

ATTENTION

Caution: The information below is general in nature and is not intended to be legal advice. If you have any questions regarding your status as an employer or employee or your rights and qualification for specific benefits under an industrial injury or occupational disease claim, you should consult with an attorney experienced in industrial insurance.

Brief Description of Whether the Employer is Required to Obtain Industrial Insurance and Whether a Person is a Covered Employee

Every employer ... shall provide and secure compensation ... for any personal injuries by accident sustained by an employee arising out of and in the course of the employment. See NRS 616B.612(1).

An **employer** is defined as, "Every person, firm, voluntary association and private corporation, including any public service corporation, which has in service any person under a contract of hire." See NRS 616A.230(2). "A person is not an employer ... if: (a) The person enters into a contract with another person or business which is an independent enterprise; and (b) The person is not in the same trade, business, profession or occupation as the independent enterprise." See NRS 616B.603(1).

An **employee** is broadly defined as, "... every person in the service of an employer under any appointment or contract of hire or apprenticeship, express or implied, oral or written, whether lawfully or unlawfully employed" (See NRS 616A.105), but excludes casual employees not in the same trade, business, profession or occupation; persons engaged as a theatrical or stage performer or in an exhibition, musicians not lasting more than 2 consecutive days; household servants, farming and ranching employees; voluntary ski patrol; sports officials paid a nominal fee; clergy, rabbi or lay readers; real estate brokers or sales persons; and commissioned sales persons (See NRS 616A.110).

An **independent contractor** is a person who is hired and paid solely to produce a result. It is defined as, "... any person who renders service for a specified recompense for a specified result, under the control of the person's principal as to the result of the person's work only and not as to the means by which such result is accomplished." See NRS 616A.255.

Brief Description of Your Rights and Benefits If You Are Injured on the Job or have an Occupational Disease

Notice of Injury or Occupational Disease (Incident Report Form C-1) If an injury or occupational disease (OD) arises out of and in the course of employment, you must provide written notice to your employer as soon as practicable, but no later than 7 days after the accident or OD. Your employer shall maintain a sufficient supply of the forms.

Employee's Claim for Compensation/Report of Initial Treatment (Form C-4): If medical treatment is sought, the Form C-4 is available at the place of initial treatment. A completed Form C-4 must be filed within 90 days after an accident or OD. The treating physician, chiropractic physician, physician assistant or advanced practice nurse must, within 3 working days after treatment, complete and mail to the employer, the employer's insurer and third-party administrator, the Claim for Compensation.

Medical Treatment: If you require medical treatment for your on-the-job injury or OD, you may be required to select a physician or chiropractic physician from a list provided by your workers' compensation insurer, if it has contracted with an Organization for Managed Care (MCO) or Preferred Provider Organization (PPO) or providers of health care. If your employer has not entered a contract with an MCO or PPO, you may select a physician or chiropractic physician from the Panel of Physicians and Chiropractic Physicians. Any **medical costs** related to your industrial injury or OD will be paid by your insurer.

Temporary Total Disability (TTD): If your doctor has certified that you are unable to work for a period of at least 5 consecutive days, or 5 cumulative days in a 20-day period, or places restrictions on you that your employer does not accommodate, you may be entitled to TTD compensation.

Temporary Partial Disability (TPD): If the wage you receive upon reemployment is less than the compensation for TTD to which you are entitled, the insurer may be required to pay you TPD compensation to make up the difference. TPD can only be paid for a maximum of 24 months.

Permanent Partial Disability (PPD): When your medical condition is stable and there is an indication of a PPD as a result of your injury or OD, within 30 days, your insurer must arrange for an evaluation by a rating physician or chiropractic physician to determine the degree of your PPD. The amount of your PPD award depends on the date of injury, the results of the PPD evaluation, your age and wage.

Permanent Total Disability (PTD): If you are medically certified by a treating physician or chiropractic physician as permanently and totally disabled and have been granted a PTD status by your insurer, you are entitled to receive monthly benefits not to exceed 66 2/3% of your average monthly wage. The amount of your PTD payments is subject to reduction if you previously received a lump-sum PPD award.

Vocational Rehabilitation Services: You may be eligible for vocational rehabilitation services if you are unable to return to the job due to a permanent physical impairment or permanent restrictions as a result of your injury or occupational disease.

Transportation and Per Diem Reimbursement: You may be eligible for travel expenses and per diem associated with medical treatment.

