



*Columbia-Brazoria Independent School District*

# Employee's Injury Report

*This form must be completed in detail and signed by the injured employee.*

Your Full Name		
Employer	Location of Accident	
Social Security Number (Last 4 digits only) XXXX-XX-	Date of Birth	Department You Work For
Your Address (Street, City, State, County, Zip)		Supervisor's Name
Phone Number Where You Can be Reached	Job Title at Time of Injury	
Date of Hire	How Long in Current Position	Yrs.                      Mos.

## Details of the Injury

Date of Injury	Time of Injury	AM / PM	Date you first Lost Time
Where in the workplace did your injury occur?			
Describe in detail how your injury occurred.			
What safety equipment were you using at the time of the accident?			
What can be done to prevent this type of injury in the future?			



*Columbia-Brazoria Independent School District*

When were you first aware of this injury?	
When did you first notify your supervisor of your injury?	
What part of your body is injured?	Describe the injury.
<p>On the diagram provided below, please circle the part(s) of your body where you are experiencing pain due to this injury.</p> <div style="text-align: center;"> </div>	
Did anyone witness your accident? List the names of any witnesses.	
Was anyone else injured in this accident? List the names of any other injured people.	
In the incident that caused your injury, was there damage to any property or equipment? Describe any damage.	

**I certify that the information contained in this report is true and correct.**

**I understand that any falsification of information regarding an on the job injury may result in disciplinary action and/or prosecution under the appropriate State Criminal Statutes.**

**I hereby authorize the release of all medical records relating to the above noted incident to my employer, his agent or insurance company.**

Employee's Printed Name	Employee's Signature	Date
-------------------------	----------------------	------

**I certify that the above employee has acknowledged to me that he/she understood all questions and signed and dated this form in my presence this date.**

Witness' Printed Name	Witness' Signature	Date
-----------------------	--------------------	------

Supervisor's Printed Name	Supervisor's Signature	Date
---------------------------	------------------------	------



**Claims Administrative Services, Inc.**

*Our reputation for excellence is no accident.®*

*Columbia-Brazoria Independent School District*

**SECTION I: TO BE FILLED OUT BY INSURED PERSON**

Does employee speak English? \_\_\_\_\_ If no, specify language. \_\_\_\_\_

Marital Status \_\_\_ Married \_\_\_ Widowed \_\_\_ Separated \_\_\_ Single \_\_\_ Divorced

Number of dependent children \_\_\_\_\_ Spouse's Name \_\_\_\_\_

Did injured go to doctor or hospital for treatment? \_\_\_ Yes \_\_\_ NO. If yes, Name and  
Mailing Address of physician/hospital. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Will injured person miss more than one (1) day of work due to injury? \_\_\_\_\_

Return to work date: \_\_\_\_\_

**SECTION II: TO BE FILLED OUT BY SUPERVISOR**

What was injured doing at the time of the accident/incident? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Equipment, tool, materials in use \_\_\_\_\_

Accident/incident description \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Findings of site investigation \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Names of Witnesses \_\_\_\_\_

Witness description of events leading up to the accident/incident \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Object or substance that directly caused the injury \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Result of tool equipment investigation \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Contributing factor(s) \_\_\_\_\_

Unsafe act(s) \_\_\_\_\_

What procedure modifications, equipment checks or repairs are needed to prevent a similar  
accident/incident? \_\_\_\_\_

Would additional employee training prevent a recurrence of this type of  
accident/incident? \_\_\_\_\_

**Investigator** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

**Title** \_\_\_\_\_ **Department** \_\_\_\_\_



## Notice of Injured Employee Rights and Responsibilities in the Texas Workers' Compensation System

As an injured employee in Texas, you have the right to free assistance from the Office of Injured Employee Counsel. This assistance is offered at local offices across the State. These local offices also provide other workers' compensation system services from the Texas Department of Insurance (TDI). TDI is the state agency that administers the system through the Division of Workers' Compensation.

