

# FIRMA DOMINGUEZ<sup>LLP</sup>



*Abogados de Accidentes*

## GUÍA DE ACCIDENTES LABORALES

# FIRMA DOMINGUEZ LLP



*Sirviendo el Norte y el Sur de California por 35+ años.  
Sede en Los Angeles, CA. The Dominguez Firm, LLP.*

**800-777-7777**  
FIRMADOMINGUEZ.COM



Muchas gracias por contratar  
a Firma Dominguez por su  
**Reclamo de Compensación Laboral.**

Por más de 34 años, Firma Dominguez ha resuelto con éxito miles de casos de lesiones e incapacidades causadas por accidentes de trabajo. Nuestro equipo legal es altamente capacitado y hará lo mejor por usted. Estamos atentos para asistirle en cada paso de su reclamo.

Hemos creado este folleto sobre reclamos de compensación del trabajador para informarle sobre el proceso. Esta información tiene como objetivo ofrecerle a usted, el cliente, una breve descripción sobre el sistema de compensación del trabajador de California. Es importante que lo lea para mejor entender sus derechos y posibles beneficios, así como las distintas etapas del proceso médico/legal de su reclamo.

# Mientras trabajamos en su reclamo



hay algunas cosas que puede hacer para ayudarnos con su caso.

- ▶ **Asista a todas** sus citas médicas.
- ▶ **Mantenga a nuestra oficina** al tanto sobre su información de contacto:

Número De Teléfono   Su Dirección   Email



- ▶ **No comente los hechos** de su accidente o sus lesiones con ninguna otra persona que no sea de nuestra oficina legal o sus proveedores de atención médica.



- ▶ **Por último**, tenga cuidado al publicar fotos personales, videos y comentarios en redes sociales como Facebook, Twitter, Instagram y YouTube, entre otras, durante el proceso.

Los abogados defensores pueden utilizar su información de redes sociales en su contra.



# COMUNICACIÓN CON NUESTRA OFICINA LEGAL

## DURANTE SU RECLAMO

Para Firma Dominguez es un orgullo poder brindarle un buen servicio y asegurar que sus necesidades y preocupaciones sean atendidas de la mejor forma posible.

Su asistente legal asignado le dará su nombre, email, y número de teléfono directo. Por favor tome nota de esta información al final de este folleto.

Si llama y su asistente legal asignado no está disponible, él o ella intentará devolverle su llamada dentro de las 24 horas hábiles.

Invitamos a nuestros clientes a que utilicen **mensajes de texto o correo electrónico** para comunicarse con nuestras oficinas. Suele ser más rápido y fácil que las llamadas telefónicas, ofrece un registro escrito de la comunicación entre la firma y el cliente, y elimina tiempo perdido en cruces de llamadas.

Tenga en cuenta que también puede llamar al Departamento de Compensación al Trabajador de nuestra firma directamente al **(800) 777-7777**.

Los horarios de nuestras oficinas son de **8 a.m. a 5 p.m.**, de lunes a viernes.

Si desea consultar personalmente con nuestras oficinas, **coordine una cita anteriormente para que podamos asegurarle una buena atención.**

También, si es necesario puede solicitar una consulta telefónica con el abogado supervisor asignado.

