



1961 Diamond Springs Road
Virginia Beach, VA 23455
Phone (757) 460-6308
Fax (757) 460-0317

GEORGIA EMPLOYEES

MANCON Employees,

Included in this packet is the following information:

1. Equal Employment Opportunity
2. Equal Pay for Equal Work Act (English and Spanish)
3. Unemployment Insurance for Employees (English and Spanish)
4. Vacation Unemployment Insurance is Not Payable notice (English and Spanish)
5. Workers Compensation Bill of Rights (English and Spanish)
6. Workers Compensation Physician Panel (English and Spanish)
7. Workers Compensation Conformed List (English and Spanish)

If you have any questions, please contact your supervisor.

Thanks,
Human Resources

L'OPPORTUNITA' E' EGUALE PER TUTTI

المساواة حق للجميع

gelijke rechten voor iedereen

possibilités égales pour tous

EQUAL Employment OPPORTUNITY



CHANCEGLEICHHEIT FÜR ALLE

EVERYONE

State employees are protected against discrimination by state law! Under the Georgia Fair Employment Practices Act, it is illegal for a state agency or department to discriminate against an employee or an applicant for employment on the basis of race, color, religion, national origin, sex, age, or disability. If you have reason to believe that you have been illegally discriminated against, call us at **404-656-1736** or **1-800-473-OPEN** for a confidential interview.

Georgia Commission on Equal Opportunity

229 Peachtree St. N.E. - Suite 710 International Tower - Atlanta, Georgia 30303-1605

www.gceo.state.ga.us

皆に均等な機会をえましよう

EGUALDADE DE



EQUAL PAY FOR EQUAL WORK ACT

POLICY

The General Assembly of Georgia hereby declares that the practice of discriminating on the basis of sex by paying wages to employees of one sex at a lesser rate than the rate paid to employees of the opposite sex for comparable work on jobs which require the same or essentially the same knowledge, skill, effort and responsibility unjustly discriminates against the person receiving the lesser rate:

It is hereby declared to be the policy of the State of Georgia through the exercise of the police power of this State to correct and, as rapidly as possible, to eliminate discriminatory wage practices based on sex.

PROHIBITION OF DISCRIMINATION

No employer having employees subject to any provisions of this section shall discriminate, within any establishment in which such employees are employed, between employees on the basis of sex by paying wages at a rate less than the rate paid to the opposite sex, EXCEPT WHERE SUCH PAYMENT IS MADE PURSUANT TO:

1. A seniority system;
2. A merit system;
3. A system which measures earnings by quantity or quality of production, or
4. A differential based on any other factor other than SEX: Provided, that an employer who is paying a wage rate differential in violation of this subsection shall not, in order to comply with the provisions of this subsection, reduce the wage rate of any employee.

It shall also be unlawful for any person to cause or attempt to cause an employer to discriminate against any employee in violation of the provisions of this Chapter.

It shall be unlawful for any person to discharge or in any other manner discriminate against any employee covered by this Chapter because such employee has made a complaint against the employer or any other person or has instituted or caused to be instituted any proceeding under or related to this Chapter or has testified or is about to testify in any such proceedings. Any person who violates any provision of this Code section shall, upon conviction thereof, be punished by a fine not to exceed \$100.00. (OCGA Section 34-5-3.)

FOR INFORMATION ON EQUAL PAY FOR EQUAL WORK ACT CONTACT:

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

FOR ADDITIONAL POSTERS PHONE: (404) 232-3392

POST IN PROMINENT PLACE AS REQUIRED BY LAW

Georgia Department of Labor
Michael L. Thurmond, Commissioner

An Equal Opportunity Employer/Program

DOL-4107 (R-12/03)

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)



UNEMPLOYMENT INSURANCE FOR EMPLOYEES

Your job with this employer is covered by the Employment Security Law. You may be able to establish a claim for Unemployment Insurance if you become **TOTALLY** or **PARTIALLY** unemployed and comply with all requirements.

IMPORTANT: YOU MAY FILE A CLAIM FOR BENEFITS AT ANY OFFICE OF THE GEORGIA DEPARTMENT OF LABOR LISTED BELOW. PLEASE BRING YOUR SEPARATION NOTICE, IF ONE WAS FURNISHED BY YOUR EMPLOYER.

**THE EMPLOYMENT SECURITY LAW SAYS THAT FOR EACH WEEK
YOU CLAIM INSURANCE FOR TOTAL UNEMPLOYMENT,**

YOU MUST: Register for employment services with the Georgia Department of Labor.

