

**GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA  
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE EMPLEO  
OFICINA DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES  
4058 MINNESOTA AVENUE, N.E.  
WASHINGTON, DC 20019  
(202) 671-1000  
(202) 671-1929 (fax)**

Advertencia: Es un crimen proporcionar información falsa o engañosa a un asegurador para defraudarlo o defraudar a cualquier otra persona. Las multas incluyen el encarcelamiento o multas. Asimismo, un asegurador puede denegar beneficios de seguro si el solicitante proporcionó información falsa relacionada materialmente en una reclamación.

## **AVISO DE CONFORMIDAD A LOS EMPLEADOS**

1. La ley le exige que reporte cuanto antes a su empleador y a la Oficina de Compensación para Trabajadores una lesión o enfermedad ocupacional, incluso aunque considere que es pequeña. Para ello debe utilizarse el Formulario DCWC 7, Aviso de Lesión Accidental o Enfermedad Ocupacional del Empleado, que puede obtenerse del empleador o de la Oficina de Compensación para Trabajadores. Después de haberlo completado y firmado, debería enviarlo por correo a la Oficina de Compensación para Trabajadores, a la dirección que figura arriba, y a su empleador.
2. Tiene derecho, si se solicita, a los servicios de un médico u hospital de su elección y a la recuperación de salarios perdidos. Llame al (202) 671-1000 para obtener información al respecto.
3. No puede iniciar pleito contra su empleador como resultado de una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. La ley de Compensación para Trabajadores es su único remedio.
4. Para mantener su derecho a beneficios en virtud de la Ley de Compensación para Trabajadores, debe presentar una reclamación por escrito en el Formulario DCWC 7a, Solicitud de Reclamación del Empleado, dentro de un (1) año después de la fecha de su lesión, o dentro de un (1) año del último pago de beneficios.
5. Si desea información referente a sus derechos y obligaciones estipulados por ley, puede llamar primero a su empleador. Si necesita más información, puede llamar a la Oficina de Compensación para Trabajadores, al (202) 671-1000.
6. La ley le da el derecho a obtener representación si lo desea.

## **A LOS EMPLEADORES**

1. Tiene la obligación de tener cobertura de seguro de Compensación para Trabajadores si tiene 1 o más empleados.
2. Tiene la obligación de mostrar este póster en todos los lugares de trabajo para beneficio de sus empleados.
3. Debe presentar un Formulario DCWC 8, Reporte Inicial del Empleador de Lesión o Enfermedad Ocupacional, a la Oficina de Compensación para Trabajadores, enviando una copia del mismo a la oficina de reclamaciones más cercana de su compañía de seguros, para todas las lesiones o enfermedades ocupacionales, cuanto antes, a más tardar 10 días después de la fecha en que tuvo conocimiento de las mismas.
4. Su empleado debe presentar el Formulario DCWC 7, Aviso de Lesión Accidental o Enfermedad Ocupacional del Empleado. Por favor, proporcione a su empleado un Formulario DCWC 7 e indíquele que lo complete y se lo devuelva a usted y a la Oficina de Compensación para Trabajadores. Una vez que haya recibido aviso del empleado, tiene que enviarle un aviso de sus derechos y obligaciones por correo certificado, solicitando acuse de recibo.
5. Debe reportar a la Oficina de Compensación para Trabajadores, y a su asegurador, toda discapacidad superior a 3 días que no haya sido reportada anteriormente, cuanto antes, a más tardar 10 días después de la fecha en que tuvo conocimiento de la misma.
6. Debe proporcionar o hacer que se proporcione, servicios médicos y hospitalarios razonables, otra atención de remedio o rehabilitación vocacional, y diversos tipos de compensación por discapacidad a un empleado lesionado o discapacitado.
7. Debe obtener del asegurador identificado abajo, un suministro de todos los Formularios de Compensación para Trabajadores requeridos, o puede descargar los formularios y el aviso mencionado arriba en nuestro sitio web: <http://www.does.dc.gov>

**AVISO:** La infracción de las diversas disposiciones de la ley de Compensación para Trabajadores conllevará penalidades civiles.

Por la presente, el empleador suscrito da aviso de conformidad con todas las disposiciones de la Ley de Compensación para Trabajadores y sus Reglas Administrativas.

**NOMBRE DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA**

**NOMBRE DEL EMPLEADOR**

POR \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Número de identificación del empleador  
(Si se desconoce, el empleador debe solicitarlo al IRS)

**ESTE AVISO DEBE PUBLICARSE CONSPICUAMENTE EN LOS LUGARES DE OPERACIÓN DEL EMPLEADOR**  
FORMULARIO 1 DCWC Revisado en junio de 2002