**FIRMA DOMINGUEZ**





## ¿Quién califica para los beneficios de compensación laboral?

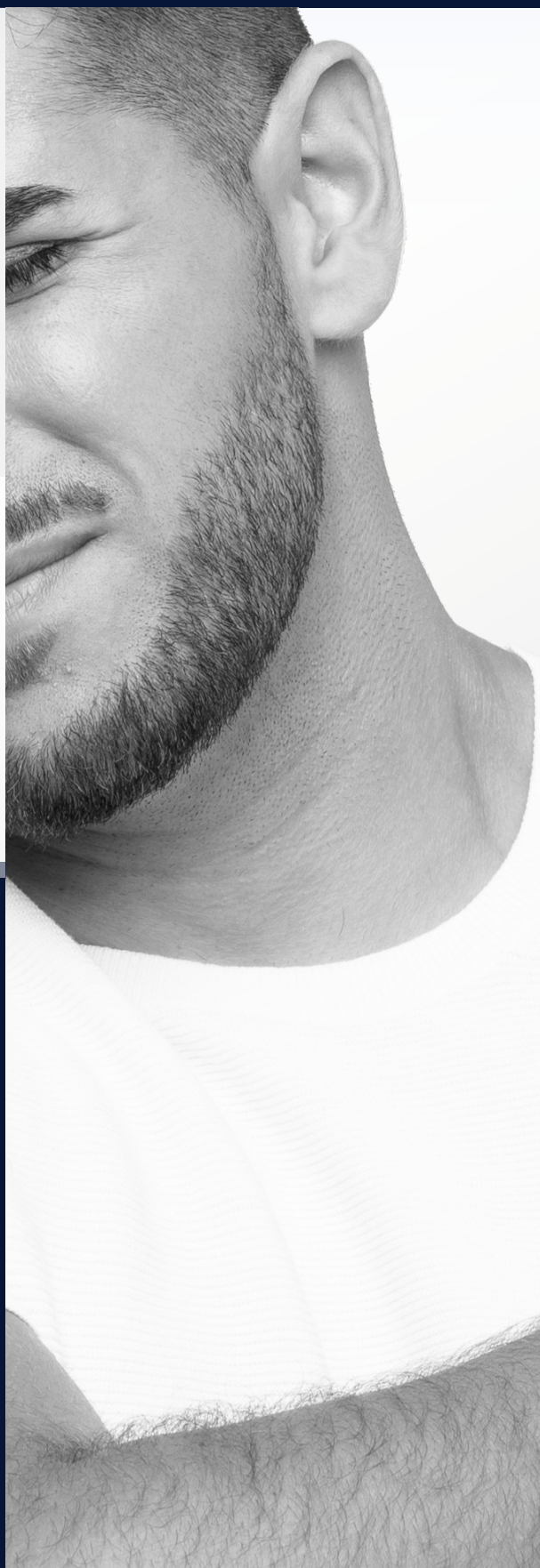
Los beneficios de compensación laboral se podrán obtener si sufre una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. Su lesión puede ser el resultado de un único evento o de repetidas exposiciones en el trabajo.

Luego de sufrir una lesión o enfermedad en el trabajo, debe informar a su empleador de inmediato. Si su empleador no se entera de su lesión dentro de los 30 días de haber ocurrido el accidente, usted podrá perder el derecho a recibir los beneficios de una compensación laboral.

Al fin de este folleto, encontrará un ejemplo de la Petición del Empleado para Compensación del Trabajador (DWC 1), publicado por el Departamento de Relaciones Industriales del Estado de California.

Su empleador deberá entregarle una versión más extensa de este formulario, que usted y el representante de su empleador deberán completar.

Si no ha completado este formulario o si no lo ha recibido de su empleador, infórmenos y haremos lo necesario para completarlo por usted.



## Tenga en cuenta tres precedentes legales importantes sobre la **compensación del trabajador** en California:

1

No tiene que ser residente legal de los Estados Unidos para recibir la mayoría de los beneficios de una compensación laboral por accidente de trabajo.

2

Generalmente, recibe los beneficios sin importar quién tuvo la culpa de su lesión laboral.

3

Puede estar cubierto por una compensación laboral incluso si su empleador lo denomina como "trabajador independiente".



**Si se ha lesionado en el trabajo**, el próximo paso es comunicarse con nuestra firma legal para que pueda recibir los beneficios disponibles conforme al sistema de compensación laboral de California (California Workers' Compensation).



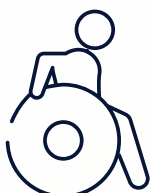
## Beneficios disponibles a través de una **compensación laboral**

Los beneficios de una compensación laboral por lesión o enfermedad en el trabajo pueden incluir los siguientes:



### ► Atención Médica

Esto incluye cobertura por visitas médicas y otros servicios de atención médica, incluyendo: pruebas, medicamentos, y costos de transporte razonablemente necesarios para tratar su lesión. No deberá pagar por estos servicios si presenta un formulario de reclamo y si su proveedor de atención médica sabe que la lesión se produjo en su lugar de trabajo.



### ► Beneficios por Incapacidad Total Temporal

Es posible que tenga derecho hasta **104 semanas** de pagos por incapacidad total temporal. Este beneficio requiere que:

**1**

Los médicos de su tratamiento manifiesten que no puede realizar sus tareas laborales habituales durante más de tres días.