BE: **UNEMPLOYED, ABLE to work, AVAILABLE for work, ACTIVELY SEEKING WORK, and be willing to immediately accept suitable work.**

YOU MUST: Report all earnings each week.
Report any job refusal.

NOTICE

**No amount of money is deducted from your wages to pay the unemployment insurance tax.
Georgia employers pay this tax into a trust fund.**

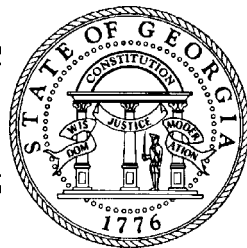
OFFICES WHERE UNEMPLOYMENT INSURANCE CLAIMS MAY BE FILED

ALBANY	CARTERSVILLE	EASTMAN	LAGRANGE	SOUTH METRO-ATLANTA
AMERICUS	CEDARTOWN	ELBERTON	MACON	STATESBORO
ATHENS	CLAYTON COUNTY	GAINESVILLE	MILLEDGEVILLE	SYLVESTER
AUGUSTA	COBB/CHEROKEE	GRIFFIN	MONROE	THOMASVILLE
BAINBRIDGE	COLUMBUS	GWINNETT COUNTY	MOULTRIE	THOMSON
BLAIRSVILLE	CORDELE	HABERSHAM	NEWNAN	TIFTON
BLUE RIDGE	COVINGTON	HINESVILLE	NORTH METRO-ATLANTA	TOCCOA
BRUNSWICK	DALTON	HOUSTON COUNTY	NORTHWEST GEORGIA- (FT. OGLETHORPE)	VALDOSTA
CAIRO	DEKALB COUNTY	JESUP	ROME	VIDALIA
CAMILLA	DOUGLAS	KINGS BAY	SAVANNAH	WAYCROSS
CARROLLTON	DUBLIN	LAFAYETTE		

GEORGIA DEPARTMENT OF LABOR

Equal Opportunity Employer/Program • Auxiliary Aids & Services Are Available Upon Request To Individuals With Disabilities

DOL-810 (R-01/01)



SEGURO DE DESEMPLEO PARA EMPLEADOS

Su trabajo con este empleador está amparado por la Ley de Seguro de Desempleo. Es posible que usted pueda establecer una solicitud de seguro de desempleo si queda **TOTAL** o **PARCIALMENTE** desempleado y cumple todos los requisitos.

IMPORTANTE: PUEDE PRESENTAR UNA SOLICITUD DE BENEFICIOS EN CUALQUIER OFICINA DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO DE GEORGIA QUE SE INDICAN A CONTINUACIÓN. TRAIGA SU AVISO DE SEPARACIÓN, SI SU EMPLEADOR SE LO PROPORCIONÓ.

LA LEY DE SEGURIDAD LABORAL ESTABLECE QUE POR CADA SEMANA PARA LA QUE RECLAME EL SEGURO POR DESEMPLEO TOTAL,

USTED DEBE: Registrarse en los servicios de empleo del Departamento de Trabajo de Georgia.

ESTAR: **DESEMPLEADO, CAPAZ** de trabajar, **DISPONIBLE** para trabajar, **BUSCANDO TRABAJO ACTIVAMENTE** y desear aceptar inmediatamente un trabajo adecuado.

USTED DEBE: Informar las ganancias de cada semana. Los rechazos de empleos.

AVISO

No se deduce ningún importe de sus salarios para pagar el impuesto del seguro de desempleo. Los empleados de Georgia pagan este impuesto a un fondo fiduciario.

OFICINAS DONDE SE PUEDE PRESENTAR LAS SOLICITUDES DE SEGURO DE DESEMPLEO

ALBANY	CARTERSVILLE	EASTMAN	LAGRANGE	SOUTH METRO-ATLANTA
AMERICUS	CEDARTOWN	ELBERTON	MACON	STATESBORO
ATHENS	CLAYTON COUNTY	GAINESVILLE	MILLEDGEVILLE	SYLVESTER
AUGUSTA	COBB/CHEROKEE	GRIFFIN	MONROE	THOMASVILLE
BAINBRIDGE	COLUMBUS	GWINNETT COUNTY	MOULTRIE	THOMSON
BLAIRSVILLE	CORDELE	HABERSHAM	NEWMAN	TIFTON
BLUE RIDGE	COVINGTON	HINESVILLE	NORTH METRO-ATLANTA	TOCCOA
BRUNSWICK	DALTON	HOUSTON COUNTY	NORTHWEST GEORGIA- (FT. OGLETHORPE)	VALDOSTA
CAIRO	DEKALB COUNTY	JESUP	ROME	VIDALIA
CAMILLA	DOUGLAS	KINGS BAY	SAVANNAH	WAYCROSS
CARROLLTON	DUBLIN	LAFAYETTE		

