StateFarm

STATE OF NEW YORK - WORKERS' COMPENSATION BOARD

ESTADO DE NUEVA YORK - JUNITA DE COMPENSACTION OBRER

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 your 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 your 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.

WORKERS COMPENSATION BOARD OFFICES

Albany, 12241 - 100 Broadway - Menands - (866) 750-5157
***Brooklyn, 11201 - 111 Livingston St. - Brooklyn - (800) 877-1373**
Binghamton, 13901 - State Office Bldg - 44 Hawley St. - (866) 802-3604
Buffalo, 14202 - 369 Franklin Street - (866) 211-0624
***Hauppauge, 11788 - 220 Rabro Drive - Suite 100 - (866) 681-5354**
***Hempstead, 11550 - 175 Fulton Avenue - (866) 805-3630**
***New York, 10027 - 215 W 125th St. - Manhattan - (800) 877-1373**
***Peekskill, 10566 - 41 North Division St. - (866) 746-0552**
***Queens, 11432 - 168-46 91st Ave. - Jamaica - (800) 877-1373**
Rochester, 14614 - 130 Main Street West - (866) 211-0644
Syracuse, 13203 - 935 James St. - (866) 802-3730

*** DOWNSTATE MAILING ADDRESS**

Claims related mail for Hauppage, Hempstead, Peekskill and all NYC offices should be mailed to: **PO Box Binghamton, NY 13902-5205**

Statewide Fax: 877-533-0337

AVISO DE CUMPLIMIENTO A EMPLEADOS

INFORMACION IMPORTANTE PARA EMPLEADOS QU SEAN LESIONADOS O SUFRAN UNA ENFERMEDA OCUPACIONAL MIENTRAS TRABAJAN.

1. Su patrono está cumplien la Ley de Compensación Obrera cuando despliega este comunicado concemiente a sus derechos como trabajador lesionado.
2. Si ustedno notifica a su patrono dentro del término de 30 dia de haber sufrido su lesión su reclamacion podria ser desestimada, por eso notifique inmediatamente.
3. Usted tiene derecho a recibir cualquier tratamiento médico necessario relacionando con su lesión y debe gestionario immediatamente.
4. Para el tratamiento de caulquier lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, usted puede escoger cualquier médico, podiatra, quiropractico ó psicologo (si es referido po un medico autorizado) que esté autorizado y acepte pacientes de la Junta de Compensacioń Obrera. Sin embargo, si su patrono está autorizado a participar en una organización certificada de proveedores preferidos (PPO), usted debera obteener tratamiento inicial para cualquier lesión o enfermed 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 notificación escrita explicando sus derechos y obligaciones bajo el programa a que esté acogido.
5. Usted deberá requerir de su Medico que radique copias de los informes medicos de su caso en la Junta de Compensacion Obrera y en la compania de seguros de su patrono, que se indica al final de esta forma.
6. Usted tiene derecho a compensación si su lesión relacionada con el trabajo le impide trabajar por más de siete dias, le oblig a trabajar a sueldo más bajo ó resulta en incapacidad permanente de cualquier parte de su cuerpo. Usted puede tener derecho a servicios de rehabilitación si necesita ayuda para regresar al trabajo.
7. No pague a ningun proveedor médico directamente pro tratamiento de su lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. Ellos deben enviar sus facturas al asegurado de su patrono. Si el caso es cuestionado, el proveedor deberá esperar hasta que la Junta decida el caso, anten de iniciar gestión de cobro alguna contra usted. Si usted no tramita su caso ó la Junta falla que su lesión o enfermedad no está 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 ó por representante licenciado si usted asi lo desea. Si es representado, no pague al abogado ó al representante licenciado. Cuando la Junta decida su caso, los honorarios seran determinados por la Junt y descontrados de sus beneficios.
9. Si tiene dificultad en conseguir un formulario de reclamación necesita ayuda para llenarlo ó tiene dudas sobre cualquier situación relacionada con una lesión o enfermedad comuniquese con la oficina mas cercana de la Juna.

Robert E. Beloten

ROBERT E. BELOTEN, CHAIR/PRESIDENTE

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

State Farm Insurance Companies

For Insurance Carriers ONLY: Policy No. 98-KP-6498-7
Policy in Force from 12/01/2026 to 12/01/2027

Name of employer (Nombre del patrono)

MERCY HOUSE OF THE SOUTHERN

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 employer's place or places of business may result in a $250 penalty for each violation.