**2**

Usted quede hospitalizado durante una noche y que su empleador no le ofrezca un trabajo alternativo, por su salario habitual, mientras se recupera.

Como regla general, los beneficios por incapacidad total temporal representan dos tercios de su salario bruto (antes de impuestos) mientras se recupera de una lesión laboral.



Es importante saber que por ley se establece una cantidad semanal mínima y máxima para este beneficio. Nuestro asistente legal le informará sobre la fórmula de cálculo que se aplique en su caso, lo que determinará cuánto dinero recibirá y cuándo y por cuánto tiempo tendrá derecho a recibirlo.

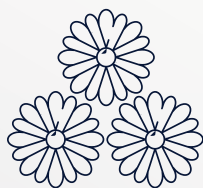




### ► Beneficios por Incapacidad Permanente

Es posible que tenga derecho a recibir beneficios por incapacidad permanente si no se recupera completamente de su lesión y si le causa una pérdida permanente de alguna función física y/o mental, según lo confirme un médico. Su elegibilidad para estos beneficios se determinará si llega a un punto en su recuperación en que su condición médica no mejora ni empeora. Esta condición se denomina “permanente y estacionaria” o “máximo mejoramiento médico”.

Luego de que su médico decida que su condición es permanente y estacionaria, emitirá un informe. Este informe incluye una clasificación del porcentaje numérico que ayuda a determinar su clasificación de incapacidad permanente. Esta clasificación luego se utilizará para determinar una compensación monetaria permanente y estacionaria de pago único por su reclamo.



### ► Beneficios por Fallecimiento

Son pagos para el esposo(a), hijos u otros dependientes sobrevivientes por el fallecimiento causados por una lesión laboral. Nuestro equipo legal investiga y evalúa distintos factores para calcular la fórmula correcta de pago para cada dependiente en función de la ley de compensación laboral relevante. También hay una cantidad por gastos de entierro.



### ► Beneficios Suplementarios por Desplazamiento de Trabajo

Los empleados lesionados a partir del 1 de enero de 2005, permanentemente incapaces de realizar sus tareas laborales habituales, y cuyos empleadores no les ofrezcan otro trabajo, pueden calificar para recibir los Beneficios Suplementarios por Desplazamiento de Trabajo (SJDB en inglés). Los SJDB se entregan como un valor no transferible para pagar cursos de readaptación educativa y/o mejoramiento de capacidades laborales en escuelas aprobadas o acreditadas por el estado.

Es posible que tenga derecho a uno o más de los beneficios antes mencionados. Nuestras oficinas legales se asegurarán de que reciba todos los beneficios de compensación laboral a los que tenga derecho. Comuníquese por teléfono o por email con su asistente legal asignado si tiene alguna duda o pregunta.



# COMPENSACIÓN LABORAL/DE TERCEROS

## CASOS CRUZADOS

Una lesión laboral ocasionada parcialmente por culpa de un tercero, que no es su empleador ni tampoco empleado de su empleador, puede darle derecho a presentar un reclamo de compensación laboral y una acción civil legal contra el tercero. Estos casos complejos generalmente se denominan casos “cruzados” y Firma Domínguez ha resuelto cientos de estos casos.

Si cree que su accidente laboral fue provocado de forma total o parcial por un tercero, comuníquese por teléfono o por email con su asistente legal asignado de inmediato. Investigaremos y lo asesoraremos sobre el curso de acción recomendado.



## Discriminación conforme al Artículo 132(a) del Código Laboral

Si cree que su empleador tomó represalias contra usted por presentar un reclamo de compensación del trabajador y lo despidió o lo discriminó, puede iniciar acciones legales contra su empleador conforme al Artículo 132(a) del Código Laboral de California. El código de protección del empleado existe para desalentar a los empleadores que injustamente despidan o discriminan contra los empleados que han sufrido una lesión

en el trabajo. También responsabiliza a aquellos empleadores que han actuado en contra de sus empleados. Si su empleador intenta despedirlo o lo discrimina luego de presentar un reclamo de compensación del trabajador, comuníquese por teléfono o por email con su asistente legal asignado de inmediato. Investigaremos y lo asesoraremos sobre el curso de acción recomendado.



# Cal-OSHA



Cal-OSHA son las iniciales en inglés de la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional de California (California Occupational Safety and Health Administration).

