

# Labor Law Compliance Center

## GEORGIA SPANISH

Labor Law Compliance Center  
[posters@laborlawcc.com](mailto:posters@laborlawcc.com)  
[www.laborlawcc.com](http://www.laborlawcc.com)  
(800) 801-0597

# Georgia Labor Law Posters

Spanish

Posting Name & ID	Posting Requirements	Published Date
Equal Pay for Equal Work GA01	All employers	02/11
Unemployment Notice GA02	All employers	06/18
Vacation Unemployment Insurance GA03	All employers	02/12
Workers' Compensation Bill of Rights GA04	All employers	07/23
Workers' Compensation P1 Panel of Physicians GA05	All employers	07/23
Workers' Compensation Conformed Panel of Physicians GA06	All employers	07/06
Workers' Compensation P3 Managed Care Organization GA07	All employers	07/22



# ACTA DE IGUAL PAGO POR IGUAL TRABAJO

## DECLARACION

La Asamblea General de Georgia por esta Acta declara que la práctica de discriminación basada en sexo mediante el pago de menor salario a miembros de un sexo que el pagado a miembros del sexo opuesto por trabajo similar y que requiera el mismo, o esencialmente igual conocimiento, destreza, esfuerzo y responsabilidad, injustamente discrimina hacia la persona quien recibe el menor salario.

Se declara aqui que será la práctica del Estado de Georgia mediante el ejercicio de los poderes de vigilancia de este Estado, el corregir y tan rápidamente como sea posible, eliminar la discriminación de salario basado en sexo.

## PROHIBICION DE DISCRIMINACION

Ningun Empleador quien tiene empleados sujetos a cualquier provision de esta sección podra discriminar, dentro de cualquier establecimiento donde tales trabajadores están empleados, hacia trabajadores con base en sexo mediante el pago de sueldos menores que los pagados a miembros del sexo opuesto, EXCEPTO CUANDO TALES PAGOS SE HACEN DE ACUERDO A :

1. Un sistema de antigüedad en el empleo. (Señorío).
2. Un sistema de Servicio Civil (Merit System)
3. Un sistema de salario basado en cantidad o cualidad de producción, o
4. Una diferencia en salario basada en cualquier otro factor que no sea SEXO, siempre que el Empleador que se encuentre pagando una diferencia de salario en violación de esta sub-sección no reduzca el salario básico del empleado para dar cumplimiento.

Asimismo es ilegal que alguna persona cause o atente a causar que un Empleador discrimine hacia un empleado en violación de las disposiciones de este Capítulo.

Es ilegal el que una persona despida o discrimine en cualquier otra forma hacia una persona cubierta por este Capítulo porque el empleado haya reclamado contra el empleador o cualquier otra persona o haya iniciado o tomado parte en la iniciación de algun proceso relacionado con este Capítulo o ha sido testigo o esté a punto de atestiguar en tales procesos. La persona que viole cualquier estipulación de este Código será, previa convicción, sancionado con una multa máxima de \$100.00. (OCGA Sección 34-5-3)

PARA INFORMACION DE IGUAL PAGO POR IGUAL TRABAJO, DIRIJASE A:

Georgia Department of Labor  
Office of Equal Opportunity  
148 Andrew Young International Blvd., N.E.  
Atlanta, Georgia 30303-1751

PARA CARTELES ADICIONALES LLAME AL TELEFONO: (404) 232-3392

**DEBE EXHIBIRSE EN LUGAR VISIBLE DE ACUERDO CON LA LEY**

GEORGIA DEPARTMENT OF LABOR  
(Departamento del Trabajo de Georgia)

An Equal Opportunity Employer  
(Empleador con Igualdad de Oportunidades)

DOL-4107SP (12/03)

**GA01S**



**Labor Law Compliance Center**  
(800) 801-0597

[www.laborlawcc.com](http://www.laborlawcc.com)





# SEGURO DE DESEMPLEO PARA EMPLEADOS

Su empleo está cubierto por la Ley de Seguridad en el Empleo. Es posible que pueda establecer una reclamación ante el Seguro de Desempleo si queda TOTAL o PARCIALMENTE desempleado por causas ajenas a su voluntad y si cumple con todos los requisitos.

