State of Nevada
DEPARTMENT OF BUSINESS & INDUSTRY
DIVISION OF INDUSTRIAL RELATIONS
Workers' Compensation Section

A T T E N T I O N

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 https://eflex.nv.gov/efile/reg 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, Appeals Office, 2200 South Rancho Drive, Suite 220, Las Vegas, NV 89102 or the Department of Administration, Appeals Office, 1050 East William Street, Suite 450, 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 3360 W. Sahara Ave., Suite 250, 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://adsd.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:_____ Contact Person: _____

Address:_____ Telephone Number: _____
City State Zip

MCO/Health Care Provider:_____ Contact Person: _____

Address:_____ Telephone Number: _____
City State Zip

Estado de Nevada

DEPARTAMENTO DE NEGOCIOS E INDUSTRIAS

DIVISIÓN DE RELACIONES INDUSTRIALES

Sección de Compensación Laboral

ATENCIÓN

Precaución: La información a continuación es de carácter general y no pretende ser asesoramiento legal. Si tiene alguna pregunta sobre su condición de empleador o empleado o sobre sus derechos y cualificación para beneficios específicos en alguna reclamación por lesión laboral o enfermedad laboral, debe consultar con un abogado con experiencia en seguros industriales.

Breve descripción de si el empleador está obligado a obtener un seguro industrial y si una persona es un empleado que esté cubierto

Todo empleador... deberá proveer y asegurar compensación... por cualquier daño personal que un empleado sufra derivado de y en el transcurso del empleo. Véase: NRS 616B.612(1).

Un **empleador** se define como: "Toda persona, empresa, asociación voluntaria y corporación privada, incluso cualquier corporación de servicios públicos, que tenga en servicio a cualquier persona bajo un contrato de "arrendamiento." Véase: NRS 616A.230(2). "Una persona no es empleador... si: (a) La persona celebra un contrato con otra persona o empresa que sea una empresa independiente; y (b) La persona no está en el mismo oficio, negocio, profesión u ocupación que la empresa independiente." Véase: NRS 616B.603(1).

Un empleado se define en términos generales como: "Toda persona al servicio de un empleador bajo cualquier nombramiento, contrato de arrendamiento o aprendizaje, expreso o implícito, verbal o por escrito, ya sea empleado legal o ilegalmente." Véase: NRS 616A.105; pero excluye a empleados eventuales que no estén en el mismo oficio, negocio, profesión u ocupación; personas contratadas como intérpretes teatrales o teatrales o en alguna exhibición; músicos que no duren más de 2 días consecutivos; sirvientes de familia, empleados de agricultura y ganadería; patrullas de esquí voluntarias; funcionarios deportivos pagados por medio de tarifa simbólica; clérigos, rabinos o lectores laicos; corredores inmobiliarios o vendedores; y vendedores comisionados. Véase: NRS 616A.110.

Un contratista independiente es una persona contratada y remunerada únicamente para producir un resultado. Se define como: "... cualquier persona que preste un servicio por una compensación específica para un resultado determinado, bajo el control del principal de la persona, solo respecto al resultado del trabajo para esa persona y no respecto al medio por el cual se logra dicho resultado." Véase: NRS 616A.255.

Breve descripción de sus derechos y beneficios, si llega a sufrir de alguna lesión en el trabajo si llega a contraer alguna enfermedad en el trabajo

Aviso de lesión o enfermedad laboral (Formulario para Informe de Incidente: C-1): Si llega a tener alguna lesión o contrae enfermedad en el trabajo durante y en el curso del empleo, debe proveer notificación por escrito a su empleador, lo antes posible, pero no más tarde de siete (7) días después del accidente o enfermedad en el trabajo. Su empleador deberá mantener un suministro suficiente de dichos formularios.

Informe de reclamación para compensación presentado por el empleado/Informe del tratamiento inicial (Formulario C-4): Si se solicita tratamiento médico, el Formulario C-4 está disponible en el lugar del tratamiento inicial. El Formulario C-4 una vez completado, debe presentarse dentro de un plazo de 90 días después del accidente o enfermedad en el trabajo. El médico tratante, quiropráctico, asistente médico o enfermero de práctica avanzada debe, dentro de los tres (3) días laborables posteriores al tratamiento, completar y enviar por correo al empleador, a la empresa aseguradora del empleador y al administrador de la tercera parte, el formulario de la Reclamación de Compensación.

Tratamiento médico: Si usted necesita tratamiento médico por su lesión o enfermedad en su trabajo, puede que tenga que seleccionar un médico o quiropráctico de una lista proporcionada por su empresa aseguradora de compensación laboral; si ha firmado contrato con alguna Organización de Atención de Servicio Médico (MCO-por sus siglas en inglés) o alguna Organización de Proveedores Preferentes (PPO- por sus siglas en inglés) o proveedores de atención médica. Si su empleador no ha firmado algún contrato con un MCO o PPO, usted puede seleccionar a un médico o quiropráctico del Panel de Médicos y Quiroprácticos. Cualquier **costo médico** relacionado con su lesión o enfermedad laboral será cubierto por su aseguradora.

Incapacidad Total Provisionalmente (TTD- por sus siglas en inglés): Si su médico ha certificado que usted no puede trabajar durante un periodo de por lo menos cinco (5) días consecutivos, o cinco (5) días acumulados dentro de un periodo de 20 días, o le impone restricciones que su empleador no ha acogido, usted podría tener derecho a compensación por TTD.