Cal-OSHA tiene la función de proteger a los trabajadores contra los riesgos de seguridad y salud en el lugar de trabajo. Una parte importante de Cal-OSHA es su división de investigación, que generalmente asiste a los sitios de accidentes laborales cuando ocurre una lesión grave.

Muchos de los investigadores de Cal-OSHA están especialmente capacitados en investigaciones de accidentes relacionados con el trabajo. El objetivo de una investigación de Cal-OSHA consiste en determinar la causa de un accidente y ayudar a prevenir accidentes laborales similares en el futuro.

Este proceso de investigación de Cal-OSHA finaliza con un informe completo de los hechos bien documentados que también pueden incluir declaraciones de testigos y potenciales consecuencias para el empleador.

Estos informes suelen ser útiles para determinar la responsabilidad de los accidentes laborales y establecer si pudiera existir una acción civil cruzada y/o grave y deliberada. Nuestra firma solicitará el informe de Cal-OSHA siempre que haya uno disponible. Si un investigador de Cal-OSHA lo entrevistó sobre su accidente laboral, comuníquese por teléfono o por email con su asistente legal asignado de inmediato para informarnos.

Sin embargo, si un investigador de Cal-OSHA lo contacta para realizarle una entrevista estando usted representado por Firma Dominguez, no haga ninguna declaración sin antes informarnos sobre esta solicitud.



## Duración De Su Reclamo

### ¿Cuánto tiempo tomará resolver mi reclamo?



Ningún abogado puede decirle cuanto tiempo llevará el proceso. Cada caso es diferente. Existen muchos factores, como: los hechos de su caso, la naturaleza y la gravedad de su lesión, la cooperación de su seguro, el calendario de las cortes y la duración de su recuperación médica. Sin embargo, un reclamo de compensación del trabajador generalmente tarda de uno a tres años para resolverse, aunque algunos pueden extenderse más tiempo.

Luego de que su(s) médico(s) haya(n) considerado su condición permanente y estacionaria, nuestra firma podrá iniciar el proceso legal para resolver su caso. Esto puede incluir audiencias en tribunales y posiblemente un juicio ante un juez. Cada una de estas audiencias y juicios están programada de acuerdo a la disponibilidad de las cortes, jueces y litigantes. Además, en algunos casos es necesario organizar

múltiples audiencias y juicios antes de poder comenzar un proceso de negociación productiva. Incluso, después de que la negociación haya comenzado, podrá haber un juicio final para una resolución. Lo mantendremos al tanto del progreso hacia una resolución final por su reclamo luego de que su(s) médico(s) haya(n) considerado que ha llegado a un estado de máximo mejoramiento médico.