**IMPORTANTE:** A FIN DE RECIBIR LOS BENEFICIOS DEL SEGURO DE DESEMPLEO, USTED PUEDE HACER UNA RECLAMACIÓN A TRAVÉS DE INTERNET EN [dol.georgia.gov](http://dol.georgia.gov). TAMBIÉN PUEDE HACER SU RECLAMACIÓN EN PERSONA, EN CUALQUIERA DE LOS CENTROS VOCACIONALES DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO DE GEORGIA (GDOL) QUE SE MENCIONAN A CONTINUACIÓN.

## LA LEY DE SEGURIDAD DEL EMPLEO DE GEORGIA ESTABLECE QUE POR CADA SEMANA EN LA QUE USTED RECLAMA BENEFICIOS DE DESEMPLEO, USTED DEBE:

- **Estar DESEMPLEADO/A, APTO/A para trabajar, DISPONIBLE para trabajar, EN BÚSQUEDA ACTIVA DE TRABAJO, y estar dispuesto/a a aceptar de inmediato un trabajo adecuado.**
- **Registrarse para servicios de empleo en el Departamento de Trabajo de Georgia.**
- **Informar semanalmente sus contactos de búsqueda de empleo, todos los ingresos de cada semana y cualquier empleo que haya rechazado.**

## AVISO

Los empleadores no pueden deducir dinero de los cheques de sueldo de los empleados para pagar el impuesto del seguro de desempleo. El financiamiento de los beneficios del seguro de desempleo proviene de los impuestos pagados por los empleadores.

### OFICINAS DONDE PUEDE PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN DEL SEGURO DE DESEMPLEO

ALBANY	CAIRO	DALTON	LAFAYETTE	THOMSON
AMERICUS	CARROLLTON	DEKALB	LAGRANGE	TIFTON
ÁREA DE HABERSHAM	CARTERSVILLE	DOUGLAS	MACON	TOCCOA
ATHENS	COBB/CHEROKEE	DUBLIN	MILLEDGEVILLE	VALDOSTA
ATLANTA	COLUMBUS	EASTMAN	MOULTRIE	VIDALIA
AUGUSTA	CONDADO DE CLAYTON	GAINESVILLE	ROME	WAYCROSS
BAINBRIDGE	CONDADO DE GWINNETT	GRIFFIN	SAVANNAH	
BLUE RIDGE	CONDADO DE HOUSTON	HINESVILLE	STATESBORO	
BRUNSWICK	COVINGTON	KINGS BAY	THOMASVILLE	

## DEPARTAMENTO DEL TRABAJO DE GEORGIA

Empleador/Programa con igualdad de oportunidades laborales • Se cuenta con ayuda y servicios auxiliares disponibles a solicitud para personas con discapacidades

GA02S



DOL-810 SP (R-06/18)  
Labor Law Compliance Center  
(800) 801-0597

[www.laborlawcc.com](http://www.laborlawcc.com)



# VACACIONES

## SEGURO DE DESEMPLEO

### NO SE PAGA

CUANDO USTED ESTA EN:

- AUSENCIA AUTORIZADA, QUE USTED HA SOLICITADO.
- VACACIONES PAGADAS
- VACACIONES SIN PAGO, hasta por dos (2) semanas en el Año de calendario de acuerdo a un CONTRATO DE TRABAJO, o por COSTUMBRE, PRACTICA O REGLAMENTO ESTABLECIDOS POR SU EMPLEADOR.

