

Formulario de Acuse de Recibo del Empleado

Nombre del Empleado _____

Empleador _____

Fecha de Contratación _____

Empleador:

1. Deles el Folleto DWC de Tiempo de Contratación a los nuevos empleados cuando son contratados o para el final de su primer periodo de pago.
2. Una copia del formulario de Pre-designación (DWC-9783) esta adjunta con el folleto. Un empleado puede usarla para elegir por adelantado el que su doctor personal trate sus lesiones de trabajo.
3. Pídale al nuevo empleado que llene y firme la Sección Uno a continuación. Guarde una copia en su archivo de empleado.
4. Cuando usted se entere de que una lesión relacionada con el trabajo ha ocurrido, usted debe darle al empleado lesionado una copia del Aviso de la Red Médica de Proveedores del Empleado. Después, pídale al empleado que firme la Sección Dos de este formulario. Envíe una copia del formulario firmado a Omaha National.
5. Por favor contáctenos al 844-761-8400 si tiene alguna pregunta. Copias adicionales del folleto y los formularios se encuentran en nuestro sitio web en omahanational.com.

Empleado:

1. Este formulario confirma que su empleador le dio documentos sobre compensación de trabajadores.
2. Usted puede usar el formulario de pre-designación para elegir que su doctor personal lo atienda si usted se lesiona en el trabajo. Para hacer esto, usted debe:
 - a. Darle a su empleador una notificación por escrito de que usted quiere que su doctor personal lo atienda para lesiones de trabajo. La notificación debe ser proporcionada antes de que ocurra una lesión y necesita contener el nombre del doctor y la dirección;
 - b. Tener cobertura médica (para lesiones o enfermedades no relacionadas con el trabajo) bajo un plan, póliza, o fondo;
 - c. Hacer que su doctor personal este de acuerdo en tratarlo para lesiones de trabajo. El Aviso de la Red Médica de Proveedores del Empleado contiene información acerca de la Red Médica de Proveedores de Omaha National. También contiene información de cómo obtener cuidado médico para su lesión de trabajo.

Sección Uno: Confirmación del Folleto de DWC de Tiempo de Contratación y Formulario de Pre-designación

Yo confirmo que mi empleador me dio copias de los siguientes documentos:

- Folleto de DWC de Tiempo de Contratación
- Formulario DWC-9783 - Aviso de Pre-designación Del Doctor Personal (Adjunto con el Folleto de DWC de Tiempo de Contratación)
- Yo entiendo que es mi deber el decirle a mi empleador que tengo una lesión de trabajo en cuanto ocurra la lesión.

Firma _____
Nombre Impreso _____

Fecha _____

Sección Dos: Confirmación del Aviso de la Red Médica de Proveedores del Empleado

Yo confirmo que mi empleador me dio una copia del Aviso de la Red Médica de Proveedores (MPN) del Empleado. Yo entiendo que debo tratarme con un proveedor de la Red Médica de Proveedores a menos que yo haya elegido el ser tratado por mi doctor personal.

Yo he leído este formulario. Yo entiendo completamente todo su contenido. Yo he hecho preguntas sobre cualquier cosa que no me quedara clara. Yo estoy satisfecho con las respuestas que he recibido. Yo entiendo que tengo derecho pedir una copia de este formulario.

Firma _____
Nombre Impreso _____

Fecha _____