You can contact the Office of Injured Employee Counsel by calling the toll-free telephone number 1-866-EZE-OIEC (1-866-393-6432). Also, more information is available on the Internet at: [www.oiec.state.tx.us](http://www.oiec.state.tx.us) <<http://www.oiec.state.tx.us>>.

You can contact the Division of Workers' Compensation by calling the toll-free telephone number 1-800-252-7031. More information about the Division of Workers' Compensation is available on the Internet at: <<http://www.tdi.state.tx.us/wc/indexwc.html>>.

### Your Rights in the Texas Workers' Compensation System:

**1. You may have the right to receive benefits.**

You may receive benefits regardless of who was at fault for your injury with certain exceptions, such as:

- You were intoxicated at the time of the injury;
- You injured yourself on purpose or while trying to injure someone else;
- You were injured by another person for personal reasons;
- You were injured by an act of God;
- Your injury occurred during horseplay; or
- Your injury occurred while voluntarily participating in an off-duty recreational, social, or athletic activity.

**2. You have the right to receive medical care to treat your workplace injury or illness. There is no time limit to receive this medical care as long as it is medically necessary and related to the workplace injury.**

**3. Choosing a treating doctor:**

- If you are in a Workers' Compensation Health Care Network (network), you must choose your doctor from the network's treating doctor list.
- If you are not in a network, you may choose any doctor who is willing to treat your workers' compensation injury.
- If you are employed by a political subdivision (e.g. city, county, school district), you must follow its rules for choosing a treating doctor.

It is important to follow all the rules in the workers' compensation system. If you do not follow these rules, you may be held responsible for payment of medical bills.

**4. You have the right to hire an attorney at any time to help you with your claim.**

**5. You have the right to receive information and assistance from the Office of Injured Employee Counsel at no cost.**

Staff is available to answer your questions and explain your rights and responsibilities by calling the toll-free telephone number 1-866-EZE-OIEC (1-866-393-6432) or visiting any Division of Workers' Compensation/Office of Injured Employee Counsel local field office.

**6. You have the right to receive ombudsman assistance if you do not have an attorney and a dispute resolution proceeding about your claim has been scheduled.**

An ombudsman is an employee of the Office of Injured Employee Counsel. Ombudsmen are trained in the field of

workers' compensation and provide free assistance to injured employees who are not represented by attorneys. At least one Ombudsman is located in each local field office to assist you at a benefit review conference (BRC), contested case hearing (CCH), and an appeal. However, Ombudsmen cannot sign documents for you, make decisions for you, or give legal advice.

**7. You have the right for your claim information to be kept confidential.**

In most cases, the contents of your claim file cannot be obtained by others. Some parties have a right to know what is in your claim file, such as your employer or your employer's insurance carrier. Also, an employer that is considering hiring you may get limited information about your claim from the Division of Workers' Compensation.

## **Your Responsibilities in the Texas Workers' Compensation System**

**1. You have the responsibility to tell your employer if you have been injured at work or in the scope of your employment.**

You must tell your employer within 30 days of the date you were injured or first knew your injury or illness might be work-related.

**2. You have the responsibility to know if you are in a Workers' Compensation Health Care Network (network).**

If you do not know whether you are in a network, ask the employer you worked for at the time of your injury. If you are in a network, you have the responsibility to follow the network rules. Your employer must give you a copy of the TDI network rules. Read the rules carefully. If there is something you do not understand, ask your employer or call the Office of Injured Employee Counsel. If you would like to file a complaint about a network, call TDI's Customer Help Line at 1-800-252-3439 or file a complaint online at <http://www.tdi.state.tx.us/consumer/complfrm.html#wc>

**3. If you worked for a political subdivision (e.g. city, county, school district) at the time of your injury, you have the responsibility to find out how to receive medical treatment. Your employer should be able to provide you with the information you will need in order to determine which health care provider can treat you for your workplace injury.**

**4. You have the responsibility to tell your doctor how you were injured and whether the injury is work-related.**

**5. You have the responsibility to send a completed claim form (DWC-41) to the Division of Workers' Compensation. You have one year to send the form after you were injured or first knew that your illness might be work related.**

Send the completed DWC-41 form even if you already are receiving benefits. You may lose your right to benefits if you do not send the completed claim form to the Division of Workers' Compensation. Call 1-800-252-7031 or 1-866-393-6432 for a copy of the DWC-41 form.