## Conclusión

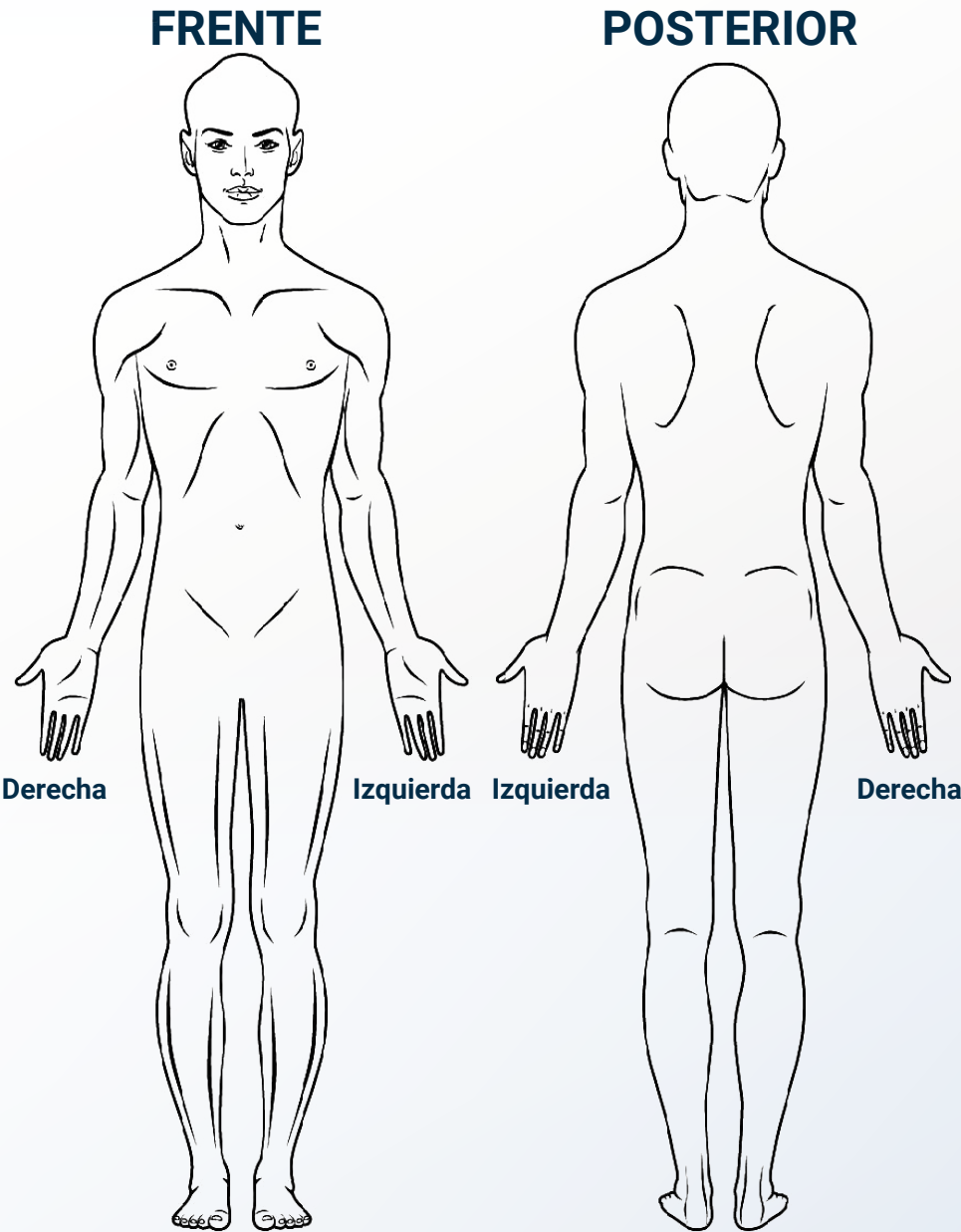
Le agradecemos una vez más por confiar su caso con Firma Dominguez. Nuestro personal legal está consciente de los principios fundadores de la firma: compasión, servicio y resultados. Usted es importante para nosotros, y haremos nuestro mejor esfuerzo en su nombre. Estamos aquí para usted.

No dude en contactarnos con cualquier pregunta que tenga sobre su caso. Nos pondremos en contacto con usted siempre que sea necesario y lo mantendremos al tanto de cualquier información significativa. Por favor, manténganos informados de sus necesidades médicas y cambios de estado. ¡No podemos cambiar el pasado, pero juntos podemos mejorar su futuro!



# Marque Sus Lastimaduras

Marque en las figuras del cuerpo cualquier área de dolor o lesión causadas por este accidente. Indique cualquier cortadura, partes adoloridas, moretones, etc.



# PETICIÓN DEL EMPLEADO PARA COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES

State of California  
Department of Industrial Relations  
DIVISION OF WORKERS' COMPENSATION



Estado de California  
Departamento de Relaciones Industriales  
DIVISION DE COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR

## WORKERS' COMPENSATION CLAIM FORM (DWC 1)

## PETITION DEL EMPLEADO PARA DE COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR (DWC 1)

**Employee:** Complete the "Employee" section and give the form to your employer. Keep a copy and mark it "Employee's Temporary Receipt" until you receive the signed and dated copy from your employer. You may call the Division of Workers' Compensation and hear recorded information at (800) 736-7401. An explanation of workers' compensation benefits is included as the cover sheet of this form.

You should also have received a pamphlet from your employer describing workers' compensation benefits and the procedures to obtain them.

**Empleado:** Complete la sección "Empleado" y entregue la forma a su empleador. Quédese con la copia designada "Recibo Temporal del Empleado" hasta que Ud. reciba la copia firmada y fechada de su empleador. Ud. puede llamar a la División de Compensación al Trabajador al (800) 736-7401 para oír información gravada. En la hoja cubierta de esta forma esta la explicación de los beneficios de compensación al trabajador.

Ud. también debería haber recibido de su empleador un folleto describiendo los beneficios de compensación al trabajador lesionado y los procedimientos para obtenerlos.