Reopening: You may be able to reopen your claim if your condition worsens after claim closure.

Appeal Process: If you disagree with a written determination issued by the insurer or the insurer does not respond to your request, you may appeal to the **Department of Administration, Hearings Officer** within 70 days of the determination letter. If you disagree with the Hearing Officer decision, you may appeal to the **Department of Administration, Appeals Officer** within 30 days from the date of the Hearing Officer decision letter. To file an appeal online, visit the website for the Nevada Department of Administration, Hearings Division at www.hearings.nv.gov/efile and follow the steps for initiating a Request for Hearing (preferred). If you are an unrepresented litigant, you may mail a notice of appeal to: Department of Administration, Hearings Office, 2200 South Rancho Drive, Suite 150, Las Vegas, NV 89102 or the Department of Administration, Hearings Office, 1050 East William Street, Suite 400, Carson City, Nevada 89701. If you disagree with a decision of an Appeals Officer, you may file a **petition for judicial review with the District Court**. You must do so within 30 days of the Appeals Officer's decision. You may be represented by an attorney at your own expense, or you may contact the NAIW for possible representation.

Nevada Attorney for Injured Workers (NAIW): If you disagree with a Hearing Officer decision, you may request that NAIW represent you without charge at an Appeals Officer hearing. NAIW is an independent state agency and is not affiliated with any insurer. For information regarding denial of benefits, you may contact the NAIW at: 1000 E. William Street, Suite 208, Carson City, NV 89701, (775) 684-7555, or 2200 S. Rancho Drive, Suite 230, Las Vegas, NV 89102, (702) 486-2830.

To File a Complaint with the Division: If you wish to file a complaint with the Administrator of the Division of Industrial Relations (DIR), please contact Workers' Compensation Section, 1886 East College Pkwy. Ste. 100, Carson City, NV 89706, telephone (775) 684-7270, or 2300 W. Sahara Ave, Suite 300, Las Vegas, NV 89102, telephone (702) 486-9080.

For Assistance with Workers' Compensation Issues: You may contact the State of Nevada Office for Consumer Health Assistance, 7150 Pollock Drive, Las Vegas, NV 89119, Toll Free 1-888-333-1597, Website: [https://adssd.nv.gov/Programs/CHA/Office_for_Consumer_Health_Assistance_\(OCHA\)](https://adssd.nv.gov/Programs/CHA/Office_for_Consumer_Health_Assistance_(OCHA)), E-mail cha@govcha.nv.gov

The information in this publication is derived from Chapters 616A through 616D, inclusive, and 617 of the Nevada Revised Statutes and is provided for informational purposes only. If you have any questions, regarding your injury or workers' compensation claim, please call the following:

Insurer/Administrator: Constitution States Service Co Contact Person: _____
Address: 1 Tower State CT 06183 Telephone Number: _____
City: Hartford State: Zip:
MCO/Health Care Provider: _____ Contact Person: _____
Address: _____ Telephone Number: _____
City: State Zip

For Placing a Claim, Call:
800-243-2490

ATENCIÓN

Precaución: La siguiente información es de carácter general y no constituye asesoramiento legal. Si tiene preguntas sobre su situación como empleador o empleado, o sobre sus derechos y elegibilidad para acceder a beneficios específicos en el marco de una reclamación por lesión laboral o enfermedad ocupacional, debe consultar con un abogado con experiencia en seguros industriales.

Breve descripción sobre si el empleador está obligado a contratar un seguro industrial y si una persona es un empleado cubierto

Todo empleador [...] deberá proporcionar y garantizar una compensación [...] por cualquier lesión personal que un empleado sufra a causa de un accidente que surja del empleo y en el curso de este. Consulte los Estatutos Revisados de Nevada (NRS), capítulo 616B.612(1).

Se define como **empleador** a "toda persona, firma, asociación voluntaria y corporación privada, incluida cualquier corporación de servicios públicos, que tenga a su servicio a alguna persona bajo un contrato de trabajo". Consulte los NRS, capítulo 616A.230(2). "Una persona no se considera empleador [...] si: (a) celebra un contrato con otra persona o empresa que constituye una empresa independiente; y (b) no se dedica al mismo oficio, actividad comercial, profesión u ocupación que dicha empresa independiente". Consulte los NRS, capítulo 616B.603(1).