**6. You have the responsibility to provide your current address, telephone number, and employer information to the Division of Workers' Compensation and the insurance carrier.**

**7. You have the responsibility to tell the Division of Workers' Compensation and the insurance carrier any time there is a change in your employment status or wages. Examples include:**

- You stop working because of your injury;
- You start working; or
- You are offered a job.

## **Aviso sobre los derechos y responsabilidades para los empleados lesionados en el Sistema de Compensación para Trabajadores de Texas**

En Texas, como empleado lesionado, usted tiene derecho a recibir ayuda gratis por parte de la Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado (Office of Injured Employee Counsel - OIEC, según su nombre y siglas en inglés) La ayuda se ofrece en las oficinas locales en todo el estado. Las oficinas locales también ofrecen otros servicios del sistema de compensación para trabajadores del Departamento de Seguros de Texas (Texas Department of Insurance – TDI, según su nombre y siglas en inglés). TDI es la agencia estatal que administra el sistema por medio de la División de Compensación para Trabajadores.

Para comunicarse con la Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado llame gratis al 1-866-EZE-OIEC (1-866-393-6432). Para más información, visite el sitio electrónico [www.oiec.state.tx.us](http://www.oiec.state.tx.us).

Para comunicarse con la División de Compensación para Trabajadores llame gratis al 1-800-252-7031. Para más información sobre la División de Compensación para Trabajadores, visite el sitio electrónico <http://www.tdi.state.tx.us/wc/indexwc.html>.

### **Sus derechos en el Sistema de Compensación para Trabajadores de Texas:**

#### **1. Usted puede tener derecho a recibir beneficios.**

Usted puede tener derecho a recibir beneficios sin importar quien tuvo la culpa de su lesión, con ciertas excepciones, tales como:

- Si se encontraba en estado de ebriedad en el momento que ocurrió la lesión.
- Si se lesionó usted mismo a propósito o cuando estaba tratando de lesionar a otro.
- Si su lesión fue causada por otra persona por razones personales.
- Si resultó lesionado por un acto de Dios.
- Si su lesión ocurrió por estar jugueteando, o
- Si su lesión ocurrió cuando usted voluntariamente participaba en una actividad de recreación, social o atlética fuera de su empleo.

#### **2. Usted tiene derecho a recibir atención médica para tratar la lesión o enfermedad relacionada con su trabajo. No hay un marco de tiempo límite para recibir la atención médica, siempre y cuando sea médicamente necesaria y en conexión a la lesión relacionada con su trabajo.**

#### **3. Para escoger a un médico tratante:**

- Si usted pertenece a una Red de Servicios Médicos de Compensación para Trabajadores – red - (Workers' Compensation Health Care Network, según su nombre en inglés) tiene que escoger a su médico de la lista de médicos tratantes en la red.
- Si no pertenece a una red, usted puede escoger a cualquier médico que esté dispuesto a tratar su lesión de compensación para trabajadores.
- Si usted es empleado de una subdivisión política (por ejemplo: una ciudad, condado, distrito escolar) tiene que hacer lo indicado por los reglamentos para escoger al médico que lo va a tratar. Es importante que usted siga todos los reglamentos del sistema de compensación para trabajadores. Si no sigue estos reglamentos, usted podría ser responsable por el pago de las cuentas médicas.

#### **4. Usted tiene derecho a contratar a un abogado en cualquier momento para que lo ayude con su reclamo.**

5. **Usted tiene derecho a recibir información y ayuda gratis de la Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado.**

El personal de OIEC está a su disposición para contestar sus preguntas y explicarle sus derechos y responsabilidades. Llame gratis al 1-866-EZE-OIEC (1-866-393-6432) o visite la oficina local de la División de Compensación para Trabajadores/Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado.