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.

Toda aquella persona que a propósito haga o cause que se produzca cualquier declaración o representación material falsa o fraudulenta con el fin de obtener o negar beneficios o pagos de compensación a trabajadores lesionados es culpable de un crimen mayor "felonía".

**Employee—complete this section and see note above**      **Empleado—complete esta sección y note la notación arriba.**

1. Name. *Nombre.* \_\_\_\_\_ Today's Date. *Fecha de Hoy.* \_\_\_\_\_
2. Home Address. *Dirección Residencial.* \_\_\_\_\_
3. City. *Ciudad.* \_\_\_\_\_ State. *Estado.* \_\_\_\_\_ Zip. *Código Postal.* \_\_\_\_\_
4. Date of Injury. *Fecha de la lesión (accidente).* \_\_\_\_\_ Time of Injury. *Hora en que ocurrió.* \_\_\_\_\_ a.m. \_\_\_\_\_ p.m.
5. Address and description of where injury happened. *Dirección/lugar dónde ocurrió el accidente.* \_\_\_\_\_
6. Describe injury and part of body affected. *Describe la lesión y parte del cuerpo afectada.* \_\_\_\_\_
7. Social Security Number. *Número de Seguro Social del Empleado.* \_\_\_\_\_
8. Signature of employee. *Firma del empleado.* \_\_\_\_\_

**Employer—complete this section and see note below.**      **Empleador—complete esta sección y note la notación abajo.**

9. Name of employer. *Nombre del empleador.* \_\_\_\_\_
10. Address. *Dirección.* \_\_\_\_\_
11. Date employer first knew of injury. *Fecha en que el empleador supo por primera vez de la lesión o accidente.* \_\_\_\_\_
12. Date claim form was provided to employee. *Fecha en que se le entregó al empleado la petición.* \_\_\_\_\_
13. Date employer received claim form. *Fecha en que el empleado devolvió la petición al empleador.* \_\_\_\_\_
14. Name and address of insurance carrier or adjusting agency. *Nombre y dirección de la compañía de seguros o agencia administradora de seguros.* \_\_\_\_\_
15. Insurance Policy Number. *El número de la póliza de Seguro.* \_\_\_\_\_
16. Signature of employer representative. *Firma del representante del empleador.* \_\_\_\_\_
17. Title. *Título.* \_\_\_\_\_ 18. Telephone. *Teléfono.* \_\_\_\_\_

**Employer:** You are required to date this form and provide copies to your insurer or claims administrator and to the employee, dependent or representative who filed the claim within one working day of receipt of the form from the employee.

**Empleador:** Se requiere que Ud. feche esta forma y que propée copias a su compañía de seguros, administrador de reclamos, o dependiente/representante de reclamos y al empleado que hayan presentado esta petición dentro del plazo de un día hábil desde el momento de haber sido recibida la forma del empleado.

SIGNING THIS FORM IS NOT AN ADMISSION OF LIABILITY

EL FIRMAR ESTA FORMA NO SIGNIFICA ADMISION DE RESPONSABILIDAD

☐ Employer copy/Copia del Empleador      ☐ Employee copy/ Copia del Empleado

☐ Claims Administrator/Administrador de Reclamos      ☐ Temporary Receipt/Recibo del Empleado

6/10 Rev.



## Notas



## Notas

## Notas



#### Derechos de Autor y Aviso Legal:

El contenido, diseño, y desarrollo de este folleto es propiedad intelectual de Firma

Dominguez y no puede ser utilizado (con excepción a los clientes o clientes potenciales para su legítimo uso personal), duplicado, copiado, o publicado en cualquier forma sin el permiso expreso y escrito del abogado Juan J. Dominguez, o su asignado. Derechos de Autor © 2022. Presentar un reclamo de compensación del trabajador falso o fraudulento es un delito grave sujeto a 5 años de prisión o una multa de hasta \$50,000 o el doble del valor del fraude, lo que sea mayor, o por ambas prisión y multa.

Nombre de su Asistente Legal: \_\_\_\_\_

Teléfono de su Asistente Legal (Llamada o Texto): \_\_\_\_\_

Email de su Asistente Legal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Firma Dominguez: (800) 777-7777

FIRMA DOMINGUEZ<sub>LLP</sub>