DEPARTAMENTO DE TRABAJO DE GEORGIA

Empleador/programa con igualdad de oportunidades • Se dispone de ayudas y servicios auxiliares a pedido para personas con discapacidades

DOL-810 SP (R-01/01)

VACATION

UNEMPLOYMENT INSURANCE IS NOT PAYABLE

WHEN YOU ARE ON

- LEAVE OF ABSENCE at your own request
- PAID VACATION
- UNPAID VACATION, up to two weeks in a calendar year if provided by

EMPLOYMENT CONTRACT, or by

ESTABLISHED EMPLOYER CUSTOM, PRACTICE

OR POLICY

PARAGRAPH (a)(3) OF OCGA SECTION 34-8-195

GEORGIA DEPARTMENT OF LABOR

VACACIONES

SEGURO DE DESEMPLEO

NO SE PAGA

CUANDO USTED ESTA EN:

- **AUSENCIA AUTORIZADA, QUE Vd. HA SOLICITADO.**
- **VACACIONES PAGAS**
- **VACACIONES SIN PAGA, 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

GEORGIA STATE BOARD OF WORKERS' COMPENSATION**BILL OF RIGHTS FOR THE INJURED WORKER**

As required by law, O.C.G.A. §34-9-81.1, this is a summary of your rights and responsibilities. The Workers' Compensation Law provides you, as a worker in the State of Georgia, with certain rights and responsibilities should you be injured on the job. The Workers' Compensation Law provides you coverage for a work-related injury even if an injury occurs on the first day on the job. In addition to rights, you also have certain responsibilities. Your rights and responsibilities are described below.

Employee's Rights

1. If you are injured on the job, you may receive medical rehabilitation and income benefits. These benefits are provided to help you return to work. Your dependents may also receive benefits if you die as a result of a job-related injury.
2. Your employer is required to post a list of at least six doctors or the name of the certified WC/MCO that provides medical care, unless the Board has granted an exception. You may choose a doctor from the list and make one change to another doctor on the list without the permission of your employer. However, in an emergency, you may get temporary medical care from any doctor until the emergency is over, then you must get treatment from a doctor on the posted list.
3. Your authorized doctor bills, hospital bills, rehabilitation in some cases, physical therapy, prescriptions, and necessary travel expenses will be paid if injury was caused by an accident on the job.
4. You are entitled to weekly income benefits if you have more than seven days of lost time due to an injury. Your first check should be mailed to you within 21 days after the first day you missed work. If you are out more than 21 consecutive days due to your injury, you will be paid for the first week.
5. Accidents are classified as being either catastrophic or non-catastrophic. Catastrophic injuries are those involving amputations, severe paralysis, severe head injuries, severe burns, blindness, or of a nature and severity that prevents the employee from being able to perform his or her prior work and any work available in substantial numbers within the national economy. In catastrophic cases, you are entitled to receive two-thirds of your average weekly wage but not more than \$500 per week for a job-related injury for as long as you are unable to return to work. You also are entitled to receive medical and vocational rehabilitation benefits to help in recovering from your injury. If you need help in this area call the State Board of Workers' Compensation at (404) 656-3818.
6. In all other cases (non-catastrophic), you are entitled to receive two-thirds of your average weekly wage but not more than \$500 per week for a job related injury. You will receive these weekly benefits as long as you are totally disabled, but no longer than 400 weeks. If you are not working and it is determined that you have been capable of performing work with restrictions for 52 consecutive weeks or 78 aggregate weeks, your weekly income benefits will be reduced to two-thirds of your average weekly wage but no more than \$334 per week, not to exceed 350 weeks.
7. When you are able to return to work, but can only get a lower paying job as a result of your injury, you are entitled to a weekly benefit of not more than \$334 per week for no longer than 350 weeks.
8. Your dependent(s), in the event you die as a result of an on-the-job accident, will receive burial expenses up to \$7,500 and two-thirds of your average weekly wage, but not more than \$500 per week. A widowed spouse with no children will be paid a maximum of \$150,000. Benefits continue until he/she remarries or openly cohabits with a person of the opposite sex.
9. If you do not receive benefits when due, the insurance carrier/employer must pay a penalty, which will be added to your payments.