PARAGRAFO (a)(3) SECCION 34-8-195 de OCGA

**GEORGIA DEPARTMENT OF LABOR**  
**DEPARTAMENTO DE TRABAJO DE GEORGIA**

# JUNTA ESTATAL DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES DE GEORGIA

## DECLARACIÓN DE DERECHOS PARA EL TRABAJADOR LESIONADO

Según lo requiere la Ley O.C.G.A. §34-9-81.1, esto es un recuento de sus derechos y responsabilidades. La Ley de Compensación de Trabajadores le provee a usted, como trabajador en el Estado de Georgia, ciertos derechos y responsabilidades si usted se lesiona en el trabajo. La Ley de Compensación de Trabajador lo provee a usted con cobertura de lesiones relacionadas con el trabajo aunque su lesión sea en el primer día de trabajo. Además de sus derechos, usted también tiene ciertas responsabilidades. Sus derechos y responsabilidades están descritos abajo.

### Derechos de los Empleados

1. Si usted se lesiona en el trabajo, usted puede recibir rehabilitación médica y beneficios de ingresos. Estos beneficios son proveídos para ayudarlo a regresar al trabajo. También sus dependientes pueden recibir beneficios si usted muere como resultado de lesiones recibidas en el trabajo.
2. Se le requiere a su empleador que anuncie una lista de seis doctores o por lo menos el nombre de un WC/ MCO certificado que provee cuidados médicos, al menos que la Junta halla otorgado una excepción. Usted puede escoger un doctor de la lista sin el permiso de su empleador. Sin embargo, en una emergencia, usted puede recibir asistencia medica temporaria de cualquier otro medico hasta que la emergencia termine después usted debe recibir tratamiento de los médicos que se anuncian en la lista.
3. Sus cuentas médicas autorizadas, cuentas de hospital, rehabilitación en algunos casos, terapia física, recetas y gastos de transporte serán pagados si la lesión fue ocasionada por un accidente en el trabajo. Todas las lesiones que ocurren en o antes 30 de junio de 2013 se tendrá derecho a beneficios médicos de por vida. Si el accidente ocurrió en o 1 de julio del 2013 el tratamiento médico será limitado a un máximo de 400 semanas a partir de la fecha del accidente. Si su lesión es catastrófica en la naturaleza que puede tener derecho a beneficios médicos de por vida.
4. Usted tiene derecho a recibir beneficios de ingresos semanales si usted ha perdido tiempo por más de siete días debido a una lesión. Su primer cheque debe ser enviado a usted dentro de 21 días, después del primer día que faltó al trabajo. Si esta fuera más de 21 días consecutivos debido a su lesión, se le pagara la primera semana.
5. Los accidentes son clasificados ya sea catastróficos o no catastróficos. Lesiones catastróficas son las que envuelven amputación, parálisis severas, lesiones severas de la cabeza, quemaduras severas, ceguera que prevenga al empleado a que pueda realizar el o ella su trabajo anterior o cualquier otro trabajo disponible en numero considerable dentro de la economía nacional. En casos catastróficos usted tiene derecho a recibir un promedio de dos terceras partes de su ingreso semanal pero no más de \$800 por semana por una lesión relacionada con el trabajo durante todo el tiempo que usted no pueda regresar a su trabajo. Usted también tiene derecho a recibir beneficios médicos y de rehabilitación. Si usted necesita ayuda en esta área llame a la Junta Estatal de Compensación de Trabajadores al (404) 656-0849.
6. En todos los otros casos (no catastróficos) usted tiene el derecho a recibir dos terceras partes de su sueldo promedio semanal pero no más de \$800 por semana de una lesión relacionada de trabajo, usted recibirá estos beneficios mientras usted este incapacitado. Pero no más de 400 semanas si no esta trabajando y se determina que usted esta capacitado a desempeñar con restricción por 52 semanas consecutivas o 78 semanas agregadas sus ingresos semanales serán reducidos a dos terceras partes de su sueldo promedio pero no más de \$533.33 por semana, que no excedan 350 semanas.
7. Cuando usted pueda regresar a trabajar pero solo pueda conseguir empleo de salario bajo como resultado de su lesión usted tiene derecho a un beneficio semanal de no más de \$533.33 por semana pero no más de 350 semanas.
8. En caso de que usted muera como resultado de un accidente en el trabajo, su dependiente (s) recibirán para gastos de entierro \$7,500 y dos terceras partes de su sueldo promedio semanal, pero no más de \$800 por semana. Una esposa viuda sin niños se le pagara un máximo de \$320,000 en beneficios continuos hasta que EL/ELLA se vuelva a casar o abiertamente cohabite con una persona del sexo opuesto.
9. Si usted no recibe beneficios cuando sea debido, la compañía de seguro/empleador debe de pagar penalidades, que se agregaran a sus pagos.

