

# WORKERS' COMPENSATION INFORMATION

(1) The workers' compensation law provides wage loss and medical benefits to employees who cannot work, or who need medical care, because of a work-related injury.

(2) Benefits are required to be paid by your employer when self-insured, or through insurance provided by your employer. Your employer is required to post the name of the company responsible for paying workers' compensation benefits at its primary place of business and at its sites of employment in a prominent and easily accessible place, including, without limitation, areas used for the treatment of injured employees or for the administration of first aid.

(3) You should report immediately any injury or work-related illness to your employer.

(4) Your benefits could be delayed or denied if you do not notify your employer immediately.

(5) If your claim is denied by your employer, you have the right to request a hearing before a workers' compensation judge.

(6) The Bureau of Workers' Compensation cannot provide legal advice. However, you may contact the Bureau of Workers' Compensation for additional general information at: Bureau of Workers' Compensation, 1171 South Cameron Street, Room 103, Harrisburg, Pennsylvania 17104-2501; telephone number within Pennsylvania (800) 482-2383; telephone number outside of this Commonwealth (717) 772-4447; TTY (800) 362-4228 (for hearing and speech impaired only); [www.state.pa.us](http://www.state.pa.us), PA Keyword: workers comp.

## EMPLOYEE INITIAL ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF WORKERS' COMPENSATION INFORMATION

**I HEREBY ACKNOWLEDGE THAT I HAVE RECEIVED AND READ THE WORKERS' COMPENSATION INFORMATION PROVIDED HEREIN.**

\_\_\_\_\_  
Employee Name

\_\_\_\_\_  
Employee Signature

\_\_\_\_\_  
Date

**EMPLOYEE ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF WORKERS' COMPENSATION INFORMATION AT OR SOON AFTER THE TIME OF CLAIMED WORK INJURY  
I HEREBY ACKNOWLEDGE THAT I HAVE AGAIN RECEIVED AND RE-READ THE WORKERS' COMPENSATION INFORMATION PROVIDED HEREIN.**

\_\_\_\_\_  
Employee Name

\_\_\_\_\_  
Employee Signature

\_\_\_\_\_  
Date

## INFORMACIÓN DE LA REMUNERACIÓN DE LOS TRABAJADORES

(1) El workers' la ley de la remuneración proporciona pérdida del salario y ventajas médicas a los empleados que no pueden trabajar, o que necesitan asistencia médica, debido a lesión relacionada con el trabajo.

(2) Las ventajas se requieren para ser pagadas por su patrón cuando los uno mismo-asegurados, o con el seguro proporcionado por su patrón. Requieren a su patrón fijar el nombre de la compañía responsable de pagar workers' ventajas de la remuneración en su lugar del negocio primario y en sus sitios del empleo en un lugar prominente y fácilmente accesible, incluyendo, sin la limitación, las áreas usadas para el tratamiento de empleados dañados o para la administración de los primeros auxilios.

(3) Usted debe divulgar inmediatamente cualquier lesión o enfermedad relacionada con el trabajo a su patrón.

(4) Sus ventajas podrían ser retrasadas o ser negadas si usted no notifica a su patrón inmediatamente.

(5) Si su demanda es negada por su patrón, usted tiene la derecha de solicitar una audiencia antes de un workers' juez de la remuneración.

(6) La oficina de Workers' La remuneración no puede proporcionar asesoramiento jurídico. Sin embargo, usted puede entrar en contacto con la oficina de Workers' Remuneración para la información de carácter general adicional en: Oficina de Workers' Remuneración, calle del sur de 1171 Cameron, sitio 103, Harrisburg, Pennsylvania 17104-2501; número de teléfono dentro de Pennsylvania (800) 482-2383; número de teléfono fuera de la esta Commonwealth (717) 772-4447; Equipo teleescritor (800) 362-4228 (para la audiencia y el discurso deteriorados solamente); [www.state.pa.us](http://www.state.pa.us), palabra clave del PA: compartimiento de los trabajadores.

### **ACUSE INICIAL DEL EMPLEADO DE RECIBO DE WORKERS' INFORMACIÓN DE LA REMUNERACIÓN**

RECONOZCO POR ESTE MEDIO QUE HE RECIBIDO Y LEÍ EL WORKERS' LA INFORMACIÓN DE LA REMUNERACIÓN PROPORCIONÓ ADJUNTO.

\_\_\_\_\_  
Nombre del empleado

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha

### **ACUSE DE EMPLOYEE DE RECIBO DE WORKERS' INFORMACIÓN DE LA REMUNERACIÓN EN O PRONTO DESPUÉS DE LA ÉPOCA DE LA LESIÓN DE TRABAJO DEMANDADA**

RECONOZCO POR ESTE MEDIO QUE HE RECIBIDO Y RELEÍA OTRA VEZ EL WORKERS' LA INFORMACIÓN DE LA REMUNERACIÓN PROPORCIONÓ ADJUNTO.

\_\_\_\_\_  
Nombre del empleado

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha