



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 in the Notice of Potential Eligibility, which is the cover sheet of this form. Detach and save this notice for future reference.

You should also have received a pamphlet from your employer describing workers' compensation benefits and the procedures to obtain them. You may receive written notices from your employer or its claims administrator about your claim. If your claims administrator offers to send you notices electronically, and you agree to receive these notices only by email, please provide your email address below and check the appropriate box. If you later decide you want to receive the notices by mail, you must inform your employer in writing.

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. Una explicación de los beneficios de compensación de trabajadores está incluido en la Notificación de Posible Elegibilidad, que es la hoja de portada de esta forma. Separe y guarde esta notificación como referencia para el futuro.*

Ud. también debería haber recibido de su empleador un folleto describiendo los beneficios de compensación al trabajador lesionado y los procedimientos para obtenerlos. Es posible que reciba notificaciones escritas de su empleador o de su administrador de reclamos sobre su reclamo. Si su administrador de reclamos ofrece enviarle notificaciones electrónicamente, y usted acepta recibir estas notificaciones solo por correo electrónico, por favor proporcione su dirección de correo electrónico abajo y marque la caja apropiada. Si usted decide después que quiere recibir las notificaciones por correo, usted debe de informar a su empleador por escrito.

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. Check if you agree to receive notices about your claim by email only. *Marque si usted acepta recibir notificaciones sobre su reclamo solo por correo electrónico.* Employee's e-mail. _____ *Correo electrónico del empleado.* _____

You will receive benefit notices by regular mail if you do not choose, or your claims administrator does not offer, an electronic service option. *Usted recibirá notificaciones de beneficios por correo ordinario si usted no escoge, o su administrador de reclamos no le ofrece, una opción de servicio electrónico.*

9. Signature of employee. *Firma del empleado.* _____

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

10. Name of employer. *Nombre del empleador.* **Silver Farm Labor**

11. Address. *Dirección.* **1120 Commerce Ave #158, Atwater, CA 95301**

12. Date employer first knew of injury. *Fecha en que el empleador supo por primera vez de la lesión o accidente.* _____

13. Date claim form was provided to employee. *Fecha en que se le entregó al empleado la petición.* _____

14. Date employer received claim form. *Fecha en que el empleado devolvió la petición al empleador.* _____

15. Name and address of insurance carrier or adjusting agency. *Nombre y dirección de la compañía de seguros o agencia administradora de seguros.* **Star/Williamsburg National/ProCentury Meadowbrook Ins. Group 2000 Mallory Lane, Suite 130-603 Franklin TN 37067-8231**

16. Insurance Policy Number. *El número de la póliza de Seguro.* **WC-0806379-02-2020**

17. Signature of employer representative. *Firma del representante del empleador.*

18. Title. *Título.* **Owner** 19. Telephone. *Teléfono.* **(209) 233-5376**

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 provéa 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

State of California EMPLOYER'S REPORT OF OCCUPATIONAL INJURY OR ILLNESS		Please complete in triplicate (type if possible) Mail two copies to:		OSHA CASE NO.	
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.		California law requires employers to report within five days of knowledge every occupational injury or illness which results in lost time beyond the date of the incident OR requires medical treatment beyond first aid. If an employee subsequently dies as a result of a previously reported injury or illness, the employer must file within five days of knowledge an amended report indicating death. In addition, every serious injury, illness, or death must be reported immediately by telephone or telegraph to the nearest office of the California Division of Occupational Safety and Health.			
EMPLOYER	1. FIRM NAME <i>Silver Farm Labor, Inc</i>	1a. Policy Number <i>WC-0806379-02-2020</i>	Please do not use this column		
	2. MAILING ADDRESS: (Number, Street, City, Zip) <i>1120 Commerce Ave #158 Alhambra, CA 91801</i>	2a. Phone Number <i>(209) 233-5376</i>	CASE NUMBER		
	3. LOCATION if different from Mailing Address (Number, Street, City and Zip)	3a. Location Code	OWNERSHIP		
	4. NATURE OF BUSINESS; e.g. Painting contractor, wholesale grocer, sawmill, hotel, etc. <i>Farm Labor Contractor</i>	5. State unemployment insurance acct.no	INDUSTRY		
	6. TYPE OF EMPLOYER: <input checked="" type="checkbox"/> Private <input type="checkbox"/> State <input type="checkbox"/> County <input type="checkbox"/> City <input type="checkbox"/> School District <input type="checkbox"/> Other Gov't. Specify _____	7. DATE OF INJURY / ONSET OF ILLNESS (mm/dd/yy)		OCCUPATION	
	8. TIME INJURY/ILLNESS OCCURRED AM _____ PM _____	9. TIME EMPLOYEE BEGAN WORK AM _____ PM _____	10. IF EMPLOYEE DIED, DATE OF DEATH (mm/dd/yy)	SEX	
	11. UNABLE TO WORK FOR AT LEAST ONE FULL DAY AFTER DATE OF INJURY? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	12. DATE LAST WORKED (mm/dd/yy)	13. DATE RETURNED TO WORK (mm/dd/yy)	AGE	
	14. IF STILL OFF WORK, CHECK THIS BOX: <input type="checkbox"/>	15. PAID FULL DAYS WAGES FOR DATE OF INJURY OR LAST DAY WORKED? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	16. SALARY BEING CONTINUED? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	DAILY HOURS	
	17. DATE OF EMPLOYER'S KNOWLEDGE /NOTICE OF INJURY/ILLNESS (mm/dd/yy)	18. DATE EMPLOYEE WAS PROVIDED CLAIM FORM (mm/dd/yy)	DAYS PER WEEK		
	19. SPECIFIC INJURY/ILLNESS AND PART OF BODY AFFECTED. MEDICAL DIAGNOSIS if available, e.g. Second degree burns on right arm, tendonitis on left elbow, lead poisoning		WEEKLY HOURS		
20. LOCATION WHERE EVENT OR EXPOSURE OCCURRED (Number, Street, City, Zip)	20a. COUNTY	21. ON EMPLOYER'S PREMISES? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
22. DEPARTMENT WHERE EVENT OR EXPOSURE OCCURRED. e.g. Shipping department, machine shop		23. Other Workers injured or ill in this event? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
24. EQUIPMENT, MATERIALS AND CHEMICALS THE EMPLOYEE WAS USING WHEN EVENT OR EXPOSURE OCCURRED, e.g.. Acetylene, welding torch, farm tractor, scaffold		WEEKLY WAGE			
25. SPECIFIC ACTIVITY THE EMPLOYEE WAS PERFORMING WHEN EVENT OR EXPOSURE OCCURRED, e.g.. Welding seams of metal forms, loading boxes onto truck.		COUNTY			
26. HOW INJURY/ILLNESS OCCURRED. DESCRIBE SEQUENCE OF EVENTS. SPECIFY OBJECT OR EXPOSURE WHICH DIRECTLY PRODUCED THE INJURY/ILLNESS. e.g. Worker stepped back to inspect work and slipped on scrap material. As he fell, he brushed against fresh wall, and burned right hand. USE SEPARATE SHEET IF NECESSARY		NATURE OF INJURY			
27. Name and address of physician (number, street, city, zip)		27a. Phone Number			
28. Hospitalized as an inpatient overnight? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes. If yes then, name and address of hospital (number, street, city, zip)		28a. Phone Number			
29. Employee treated in emergency room? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		PART OF BODY			
ATTENTION This form contains information relating to employee health and must be used in a manner that protects the confidentiality of employees to the extent possible while the information is being used for occupational safety and health purposes. See CCR Title 8 14300.29 (b)(6)-(10) & 14300.35(b)(2)(E)2. Note: Shaded boxes indicate confidential employee information as listed in CCR Title 8 14300.35(b)(2)(E)2.		SOURCE			
30. EMPLOYEE NAME		31. SOCIAL SECURITY NUMBER			
32. DATE OF BIRTH (mm/dd/yy)		EVENT			
33. HOME ADDRESS (Number, Street, City, Zip)		33a. PHONE NUMBER			
34. SEX <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		35. OCCUPATION (Regular job title, NO initials, abbreviations or numbers)			
36. DATE OF HIRE (mm/dd/yy)		SECONDARY SOURCE			
37. EMPLOYEE USUALLY WORKS _____ hours per day, _____ days per week, _____ total weekly hours		37a. EMPLOYMENT STATUS <input type="checkbox"/> regular, full-time <input type="checkbox"/> part-time <input type="checkbox"/> temporary <input type="checkbox"/> seasonal			
37b. UNDER WHAT CLASS CODE OF YOUR POLICY WHERE WAGES ASSIGNED		EXTENT OF INJURY			
38. GROSS WAGES/SALARY \$ _____ per _____		39. OTHER PAYMENTS NOT REPORTED AS WAGES/SALARY (e.g. tips, meals, overtime, bonuses, etc.)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
Completed By (type or print)		Signature & Title			
		Date (mm/dd/yy)			

Nombre de Empleado _____

Número de Póliza _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Fecha de accidente: ____ / ____ / ____



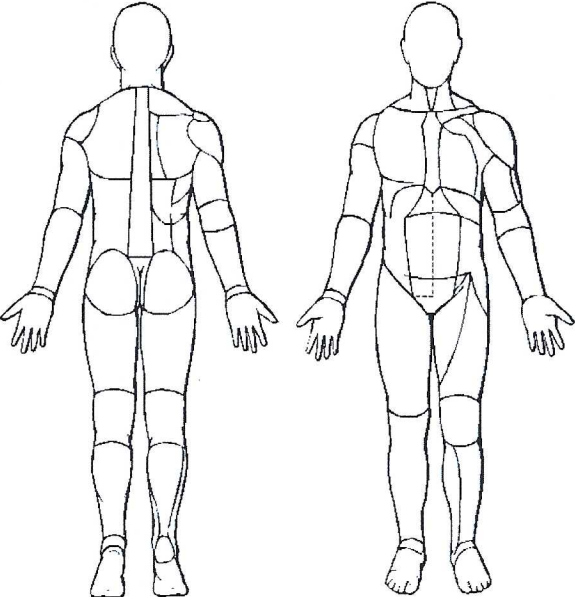
Preguntas Adicionales Del Incidente

1. Fecha de trabajo temporal COMIENZO: ____ / ____ / ____ FIN: ____ / ____ / ____
2. ¿El empleador tiene dudas del accidente y/o la incapacidad? Sí No
Si hay dudas, favor de enviar una breve declaración por fax o correo electrónico.
3. Preferencia de idioma del empleado: _____
4. Nombres de los Testigos: _____
5. ¿Tiempo Perdido? Sí No Sí es sí, ¿cuál fue el primer día?: _____
6. Último día trabajado: _____ Fecha de incapacidad: _____
7. El doctor le ordeno: Incapacidad Temporal Trabajo Modificado
8. ¿Hay trabajo modificado disponible para este accidente ? Sí No
9. ¿Han pasado más de 7 días desde que el empleador o el supervisor directo del accidentado tuvo conocimiento del accidente? Sí No
(Conocimiento incluye notificarle al empleador, supervisor, o mayordomo)
10. Si la respuesta a la pregunta #9 es Sí, favor de seleccionar la razón aplicable que sigue:
 El empleado accidentado inicialmente rechazó tratamiento médico.
 El empleado accidentado reporto el accidente tarde al empleador.
 Otra razón: _____

Envíe esta forma a FSIM vía:

Fax: 800-397-7770 Email: intake@fsim.us Teléfono: 800-951-1134

Employee's Report of Injury / Illness Reporte de Herida/Enfermedad

Date of Injury or Illness/Fecha de Herida o Enfermedad		Employee/Empleado		SS #	DOB/Fecha de Nacimiento
Hour/Hora	Time Began Work/Empiezo de Trabajo	Address/Dirección			Phone Number/Numero de Teléfono
Date Employee Reported Injury or Illness/Fecha Empleado Reporto Herida o Enfermedad		Occupation/Ocupación	Crew/Cuadria	Foreman/Mayordomo	
Nature of Injury or Illness/Clase de Herida o Enfermedad			Location/Lugar		County/Condado
Part of Body Affected/Parte de Cuerpo Afectado					
<p>Explain How Injury or Illness Occurred, Describe Sequence of Events in Detail, and Specify Object or Substance which Directly Produced the Injury or Illness/Explique Como la Herida o Enfermedad Ocurrió, Describe la Secuencia de Eventos en Detalle, y Especifique el Objeto o Substancia que Produjo Directamente la Herida o la Enfermedad</p>					
<p>Employee must mark an "X" where injured <i>Empleado necesita marcar un "X" donde lesionado</i></p> 					
<p>Injured employee must complete the following: <i>Lesionado empleado necesita completar lo siguiente:</i></p> <p>I, _____, have sustained a work-related injury/illness while employed with the company. I have identified where I have been injured with an "X" on the diagram above. I understand that 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.</p> <p style="padding-left: 40px;"> <input type="checkbox"/> I would like medical attention for my injury/illness. <input type="checkbox"/> My injury/illness does not require medical attention. </p> <p>Yo, _____, ha sostenido una herida/enfermedad relacionado con mi trabajo mientras empleado con la compañía. He identificado donde he sido herido con un "X" en el esquema arriba. Yo entiendo que 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 "felonia."</p> <p style="padding-left: 40px;"> <input type="checkbox"/> Yo quiero atención médica para mi lesión/enfermedad. <input type="checkbox"/> Mi herida/enfermedad no requiere la atención médica. </p>					
List All Witnesses / Enumere Todo los Testigos					
List Steps Taken to Eliminate Hazard / Enumere Pasos Inmediatos Tomados para Eliminar Peligro					
Suggestion to Prevent Recurrence / Sugerencia Para Prevenir Reaparición					

All work-related injuries/illnesses **MUST** be immediately reported to your immediate Supervisor, HR Department & Workers' Compensation Carrier. Todas heridas/enfermedades relacionado con el trabajo **DEBEN** ser reportados inmediatamente a su Supervisor, Departamento de Recursos Humanos y la Aseguración de Compensación para Trabajadores.

Employee's Signature/Firma de Empleado

Date/Fecha

Supervisor's Signature/Firma de Supervisor

Date/Fecha



Meadowbrook Workers' Compensation Prescription Information

Employer: Please fill out employee information below and provide employee with this document to take to any pharmacy.

Employee Name (Nombre/apellido)	
Member ID/SSN: (número de identidad/seguro social)	
Date of Injury: (fecha de la lesión)	
Group#	10602650
Processor	myMatrixx
BIN#	014211
Day supply is limited to 30 days for a new injury (Abastecimiento diario esta limitado a 30 días para una lesión nueva)	
myMatrixx Help Desk: (877) 804-4900	

Employer Signature:	Phone:	Date:
------------------------	--------	-------

<p>Employee: Meadowbrook has partnered with myMatrixx to make filling workers' compensation prescriptions easy.</p> <p>This document serves as a temporary prescription card. A permanent prescription card specific to your injury will be forwarded directly to you within the next 3 to 5 business days.</p> <p>Please take this letter and your prescription(s) to a pharmacy near you. myMatrixx has a network of over 60,000 pharmacies nationwide. If you need assistance locating a network pharmacy near you, please call myMatrixx toll free at (877) 804-4900.</p> <p style="text-align: center;">IF YOU ARE DENIED MEDICATION(S) AT THE PHARMACY PLEASE CALL (877) 804-4900</p>	<p>TRABAJADOR LESIONADO: Meadowbrook se ha unido con myMatrixx para llenar las recetas médicas por lesiones bajo compensación del trabajador más fácil .</p> <p>Este documento le sirve como tarjeta provisional para su primera receta. Una tarjeta permanente y específicamente para su lesión le será enviada por correo dentro de los próximos 3 a 5 días laborales.</p> <p>Por favor lleve este documento y su receta a la farmacia. myMatrixx tiene un red de más de 60,000 farmacias dentro del país. Si quiere saber si una farmacia en particular esta dentro de nuestra red favor de llamar al (877) 804-4900.</p> <p style="text-align: center;">SI LE NIEGAN EL MEDICAMENTO EN LA FARMACIA FAVOR DE LLAMAR AL (877) 804-4900</p>
--	--

<p>Pharmacist: Please obtain above information from the injured employee if not already filled in by employer to process prescriptions for the workers' compensation injury only. Document only valid if signed and dated by employer above.</p> <p>Please do not send patient home or have patient pay for medication(s) before calling myMatrixx for assistance.</p> <p>NOTE: Certain medications are pre-approved for this patient; these medications will process without an authorization. All others will require prior approval.</p> <p style="text-align: center;">HELPDESK (877) 804-4900</p>	<p>Farmacéutico: Por favor obtenga la información de arriba del paciente si el patrón no la lleno, para procesar recetas médicas relacionadas a lesiones bajo la compensación del trabajador solamente. El document es válido si esta firmado y fechado en la parte superior por el patron. :</p> <p>Por favor no envíe al paciente a la casa ni le haga pagar por medicamentos sin antes comunicarse con myMatrixx.</p> <p>AVISO: Ciertos medicamentos han sido pre-aprobados para este paciente; estos medicamentos son procesados sin autorización. Todos los demás precisan autorización previa.</p> <p style="text-align: center;">HELPDESK (877) 804-4900</p>
---	--