### Responsabilidades de los Empleados

1. Usted debe de seguir las reglas escritas de seguridad y otras pólizas razonables y procedimientos del empleador.
2. Usted debe reportar cualquier accidente inmediatamente, pero no más tarde de 30 días después del accidente, a su empleador, los representantes del empleador, su capataz o supervisor inmediato. Fallar en hacerlo puede resultar en la pérdida de sus beneficios.
3. Un empleado tiene la continua obligación de cooperar con proveedores médicos en el curso de su tratamiento relacionado con lesiones de trabajo. Usted debe aceptar tratamientos médicos razonables y servicios de rehabilitación cuando sean ordenados por la Junta Estatal de Compensación de Trabajadores o la Junta puede suspender sus beneficios.
4. No se permitirá compensación por una lesión o muerte debido a una conducta mal intencionada de los empleados.
5. Debe de notificar a la compañía de seguro/empleador de su dirección cuando se mude a un nuevo lugar. Usted debe notificar a la compañía de seguros/empleador cuando usted halla regresado a trabajar de tiempo completo o medio tiempo y reportar la cantidad de su salario semanal porque usted puede tener derecho a algún beneficio de ingreso aun así halla regresado al trabajo.
6. Una esposa dependiente de un empleado difunto debe notificar a la compañía de seguro/ empleador de cambios de dirección o nuevo matrimonio.
7. Usted debe intentar un trabajo aprobado por su medico autorizado aunque el pago sea mas bajo que en el trabajo que usted tenia cuando se lesionó, si usted no intenta el trabajo sus beneficios pueden ser suspendidos.
8. Si usted cree que debe recibir beneficios y su compañía de seguros/empleador niega estos beneficios. Usted debe de hacer un reclamo dentro de un año después del ultimo tratamiento medico o dentro de dos años de su último pago de beneficios semanales o usted perderá sus derechos a estos beneficios.
9. Si su (s) dependiente (s) no reciben beneficio de pagos permitidos. El dependiente debe hacer un reclamo con la Junta Estatal de Compensación de Trabajadores dentro de un año después de su muerte o perderán los derechos a estos beneficios.
10. Algún pedido de reembolso a usted por millas o otros gastos relacionados con tratamiento medico debe ser sometidos a la compañía de seguros/empleador dentro de un año del día que los gastos fueron incurridos.
11. Si un empleado injustificadamente rehúsa a someterse a una prueba de droga después de una lesión en el trabajo habrá una presunción de que el accidente y lesión fueran causados por droga o alcohol. Si la presunción no se sobrepone por otras evidencias, algún reclamo hecho para beneficios de compensación de Trabajador serán negados.
12. Usted será culpable de un delito menor y una vez convicto debe ser castigado con una multa de no más de \$10,000.00 o encarcelamiento de hasta 12 meses o las dos, por hacer declaraciones falsas o engañosos testimonios cuando reclame beneficios. También cualquier declaración falsa o evidencia falsa dadas bajo juramento durante el curso de alguna audiencia de división de apelación o administración es perjurio.