Employee's Responsibilities

1. You should follow written rules of safety and other reasonable policies and procedures of the employer.
2. You must report any accident immediately, but not later than 30 days after the accident, to your employer, your employer's representative, your foreman or immediate supervisor. Failure to do so may result in the loss of the benefits.
3. An employee has a continuing obligation to cooperate with medical providers in the course of their treatment for work related injuries. You must accept reasonable medical treatment and rehabilitation services when ordered by the State Board of Workers' Compensation or the Board may suspend your benefits.
4. No compensation shall be allowed for an injury or death due to the employee's willful misconduct.
5. You must notify the insurance carrier/employer of your address when you move to a new location. You should notify the insurance carrier/employer when you are able to return to full-time or part-time work and report the amount of your weekly earnings because you may be entitled to some income benefits even though you have returned to work.
6. A dependent spouse of a deceased employee shall notify the insurance carrier/employer upon change of address or remarriage.
7. You must attempt a job approved by the authorized treating physician even if the pay is lower than the job you had when you were injured. If you do not attempt the job, your benefits may be suspended.
8. If you believe you are due benefits and your insurance carrier/employer denies these benefits, you must file a claim within one year after the date of last authorized medical treatment or within two years of your last payment of weekly benefits or you will lose your right to these benefits.
9. If your dependent(s) do not receive allowable benefit payments, the dependent(s) must file a claim with the State Board of Workers' Compensation within one year after your death or lose the right to these benefits.
10. Any request for reimbursement to you for mileage or other expenses related to medical care must be submitted to the insurance carrier/employer within one year of the date the expense was incurred.
11. If an employee unjustifiably refuses to submit to a drug test following an on-the-job injury, there shall be a presumption that the accident and injury were caused by alcohol or drugs. If the presumption is not overcome by other evidence, any claim for workers' compensation benefits would be denied.
12. You shall be guilty of a misdemeanor and upon conviction shall be punished by a fine of not more than \$10,000.00 or imprisonment, up to 12 months, or both, for making false or misleading statements when claiming benefits. Also, any false statements or false evidence given under oath during the course of any administrative or appellate division hearing is perjury.

The State Board of Workers' Compensation will provide you with information regarding how to file a claim and will answer any other questions regarding your rights under the law. If you are calling in the Atlanta area the telephone number is (404) 656-3818, outside the metro Atlanta area call 1-800-533-0682, or write the State Board of Workers' Compensation at: 270 Peachtree Street, N.W., Atlanta, Georgia 30303-1299 or visit our website: <http://www.sbwc.georgia.gov>. A lawyer is not needed to file a claim with the Board; however, if you think you need a lawyer and do not have your own personal lawyer, you may contact the Lawyer Referral Service at (404) 521-0777 or 1-800-237-2629.

(7/2007)

IF YOU HAVE QUESTIONS PLEASE CONTACT THE STATE BOARD OF WORKERS' COMPENSATION AT 404-656-3818 OR 1-800-533-0682 OR VISIT <http://www.sbwc.georgia.gov>

WILLFULLY MAKING A FALSE STATEMENT FOR THE PURPOSE OF OBTAINING OR DENYING BENEFITS IS A CRIME SUBJECT TO PENALTIES OF UP TO \$10,000.00 PER VIOLATION (O.C.G.A. §34-9-18 AND §34-9-19).

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 médica temporal de cualquier otro médico 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.
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 pagará 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 \$500 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) 656-3818.
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 \$500 por semana de una lesión relacionada de trabajo, usted recibirá estos beneficios mientras usted este incapacitado. Pero no más de 460 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 \$334 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 mas de \$334 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 \$500 por semana. Una esposa viuda sin niños se le pagara un máximo de \$150,000 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 asi 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 tenía 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: <http://www.sbwc.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 1-800-237-2629.

(This notice must be posted in a conspicuous place readily accessible to the employee at all times.)

OFFICIAL NOTICE

This business operates under the Georgia Workers' Compensation Law.

WORKERS MUST REPORT ALL ACCIDENTS IMMEDIATELY TO THE EMPLOYER BY ADVISING THE EMPLOYER PERSONALLY, AN AGENT, REPRESENTATIVE, BOSS, SUPERVISOR, OR FOREMAN.

If a worker is injured at work, the employer shall pay medical and rehabilitation expenses within the limits of the law. In some cases the employer will also pay a part of the worker's lost wages.

Work injuries and occupational diseases should be reported in writing whenever possible. The worker may lose the right to receive compensation if an accident is not reported within 30 days (see O.C.G.A. § 34-9-80).

The employer will supply free of charge, upon request, a form for reporting accidents and will also furnish, free of charge, information about workers' compensation. The employer will also furnish to the employee, upon request, copies of board forms on file with the employer pertaining to an employee's claim.