6. **Usted tiene derecho a recibir ayuda por parte de un ombudsman si no cuenta con un abogado, en caso que se haya programado un procedimiento de resolución de disputas.**

Un ombudsman es un empleado de la Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado. Los ombudsmen están entrenados en las funciones de compensación para trabajadores y proveen ayuda gratis a los empleados lesionados que no cuentan con la representación de un abogado. Por lo menos, en cada oficina local se encuentra un ombudsman para ayudarlo con la conferencia para revisión de beneficios (benefit review conference – BRC, según su nombre y siglas en inglés), la audiencia para disputar beneficios (contested case hearing – CCH, según su nombre y siglas en inglés) y la apelación. Sin embargo, un ombudsman no puede firmar documentos en nombre suyo, hacer decisiones por usted o darle asesoramiento legal.

7. **Usted tiene derecho a que la información sobre su reclamo se mantenga confidencial.**

En la mayoría de los casos, el contenido del expediente de su reclamo no puede ser obtenido por otros. Algunos participantes del caso tienen derecho a saber lo que contiene el expediente de su reclamo, por ejemplo: su empleador o la compañía de seguros de su empleador. También, puede ser que un empleador que está considerando contratarlo pueda obtener información limitada sobre su reclamo de la División de Compensación para Trabajadores.

### **Sus responsabilidades en el Sistema de Compensación para Trabajadores de Texas**

1. **Usted tiene la responsabilidad de avisarle a su empleador si se ha lesionado en el curso y amplitud de su empleo.**

Usted debe informar a su empleador dentro de 30 días a partir de la fecha en que sucedió su lesión o a partir de la fecha en que supo que la lesión o enfermedad estaba relacionada con su trabajo.

2. **Usted tiene la responsabilidad de saber si pertenece a una Red de Servicios Médicos de Compensación para Trabajadores (red).**

Si no sabe si usted pertenece a una red, pregúntele al empleador para quien estaba trabajando en el momento que sufrió la lesión. Si pertenece a una red, usted tiene la responsabilidad de seguir los reglamentos de dicha red. Su empleador debe darle una copia de los reglamentos de TDI para las redes. Lea los reglamentos cuidadosamente. Si hay algo que no entiende pregúntele a su empleador o llame a la Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado. Si desea presentar una queja contra la red, llame a la Línea de Ayuda al Consumidor de TDI, al 1-800-252-3439 o presente su queja electrónicamente en <http://www.tdi.state.tx.us/consumer/complfrm.html#wc>

3. **Si usted estaba trabajando para una subdivisión política (por ejemplo: una ciudad, condado, distrito escolar) en el momento que sufrió la lesión, usted tiene la responsabilidad de informarse sobre como recibir tratamiento médico. Es requerido que su empleador le proporcione la información que necesita para que determine cual proveedor de servicios médicos puede darle el tratamiento para la lesión relacionada con su trabajo.**

4. **Usted tiene la responsabilidad de decirle a su médico como sufrió la lesión y si la lesión está relacionada con su trabajo.**
5. **Usted tiene la responsabilidad de llenar y enviar el formulario de reclamo (DWC-41 ) a la División de Compensación para Trabajadores. Usted cuenta con un año para enviar este formulario a partir de la fecha en que usted se lesionó o a partir de la fecha en supo que su enfermedad estaba relacionada con su trabajo.**

Llene y envíe el formulario DWC-41 aún si usted ya está recibiendo beneficios. Usted podría perder su derecho para recibir beneficios si no envía el formulario a la División de Compensación para Trabajadores. Para pedir una copia del formulario DWC-41 llame al 1-800-252-7031 o al 1-866-393-6432.

6. **Usted tiene la responsabilidad de proporcionar a la División de Compensación para Trabajadores y a la compañía de seguros su domicilio actual, número telefónico y los datos de su empleador.**
7. **Usted tiene la responsabilidad de avisarle a la División de Compensación para Trabajadores y a la compañía de seguros cada vez que tenga un cambio en el estado de su empleo o salario. Algunos ejemplos:**
  - si deja de trabajar debido a su lesión,
  - comienza a trabajar, o
  - le ofrecen un trabajo.