La Junta de Compensación de Trabajadores le proporcionará la información relativa a la manera de presentar una reclamación y responderá a cualquier preguntas adicionales sobre sus derechos en virtud de la ley. Si usted llama en la zona de Atlanta, el teléfono es el (404) 656-3818 y fuera de la zona metropolitana de Atlanta, llame al 1-800-533-0682, o escriba a la Junta Estatal de Compensación de Trabajadores a 270 Peachtree Street, NW, Atlanta, Georgia 30303-1299 o visita sitio web: <https://www.sbwcc.georgia.gov>. No es necesario tener un abogado para presentar una reclamación a la Junta; sin embargo, si usted cree que necesita los servicios de un abogado y no tiene uno propio, usted puede ponerse en contacto con el Servicio de Referencia de Abogados (Lawyers Referral Service) al teléfono (404) 521-0777 o al 1-800-334-6865.

SI USTED TIENE PREGUNTAS LLAME AL (404) 656-3818 O 1-800-533-0682 O VISITA SITIO WEB: <https://www.sbwcc.georgia.gov>  
CUALQUIER DECLARACIÓN FALSA Y DELIBERADA PARA OBTENER O NEGAR BENEFICIOS ES UNA OFENSA CRIMINAL Y ES SUJETO A PENALIDADES DE HASTA \$10,000 POR CADA VIOLACIÓN (O.C.G.A. §34-9-18 Y §34-9-19).

REVISIÓN 07/2023

WC-BILL OF RIGHTS

GA04S



Labor Law Compliance Center  
(800) 801-0597

[www.laborlawcc.com](http://www.laborlawcc.com)





# PANEL DE DOCTORES

## AVISO OFICIAL

Esta compañía opera bajo las Leyes de Compensación de Trabajadores de Georgia

**LOS TRABAJADORES DEBEN REPORTAR TODOS LOS ACCIDENTES INMEDIATAMENTE AL EMPLEADOR Y AVISAR AL EMPLEADOR PERSONALMENTE, UN AGENTE, REPRESENTANTE, PATRON, SUPERVISOR O CAPATAZ.**

Si un trabajador es lesionado en el trabajo el empleador debe pagar gastos médicos y rehabilitación dentro de los límites de la ley. En algunos casos el empleador también pagara una parte de los salarios perdidos de los empleados.

Lesiones de trabajo y enfermedades ocupacionales deben ser reportados por escrito cuando sea posible. El trabajador puede perder el derecho a recibir compensación si un accidente no es reportado dentro de 30 días (referencia O.C.G.A. § 34-9-80).

El empleador ofrecerá sin costo alguno, si es pedido, un formulario para reportar accidentes y también debe suministrar, sin costo alguno, información acerca de compensación de trabajadores. El empleador también debe suministrar al empleado, cuando sea pedido, copias de formularios de la Junta archivados con el empleador pertenecientes a reclamos de los empleados.

Un trabajador lesionado en el trabajo debe seleccionar un doctor de la lista abajo. El panel mínimo debe consistir de por lo menos seis médicos, incluyendo un cirujano ortopédico con no más de dos médicos de clínicas industriales (referencia O.C.G.A. § 34-9-201). Además, este panel debe incluir un medico minoritario, cuando sea posible (vea la regla 201 de definición de médicos minoritarios.) La Junta puede otorgar excepciones al tamaño requerido del panel donde se demuestre que más de cuatro médicos no son razonablemente accesibles. Un cambio de un doctor a otro en la lista se puede hacer fin permiso. Cambios adicionales requieren el permiso del empleador o de la Junta Estatal de Compensación de Trabajadores.

**La compañía de seguro que provee cobertura para esta Empresa bajo la ley de Compensación de Trabajadores es:**

Nombre de la compañía de seguridad: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Instrucciones para el trabajador lesionado: Por favor de revisar la información de contacto de los siguientes proveedores médicos y seleccionar el proveedor de quien quiere recibir tratamiento médico.

**Información de contacto del proveedor médico: Nombre, dirección, teléfono, y sitio web enumerados a continuación abajo:**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.

(Proveedores médicos adicionales se pueden agregar en página adicional)

Este cuadro es marcado si es que proveedores médicos adicionales son enumerados en página adicional.