Incapacidad Parcial Provisionalmente (TPD - por sus siglas en inglés): Si el salario que usted recibe al ser recontratado llega a ser inferior a la compensación por TTD, a la que tiene derecho, la empresa aseguradora puede estar obligada a pagarle una compensación por TPD para cubrir la diferencia. La TPD solo puede pagarse durante un máximo de 24 meses.

Discapacidad Parcial Permanente (DPP): Cuando su condición médica es estable y hay indicios de una DPP como resultado de su lesión o enfermedad en el trabajo, dentro de un plazo de 30 días, nuestra empresa aseguradora debe organizar una evaluación de parte de un médico evaluador o quiropráctico para determinar el grado de su DPP. La cantidad de su indemnización por DPP depende de la fecha de la lesión, los resultados de la evaluación PPD, su edad y salario.

Incapacidad Total Permanente (PTD): Si usted está certificado médicamente por un médico tratante o quiropráctico, como discapacitado permanente y totalmente y su aseguradora le ha concedido el estatus de PTD, usted tiene derecho a recibir beneficios mensuales que no excedan el 66 2/3% de su salario mensual medio. La cantidad de sus pagos de PTD está sujeta a reducción, si usted había previamente recibido alguna indemnización PPD concepto de suma global.

Servicios de rehabilitación vocacional: Usted puede ser elegible para servicios de rehabilitación profesional, si es que no puede regresar al trabajo, debido a una discapacidad física permanente o restricciones permanentes, como resultado de su lesión o enfermedad en el trabajo.

Reembolsos de transporte y per diem: Puede que usted tenga derecho a gastos de viaje y de gastos a diario relacionados con el tratamiento médico.

Reapertura: Puede que usted tenga que reactivar su reclamación, si acaso su estado empeora tras el cierre de la reclamación.

Proceso de apelación: Si no está de acuerdo con la resolución por escrito emitida por la empresa aseguradora o la empresa aseguradora no responde a su solicitud, usted puede apelar ante el Oficial de Audiencias del Departamento de Administración dentro de los 70 días siguientes a la carta de determinación. Si no está de acuerdo con la decisión del Oficial de Audiencias, puede apelar ante el *Department of Administration Hearings Officer* [Oficial de Apelaciones del Departamento de Administración] dentro de un plazo de 30 días, a partir de la fecha de la carta de la decisión del Oficial de Audiencias. Para presentar una apelación en línea, visite la página web de *Nevada Department of Administration, Hearings Division* [División de Audiencias del Departamento de Administración de Nevada] en https://eflex.nv.gov/efile/reg y siga los pasos para iniciar la Solicitud de Audiencia (preferida). Si usted es un litigante sin representación, puede enviar un aviso de apelación al *Department of Administration Appeals Office* 2200 South Rancho Drive, Suite 220, Las Vegas, NV 89102, o al *Department of Administration Appeals Office,* 1050 East William Street, Suite 450, Carson City, Nevada 89701. Si no está de acuerdo con la decisión de un Oficial de Apelaciones, usted puede presentar una petición de revisión judicial ante el Tribunal de Distrito. Debe hacerlo dentro de un plazo de 30 días siguientes a la decisión del Oficial de Apelaciones. Usted puede estar representado por su abogado, por cuenta suya, o puede comunicarse con la NAIW para una posible representación.

Abogado del Estado de Nevada para Trabajadores Lesionados (NAIW-por sus siglas en inglés): Si no está de acuerdo con la decisión del Oficial de Audiencias, puede solicitar que NAIW le represente, sin cargos a usted, en la audiencia del Oficial de Apelaciones. NAIW es una agencia estatal independiente y no está afiliada a ninguna empresa aseguradora. Para información sobre denegaciones o beneficios, puede comunicarse con NAIW en 1000 E. William Street, Suite 208, Carson City, NV 89701 o llamar al número 775.684.7555 ó en el 2200 S. Rancho Drive, Suite 230, Las Vegas, NV 89102, llamar al número 702.486.2830.

Para presentar una reclamación ante la División: Si desea presentar alguna reclamación ante el Administrador de la División de Relaciones Industriales (DIR), puede comunicarse con la Sección de Compensación Laboral, 1886 East College Parkway, Suite 100, Carson City, NV 89706. Teléfono: 775.684.7270 ó en el 3360 W. Sahara Ave., Suite 2560, Las Vegas, NV 89102.

Para recibir asistencia con asuntos de compensación laboral: Puede comunicarse con el Estado de Nevada, *Office for Consumer Health Assistance* [Oficina de Asistencia para la Salud del Consumidor], 7150 Pollock Drive, Las Vegas, NV 89119. Número de teléfono libre de cargos: 1.888.333.1597. Página web: https://adsd.nv.gov/Programs/CHA/Office para Asistencia de Salud al Consumidor (OCHA)/ Correo electrónico: cha@govcha.nv.gov

La información de esta publicación se deriva de los Capítulos 616A a 616D, inclusive, y del 617 de los Estatutos Revisados del Estado de Nevada, y se provee únicamente para fines informativos. Si tiene alguna pregunta relacionada con su lesión o reclamación de compensación laboral, por favor llame a lo siguiente:

Asegurador/Administrador: _____ Persona de Contacto: _____

Dirección: _____ No. de Teléfono: _____
Ciudad Estado Código Postal

MCO/Proveedor del Cuidado de la Salud: _____ Persona de Contacto: _____

Dirección: _____ No. de Teléfono: _____
Ciudad Estado Código Postal