A worker injured on the job must select a doctor from the list below. The minimum panel shall consist of at least six physicians, including an orthopedic surgeon with no more than two physicians from industrial clinics (see O.C.G.A. § 34-9-201). Further, this panel shall include one minority physician, whenever feasible (see Rule 201 for definition of minority physician). The Board may grant exceptions to the required size of the panel where it is demonstrated that more than four physicians are not reasonably accessible. One change to another doctor from the list may be made without permission. Further changes require the permission of the employer or the State Board of Workers' Compensation.

State Board of Workers' Compensation
270 Peachtree Street, N.W.
Atlanta, Georgia 30303-1299
404-656-3818
or 1-800-533-0682
<http://www.sbwg.georgia.gov>

CONTACT MANCON MAYPORT
888-854-2867
OR VISIT NEAREST URGENT CARE FACILITY

name/address/phone

name/address/phone

name/address/phone

name/address/phone

name/address/phone

name/address/phone

(Additional doctors may be added on a separate sheet)
The insurance company providing coverage for this business
under the Workers' Compensation Law is:

_____ Name

_____ address

_____ phone

IF YOU HAVE QUESTIONS PLEASE CONTACT THE STATE BOARD OF WORKERS' COMPENSATION AT 404-656-3818 OR 1-800-533-0682 OR VISIT <http://www.sbwg.georgia.gov>
Willfully making a false statement for the purpose of obtaining or denying benefits is a crime subject to penalties of up to \$10,000.00 per violation (O.C.G.A. §34-9-18 and §34-9-19).

WC-P1 (7/2006)

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

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, PREPRESENTANTE, 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 médico 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.

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>

CONTACT MANCON MAYPORT
888-854-2867
OR VISIT NEAREST URGENT CARE FACILITY

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. 834-9-18 Y 834-9-19.)

WC-P1 (7/2006)

OFFICIAL NOTICE

CONFORMED PANEL

This business operates under the Georgia Workers' Compensation Law.
**WORKERS MUST REPORT ALL ACCIDENTS IMMEDIATELY
TO THE EMPLOYER BY ADVISING THE EMPLOYER PERSONALLY,
AN AGENT, REPRESENTATIVE, BOSS, SUPERVISOR, OR FOREMAN.**

If a worker is injured at work, the employer shall pay medical and rehabilitation expenses within the limits of the law. In some cases the employer will also pay a part of the worker's lost wages.

Work injuries and occupational diseases should be reported in writing whenever possible. The worker may lose the right to receive compensation if an accident is not reported within 30 days (see O.C.G.A. § 34-9-80).

The employer will supply free of charge, upon request, a form for reporting accidents and will also furnish, free of charge, information about workers' compensation. The employer will also furnish to the employee, upon request, copies of board forms on file with the employer pertaining to an employee's claim.

A worker injured on the job must select a doctor from the list below. The minimum conformed panel shall consist of at least 10 physicians, including an orthopedic surgeon, a general surgeon, and a chiropractor, with no more than two physicians from industrial clinics (see O.C.G.A. § 34-9-201). Further, this panel shall include one minority physician, whenever feasible (see Rule 201 for definition of minority physician). One change of doctor from the list may be made without permission. Further changes require the permission of the employer or the State Board of Workers' Compensation.

State Board of Workers' Compensation
270 Peachtree Street, N.W.
Atlanta, Georgia 30303-1299
404-656-3818
or 1-800-533-0682
<http://www.sbwg.org>

CONTACT MANCON MAYPORT
888-854-2867
OR VISIT NEAREST URGENT CARE FACILITY

name/address/phone

name/address/phone

name/address/phone

name/address/phone

name/address/phone

name/address/phone

name/address/phone

name/address/phone

name/address/phone

(Additional doctors may be added on a separate sheet)

The insurance company providing coverage for this business under the Workers' Compensation Law is:

name

address

phone

IF YOU HAVE QUESTIONS PLEASE CONTACT THE STATE BOARD OF WORKERS' COMPENSATION AT 404-656-3818 OR 1-800-533-0682 OR VISIT <http://www.sbwg.org>
Willfully making a false statement for the purpose of obtaining or denying benefits is a crime subject to penalties of up to \$10,000.00 per violation (O.C.G.A. §34-9-18 and §34-9-19).

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

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.sbwc.georgia.gov>

CONTACT MANCON MAYPORT
888-854-2867

OR VISIT NEAREST URGENT CARE FACILITY

nombre/dirección

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.sbwc.georgia.gov>

HACER FALSOS TESTIMONIOS VOLUNTARIAMENTE CON EL PROPÓSITO DE OBTENER O NEGAR BENEFICIOS ES UN CRÍMEN 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)