



York Risk Services Group

PO Box 619079

Roseville, CA 95661

Toll Free York for New Claims 1-888-INS-YORK York FAX 866-548-2637

For General Questions Please Call 661-775-4060

WORKERS' COMPENSATION INJURY REPORT KIT

These materials are to be used to report an on-the-job injury or illness.

INJURIES MUST BE REPORTED WITHIN 24 HOURS!

1. **EMPLOYEE'S CLAIM FOR WORKERS' COMPENSATION BENEFITS (DWC-1)**
(Can be photocopied, in its entirety)

The Employer provides this form to the injured Employee within twenty-four (24) hours of **knowledge of injury**.

- A. Employee completely reads and fills-in #s 1-8
- B. Employee keeps the green copy and returns the other copies to the Employer.
- C. The Employer completes #s 9-18
(Note #14 is York)
- D. The Employer sends the yellow copy to York and keeps the other copies on file.

2. **MEDICAL CARE**

In an emergency, please contact 911. Otherwise, refer the employee to one of the facilities identified on the WellComp Medical Provider Network website at www.Wellcomp.com. See the enclosed flyer for directions on how to access the website.

3. **REPORT OF OCCUPATIONAL INJURY OR ILLNESS (5020)**

Within 24 hours of your knowledge report the claim to the York First Report of Injury Center (FRI) by calling 1-888-INS-YORK. You will need to be prepared to provide the call center with the information necessary to complete the California Report of Occupational Injury or Illness (Form 5020). A sample is enclosed for your reference.

4. **POSTING NOTICES ARE ALSO PROVIDED IN THIS PACKAGE. IMMEDIATELY DISPLAY THESE NOTICES IN A LOCATION THAT IS EASILY SEEN BY ALL EMPLOYEES!!**

REMEMBER!
A copy of item 1
MUST be sent to York

Any person who makes or causes to be made any knowingly **false or fraudulent** material statement or material representation for the purpose of **obtaining or denying workers' compensation benefits** or payments is **guilty of a felony**.

JUEGO DE FORMULARIOS DE INFORME DE LESION DE LA COMPENSACION PARA LOS TRABAJADORES

Este material debe ser usado para reportar un accidente en el trabajo.

LESIONES DEBEN SER REPORTADAS EN 24 HORAS A MAS TARDAR!

1. **RECLAMO DEL EMPLEADO PARA BENEFICIOS DE COMPENSACION DEL TRABAJADOR (DWC-1)**
(Puede ser fotocopiado, en su totalidad)

El patron le da este formulario al empleado dentro de los 24 horas siguientes al enterarse de la lesion del empleado.

- A. El empleado lee y llena por completo los numeros 1 - 8.
- B. El empleado se queda con la copia verde y le regresa las otras copias al patron.
- C. El patron llena los numeros 9 - 18. (el numero 14 es York)
- D. El patron manda la copia amarilla a York y se queda con las otras copias.

2. **EI CUIDADO MEDICO**

En una emergencia, contacta por favor 911. De otro modo, se refiere al empleado a uno de las facilidades identificadas en el WellComp sitio web Médico de Red de Proveedor en www.Wellcomp.com. Vea al aviador encerrado para direcciones en cómo conseguir acceso al sitio web.

3. **REPORTE DE LESION O ENFERMEDAD OCUPACIONAL (5020)**

Dentro de 24 horas de su conocimiento informa el reclamo a la York Primero Informe del Centro de la Herida (FRI) llamando 1-888-INS-YORK. Usted necesitará para ser preparado para proporcionar el centro de la llamada con la información necesaria para completar el Informe de California de la Herida o la Enfermedad Profesionales (Forma 5020). Una muestra es encerrada para su referencia.

4. **CARTELES DE AVISO TAMBIEN SON PROPORCIONADOS EN ESTE PAQUETE. DESPLIEGUE A ESTOS AVISOS DE INMEDIATIO, EN UN LUGAR QUE ESTA FACILMENTE A LA VISTA DE TODOS LOS EMPLEADOS!!**

RECUERDE!
Una copia del articulo 1 TIENE
que ser MANDADA a York

Toda aquella persona que **sabie`ndolo** haga o cause que se produzca cualquier **falsas o fraudulentas** alegaciones o representaciones con el fin de **obtener o negar beneficios** o pagos de compensacio`n de trabajadores lesionados es **culpable de uncrimen mayor**.