholesale Club	Gemmel	Osco	Target
Brooks	Giant	P & C Food Markets	Texas Oncology Srvs
Brookshire Brothers	Giant Eagle	Pamida	The Pharm
Brookshire Grocery	Giant Foods	Park Nicollet	Thrifty White
Bruno	Hannaford	Pathmark	Times
Carrs	Harris Teeter	Pavilions	Tom Thumb
Cash Wise	H-E-B	Price Chopper	Tops
Coborn's	Hi-School Pharmacy	Publix	Ukrop's
Costco	Hy-Vee	Quality Markets	United Drugs
Cub	Jewel/Osco	Raley's	United Supermarkets
CVS	Kash n Karry	Randalls	Vons
D&W	Keltsch	Rite Aid	Waldbaums
Dahl's	Kerr	Rosauers	Walgreens
Dierbergs	Kmart	Rx Express	Walmart
Discount Drugmart	Knight Drugs	RXD	Wegmans
Doc's Drugs	Kroger	Safeway	Weis
Dominicks	LeaderNet (PSAO)	Sam's Club	Winn Dixie



# \$1000 REWARD

For information leading to the arrest and conviction of any co-worker, health care professional, or the attorney representing a fraudulent workers compensation claim to Berkshire Hathaway Homestate Companies (BHHC)\*.

In most states, it is a felony to make or cause to be made a knowingly false or fraudulent material statement in order to obtain workers compensation benefits. BHHC believes that any party engaging in such fraud should be prosecuted to the fullest extent of the law, including jail sentences.

Please do your part to help! Putting criminals out of operation benefits all of us, including keeping your employer's premium rates reasonable.

Call our toll-free fraud hotline immediately  
if you have information on a fraudulent claim.

# 1 (800) 300-JAIL

\*Maximum reward of \$1,000 per conviction. In the event that more than one individual submits information regarding the same fraudulent claim, BHHC will equally divide the reward among those providing information used in obtaining the conviction. BHHC reserves the right to determine what information, if any, will be provided to the appropriate law enforcement agency. Criminal prosecutions are the sole responsibility of the authorities and may or may not be pursued at their discretion. Any issues regarding the interpretation of this policy shall be resolved by BHHC at their sole discretion. Program subject to change or termination without prior notice.



# \$1000 RECOMPENSA

Información que lleva al arresto y a la condena de cualquier compañero de trabajo, profesional de cuidado medico, o abogado que represente un reclamo fraudulento en contra de Berkshire Hathaway Homestate Companies\*.

En la mayoría de los estados es un delito grave hacer que haga una declaración de material fraudulento para obtener beneficios de Compensación al Trabajador. Berkshire Hathaway Homestate Companies cree que cualquier persona que se involucre en tal fraude debe ser procesado con todo el rigor de la ley, incluyendo SER SENTENCIADO A LA CARCEL.

Ayúdenos de su parte. El poner a estos delincuentes fuera de operaciones nos beneficia a todos, incluso esto ayuda a mantener los réditos bajos de la aseguranza de su empleador.

Si usted tiene información sobre un reclamo fraudulento por favor llame de inmediato a nuestra LINEA GRATUITA DE FRAUDE.

# 1 (800) 300-JAIL

\*La recompensa máxima es de \$1,000 por convicción. En caso de que más de una persona presente informaciones sobre la misma demanda fraudulenta. BerkshireHathaway dividirá la recompensa por partes iguales entre aquellas personas que aportaron informaciones para obtener la convicción. Berkshire Hathaway se reserva el derecho de determinar qué información presentará a la agencia judicial correspondiente. El proceso de crímenes es la responsabilidad exclusiva de las autoridades, que pueden decidir si el proceso debe entablarse or no. Cualquier disputa que pudiera surgir en la interpretación de esta oferta será resuelta por la propia Compañía de Seguros Berkshire Hathaway. Este programa está sujeto a cambios a cancelación sin aviso previo.