Se define de manera amplia como **empleado** a "[...] toda persona al servicio de un empleador en virtud de cualquier nombramiento o contrato de trabajo o de aprendizaje, expreso o implícito, verbal o escrito, esté legalmente o ilegalmente empleado" (consulte los NRS, capítulo 616A.105). No obstante, se excluye a los trabajadores eventuales que no se desempeñen en el mismo oficio, actividad comercial, profesión u ocupación; personas contratadas como artistas teatrales o de espectáculos o que participen en exhibiciones; músicos contratados por un período no mayor a 2 días consecutivos; personal doméstico, trabajadores agrícolas y ganaderos; patrulleros voluntarios de centros de esquí; árbitros o jueces deportivos que reciban un pago simbólico; miembros del clero, rabinos o lectores laicos; corredores o agentes inmobiliarios; y vendedores que trabajen exclusivamente a comisión (consulte los NRS, capítulo 616A.110).

Un **contratista independiente** es una persona contratada y remunerada únicamente para obtener un resultado. Se define como: "[...] toda persona que presta un servicio a cambio de una remuneración específica por un resultado determinado, bajo el control de su contratante únicamente en cuanto al resultado de su trabajo y no en cuanto a los medios mediante los cuales se alcanza dicho resultado". Consulte los NRS, capítulo 616A.255.

Breve descripción de sus derechos y beneficios si sufre una lesión en el trabajo o tiene una enfermedad ocupacional

Aviso de lesión o enfermedad ocupacional (formulario C-1 de informe de incidente) Si una lesión o enfermedad ocupacional (EO) ocurre como resultado del empleo y en el curso de este, usted debe notificar por escrito a su empleador tan pronto como sea posible, pero dentro de los 7 días posteriores al accidente o a la aparición de la EO. Su empleador deberá mantener un suministro suficiente de los formularios.

Reclamación de compensación/Informe de tratamiento inicial por parte del empleado (formulario C-4): Si se solicita tratamiento médico, el formulario C-4 está disponible en el lugar del tratamiento inicial. Se debe completar un formulario C-4 dentro de los 90 días posteriores a un accidente o a una EO. El médico a cargo del tratamiento, el quiropráctico, el asistente médico o el enfermero de práctica avanzada debe, dentro de los 3 días hábiles después del tratamiento, completar y enviar por correo al empleador, a la aseguradora del empleador y al administrador externo la reclamación de compensación.

Tratamiento médico: Si necesita tratamiento médico para su lesión ocurrida en el trabajo o EO, es posible que se le pida que seleccione un médico o quiropráctico de una lista proporcionada por su aseguradora de compensación para trabajadores, si esta tiene un contrato con una organización de cuidado administrado (MCO), una organización de proveedores preferidos (PPO) o proveedores de atención médica. Si su empleador no ha celebrado un contrato con una MCO o una PPO, usted podrá seleccionar un médico o quiropráctico del Panel de médicos y quiroprácticos. Su aseguradora pagará cualquier **costo médico** relacionado con su lesión laboral o EO.

Incapacidad total temporal (TTD): Si su médico ha certificado que usted no puede trabajar por un período de al menos 5 días consecutivos, o 5 días acumulados en un período de 20 días, o si establece restricciones para usted que su empleador no puede implementar, es posible que usted tenga derecho a la compensación por TTD.

Incapacidad parcial temporal (TPD): Si el salario que recibe al ser contratado de nuevo es menor que la compensación por TTD a la que tiene derecho, la aseguradora podría estar obligada a pagarle la compensación por TPD para cubrir la diferencia. El beneficio por TPD solo se puede pagar durante un máximo de 24 meses.

Incapacidad parcial permanente (PPD): Cuando su afección médica esté estable y haya indicios de una PPD como resultado de su lesión o EO, dentro de los 30 días, su aseguradora debe organizar una evaluación a cargo de un médico evaluador o un quiropráctico para determinar el grado de su PPD. El monto de su compensación por PPD depende de la fecha de la lesión, los resultados de la evaluación de PPD, su edad y salario.

Incapacidad total permanente (PTD): Si un médico a cargo del tratamiento o un quiropráctico certifica que usted está incapacitado de manera total y permanente, y su aseguradora le ha otorgado la condición de PTD, usted tiene derecho a recibir beneficios mensuales que no excedan el 66 2/3 % de su salario mensual promedio. El monto de sus pagos por PTD está sujeto a reducción si anteriormente recibió un pago único por PPD.

