

STATE OF NEW YORK - WORKERS' COMPENSATION BOARD  
ESTADO DE NUEVA YORK - JUNTA DE COMPENSACION OBRERA

NOTICE OF COMPLIANCE  
TO EMPLOYEES

IMPORTANT INFORMATION FOR EMPLOYEES WHO ARE  
INJURED OR SUFFER AN OCCUPATIONAL DISEASE WHILE  
WORKING.

1. By posting this notice and information concerning your rights as an injured worker, your employer is in compliance with the Workers' Compensation Law.
2. If you do not notify your employer within 30 days of the date of your injury your claim may be disallowed, so do so immediately.
3. You are entitled to obtain any necessary medical treatment and should do so immediately.
4. You may choose any doctor, podiatrist, chiropractor or psychologist referred by a medical doctor that accepts NY State Workers' Compensation patients and is Board authorized. However, if your employer is involved in a certified preferred provider organization (PPO) you must first be treated by a provider chosen by your employer and your employer must give you a written statement of your rights concerning further medical care.
5. You should tell your doctor to file copies of medical reports concerning your claim with the Workers' Compensation Board and with your employer's insurance company, which is indicated at the bottom of this form.
6. You may be entitled to lost time benefits if your work-related injury keeps you from work for more than seven days, compels you to work at lower wages or results in permanent disability to any part of your body. You may be entitled to rehabilitation services if you need help returning to work.
7. You should not pay any medical providers directly. They should send their bills to your employer's insurance carrier. If there is a dispute, the provider must wait until the Board makes a decision before it attempts to collect payment from you. If you do not pursue your claim or the Board rules that your injury is not work-related, you may be responsible for the payment of the bills.
8. You are entitled to be represented by an attorney or licensed representative, but it is not required. If you do hire a representative do not pay him/her directly. Any fee will be set by the Board and will be deducted from your award.
9. If you have difficulty in obtaining a claim form or need help in filling it out, or if you have any other questions or problems about a job-related injury, contact any office of the Workers' Compensation Board.

NYS Workers' Compensation Board  
Centralized Mailing  
PO Box 5205  
Binghamton, NY 13902-5205

Customer Service Line: 877-632-4996

AVISO DE CUMPLIMIENTO  
A EMPLEADOS

INFORMACION IMPORTANTE PARA EMPLEADOS QUE  
SEAN LESIONADOS O SUFRAN UNA ENFERMEDAD  
OCUPACIONAL MIENTRAS TRABAJAN.

1. Su patrono esta cumpliendo la Ley de Compensación Obrera cuando despliega este comunicado concerniente a sus derechos como trabajador lesionado.
2. Si usted no notifica a su patrono dentro del termino de 30 dias de haber sufrido su lesion su reclamacion podria ser desestimada, por eso notifique inmediatamente.
3. Usted tiene derecho a recibir cualquier tratamiento médico necesario relacionado con su lesión y debe gestionarlo inmediatamente.
4. Para el tratamiento de cualquier lesion o enfermedad relacionada con el trabajo, usted puede escoger cualquier médico, podiatra, quiropractico o psicologo (si es referido por un médico autorizado) que esté autonzado y acepte pacientes de la Junta de Compensación Obrera. Sin embargo, si su patrono está autorizado a participar en una organizacion certificada de proveedores preferidos (PPO), usted deberé obtener tratamiento inicial para cualquier lesion o enfermedad relacionada con el trabajo de la correspondiente entidad. Patronos que participen en cualquiera de estos programas establecidos por ley estan obligados a proveer a sus empleados notificacion escrita explicando sus derechos y obligaciones bajo el programa a que este acogido.
5. Usted debent requerir de su Medico que radique copias de los informes medicos de su caso en la Junta de Compensacion Obrera en la compania de seguros de su patrono, que se indica al final de esta forma.
6. Usted tiene derecho a compensacion si su lesion relacionada con el trabajo le impide trabajar por mis de siete dias, le obliga a trabajar a sueldo mis bajo o resulta en incapacidad permanente de cualquier parte de su cuerpo. Usted puede tener derecho a servicios de rehabilitacion si necesita ayuda para regresar al trabajo.
7. No pague a ningun proveedor mdico directamente por tratamiento de su lesion o enfermedad relacionada con el trabajo. Ellos deben enviar sus facturas al asegurador de su patrono. Si el caso es cuestionado, el proveedor debera esperar hasta que la Junta decida el caso, antes de iniciar gestion de cobro alguna contra usted. Si usted no tramita su caso o la Junta fal que su lesión o enfermedad no esti relacionada con el trabajo, usted podria ser responsable del pago de las facturas.
8. No es obligatorio el estar representado en ninguno de los procedimientos de la Junta, pero es un derecho que usted tiene, el estar representado por abogado o por representante licenciado si usted asi lo desea. Si es representado, no pague al abogado o al representante licenciado. Cuando la Junta decida su caso, los honorarios seran determinados por la Junta y descontados de sus beneficios.
9. Si tiene dificultad en conseguir un formulario de reclamacion o necesita ayuda para llenarlo o tiene dudas sobre cualquier situacion relacionada con una lesion o enfermedad comuniquese con la oficina mas cercana de la Junta.

ROBERT E. BELOTEN, CHAIR/PRESIDENTE

Workers' Compensation benefits, when due, will be paid by (Los beneficios de Compensacion Obrera, cuando debidos, seran pagados por):

Name, address and telephone number of licensed insurance carrier, authorized group self-insurer or main office of authorized self-insurer

MEMIC Indemnity Company  
1750 Elm Street Suite 500  
Manchester, NH 03104 -2920

For Insurance Carriers ONLY - Policy No. 3102804889  
Policy in Force from 05/31/2020 to 05/31/2021

Workers' Compensation Board  
Prescribed by Chairman  
State New York

[www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov)

Name of employer (Nombre del patrono)

Daemen College

THIS NOTICE MUST BE POSTED  
CONSPICUOUSLY IN AND ABOUT THE  
EMPLOYER'S PLACE OR PLACES OF  
BUSINESS.

Failure by an employer to post this notice in and about  
the employers place or places of business may result in a  
\$250 penalty for each violation.