SI USTED TIENE PREGUNTAS LLAME AL (404) 656-3818 o 1-800-533-0682 o VISITA SITIO WEB: <https://www.sbbc.georgia.gov>

HACER FALSOS TESTIMONIOS VOLUNTARIAMENTE CON EL PROPÓSITO DE OBTENER O NEGAR BENEFICIOS ES UN CRIMEN SUJETO A PENALIDADES DE HASTA 10,000.00 POR VIOLACIÓN (O.C.G.A. §34-9-18 Y §34-9-19.)

WC-P1 (7/2023)



# AVISO OFICIAL

## PANEL CONFORMADO

Esta compañía opera bajo las leyes de compensación de Trabajadores de Georgia.

**LOS TRABAJADORES DEBEN REPORTAR TODOS LOS ACCIDENTES INMEDIATAMENTE AL EMPLEADOR Y AVISARLE AL EMPLEADOR PERSONALMENTE, UN AGENTE, REPRESENTANTE, JEFE, SUPERVISOR, O CAPATAZ.**

Si un trabajador es lesionado en el trabajo, el empleador debe pagar gastos médicos y rehabilitación dentro de los límites de la ley. En algunos casos el empleador también le pagara una parte de los salarios perdidos. Lesiones de trabajo y enfermedades ocupacionales deben ser reportados por escrito cuando sea posible. El trabajador puede perder el derecho a recibir compensación si un accidente no es reportado dentro de 30 días (referencia O.C.G.A. § 34-9-80). El empleador ofrecerá sin costo alguno, si es pedido, un formulario para reportar accidentes y también debe suministrar sin costo alguno, información acerca de compensación de trabajadores. El empleador también debe suministrar al empleado, cuando sea pedido, copias de formularios de la junta archivados con el empleador pertenecientes a reclamos de empleados.

Un trabajador lesionado en el trabajo debe seleccionar un medico de la lista de abajo. El mínimo panel conformado debe consistir de por lo menos 10 Médicos, incluyendo un Cirujano Ortopédico, un Cirujano General, y un Quiropráctico, y no más de dos Médicos de Clínicas Industriales (referencia O.C.G.A. § 34-9-201). Además, este panel debe incluir un medico de minoría, cuando sea posible (Vea Regla 201 para definición de Médicos Minoritarios.) Un cambio de medico de la lista puede hacerse sin permiso. Cambios adicionales requieren permiso del empleador o de la Junta Estatal de Compensación de Trabajadores.

### Junta Estatal de Compensación de Trabajadores

270 Peachtree Street, N.W.  
Atlanta, Georgia 30303-1299  
404-656-3818  
o 1-800-533-0682  
<http://www.sbcw.georgia.gov>

\_\_\_\_\_  
nombre/dirección/teléfono

\_\_\_\_\_  
nombre/dirección/teléfono

\_\_\_\_\_  
nombre/dirección/teléfono

\_\_\_\_\_  
nombre/dirección/teléfono

\_\_\_\_\_  
nombre/dirección/teléfono

\_\_\_\_\_  
nombre/dirección/teléfono

\_\_\_\_\_  
nombre/dirección/teléfono

\_\_\_\_\_  
nombre/dirección/teléfono

\_\_\_\_\_  
nombre/dirección/teléfono

\_\_\_\_\_  
nombre/dirección/teléfono

(Médicos adicionales pueden ser agregados en una hoja separada.)

La compañía de seguro que provee cobertura para esta empresa bajo la ley de Compensación de Trabajadores es:

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
dirección

\_\_\_\_\_  
teléfono

SI USTED TIENE PREGUNTAS LLAME AL (404) 656-3818 o 1-800-533-0682 o VISITA SITIO WEB: <http://www.sbcw.georgia.gov>

HACER FALSOS TESTIMONIOS VOLUNTARIAMENTE CON EL PROPÓSITO DE OBTENER O NEGAR BENEFICIOS ES UN CRIMEN SUJETO A PENALIDADES DE HASTA 10,000.00 POR VIOLACIÓN ( O.C.G.A. §34-9-18 Y §34-9-19.)