Servicios de rehabilitación vocacional: Usted podría ser elegible para servicios de rehabilitación vocacional si no puede regresar a su trabajo debido a una incapacidad física permanente o a restricciones permanentes derivadas de su lesión o EO.

Reembolso de gastos de transporte y viáticos: Es posible que sea elegible para el reembolso de los gastos de transporte y viáticos relacionados con el tratamiento médico.

Reactivación: Es posible que pueda reactivar su reclamación si su condición empeora tras el cierre de dicha reclamación.

Proceso de apelación: Si usted no está de acuerdo con una determinación escrita emitida por la aseguradora o si la aseguradora no responde a su solicitud, puede apelar ante el **oficial de audiencias del Departamento de Administración** siguiendo las instrucciones incluidas en la carta de determinación. Debe apelar la determinación dentro de los 70 días a partir de la fecha de la carta de determinación en 1050 E. William Street, Suite 400, Carson City, Nevada 89701 o en 2200 S. Rancho Drive, Suite 210, Las Vegas, Nevada 89102. Si no está de acuerdo con la decisión del oficial de audiencias, puede apelar ante el **oficial de apelaciones del Departamento de Administración**. Debe presentar su apelación dentro de los 30 días a partir de la fecha de la carta de decisión del oficial de audiencias en 1050 E. William Street, Suite 450, Carson City, Nevada 89701 o en 2200 S. Rancho Drive, Suite 220, Las Vegas, Nevada 89102. Si no está de acuerdo con la decisión de un oficial de apelaciones, puede presentar una **petición de revisión judicial ante el tribunal del distrito**. Debe hacerlo dentro de los 30 días a partir de la decisión del oficial de apelaciones. A usted lo puede representar un abogado que contrate por su cuenta, o bien puede comunicarse con NAIW para obtener una posible representación.

Oficina del Abogado de Nevada para Trabajadores Lesionados (Nevada Attorney for Injured Workers, NAIW): Si usted no está de acuerdo con la decisión del oficial de audiencias, puede solicitar que la agencia NAIW lo represente sin cargo en la audiencia ante un oficial de apelaciones. NAIW es una agencia estatal independiente y no está afiliada a ninguna aseguradora. Para obtener información sobre la denegación de beneficios, puede comunicarse con NAIW: 1000 E. William Street, Suite 208, Carson City, NV 89701, número de teléfono: (775) 684-7555, o 2200 S. Rancho Drive, Suite 230, Las Vegas, NV 89102, número de teléfono: (702) 486-2830.

Para presentar una queja ante la División: Si desea presentar una queja ante el administrador de la División de Relaciones Industriales (DIR), comuníquese con la Sección de Compensación para Trabajadores: 1886 East College Pkwy. Ste. 100, Carson City, NV 89706, número de teléfono: (775) 684-7270, o 2300 W. Sahara Ave, Suite 300, Las Vegas, NV 89102, número de teléfono: (702) 486-9080.

Si necesita asistencia para cuestiones relacionadas con la compensación para trabajadores: Puede comunicarse con la Oficina de Asistencia para la Salud del Consumidor del Estado de Nevada en 7150 Pollock Drive, Las Vegas, NV 89119; línea gratuita: 1-888-333-1597; sitio web: [https://adssd.nv.gov/Programs/CHA/Office_for_Consumer_Health_Assistance_\(OCHA\)](https://adssd.nv.gov/Programs/CHA/Office_for_Consumer_Health_Assistance_(OCHA)); correo electrónico: cha@govcha.nv.gov

La información contenida en esta publicación proviene de los capítulos 616A a 616D, inclusive, y el capítulo 617 de los Estatutos Revisados de Nevada y se proporciona únicamente con fines informativos. Si tiene alguna pregunta sobre su lesión o reclamación de compensación para trabajadores, comuníquese con las siguientes personas:

Aseguradora/Administrador: **Constitution States Service Co** Contacto: _____
Dirección: **1 Tower State** **CT** **06183** Número de teléfono: _____
Ciudad Estado Código postal
MCO/Proveedor de atención médica: _____ Contacto: _____
Dirección: _____ Número de teléfono: _____
Ciudad Estado Código postal

Para Reportar un Reclamo llame al:
800-243-2490