WC-P2 (7/2006)





(Este aviso debe ser puesto en un lugar accesible al empleado todo el tiempo.)

# PROCEDIMIENTOS ORGANIZATIVOS DE WIDADOS ADMINISTRADOR AVISO OFICIAL

Esta compañía opera bajo las Leyes de Compensación de Trabajadores de Georgia

**LOS TRABAJADORES DEBEN REPORTAR TODOS LOS ACCIDENTES INMEDIATAMENTE AL EMPLEADOR Y AVISARLE AL EMPLEADOR PERSONALMENTE, UN AGENTE, REPRESENTANTE, FEJE O CAPATAZ.**

Si un trabajador se lesiona en el trabajo, el empleador debe pagar los gastos médicos y de rehabilitación dentro de los límites de la ley. En algunos casos el empleador también pagará una parte de los ingresos perdidos. Lesiones de trabajo y de enfermedades ocupacionales deben ser reportado por escrito cuando sea posible. El trabajador puede perder los derechos de recibir compensación si un accidente no es reportado dentro de 30 días (referencia O.C.G.A. § 34-9-80). El empleador ofrecerá una planilla sin costo alguno cuando sea pedida para reportar accidentes y también sin costo alguno, puede suministrar información acerca de compensación de trabajadores. El empleador también suministrará, si es pedido, al empleado, copias de planillas de la junta archivadas con el empleador pertenecientes a reclamos de los empleados.

La compañía de seguro que provee cobertura para esta Empresa bajo la Ley de Compensación de Trabajadores es:

\_\_\_\_\_

Asegurador Nombre

\_\_\_\_\_

Dirección

\_\_\_\_\_

Teléfono

Su empleador esta matriculado con la organización administrativa de cuidados de compensación de trabajadores (WC/MCO) inscrito abajo, para proveer todos los tratamientos médicos necesarios en lesiones de compensación de Trabajadores. El día efectivo aparece debajo. Si usted a tenido una lesión antes de la fecha efectiva inscrito abajo, usted puede continuar recibiendo tratamiento por su actual medico no-participante hasta que usted elija utilizar los servicios de WC/MCO.

Cada empleado se le proveerá una publicación la cual explica en detalles como adquirir los servicios de la (WC/MCO) y se le proveerá con una lista completa de los médicos proveedores disponibles. Y además, cada empleado recibirá una tarjeta tamaño billetera que contiene información de los servicios de la WC/MCO incluyendo un numero disponible las 24 horas con mensaje grabados con información de como utilizar los servicios.

NOMBRE DE WC/MCO \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_

AREA DE SERVICIO GEOGRAFICO \_\_\_\_\_

NOMBRE DE PERSONA DE CONTACTO \_\_\_\_\_

NUMERO DE TELEFONO DE PERSONA DE CONTACTO \_\_\_\_\_

DIRECCION DE PERSONA DE CONTACTO \_\_\_\_\_

NUMERO DE TELEFONO DE 24 HORAS \_\_\_\_\_

FECHA EFECTIVA DE WC/MCO \_\_\_\_\_

SI USTED TIENE PREGUNTAS LLAME AL (404) 656-3818 o 1-800-533-0682 o VISITA SITIO WEB: <https://sbwc.georgia.gov>

HACER FALSOS TESTIMONIOS VOLUNTARIAMENTE CON EL PROPÓSITO DE OBTENER O NEGAR BENEFICIOS ES UN CRIMEN SUJETO A PENALIDADES DE HASTA 10,000.00 POR VIOLACIÓN (O.C.G.A. § 34-9-18 Y § 34-9-19.)

WC-P3 (7/2022)

GA07S



Labor Law Compliance Center  
(800) 801-0597

[www.laborlawcc.com](http://www.laborlawcc.com)

