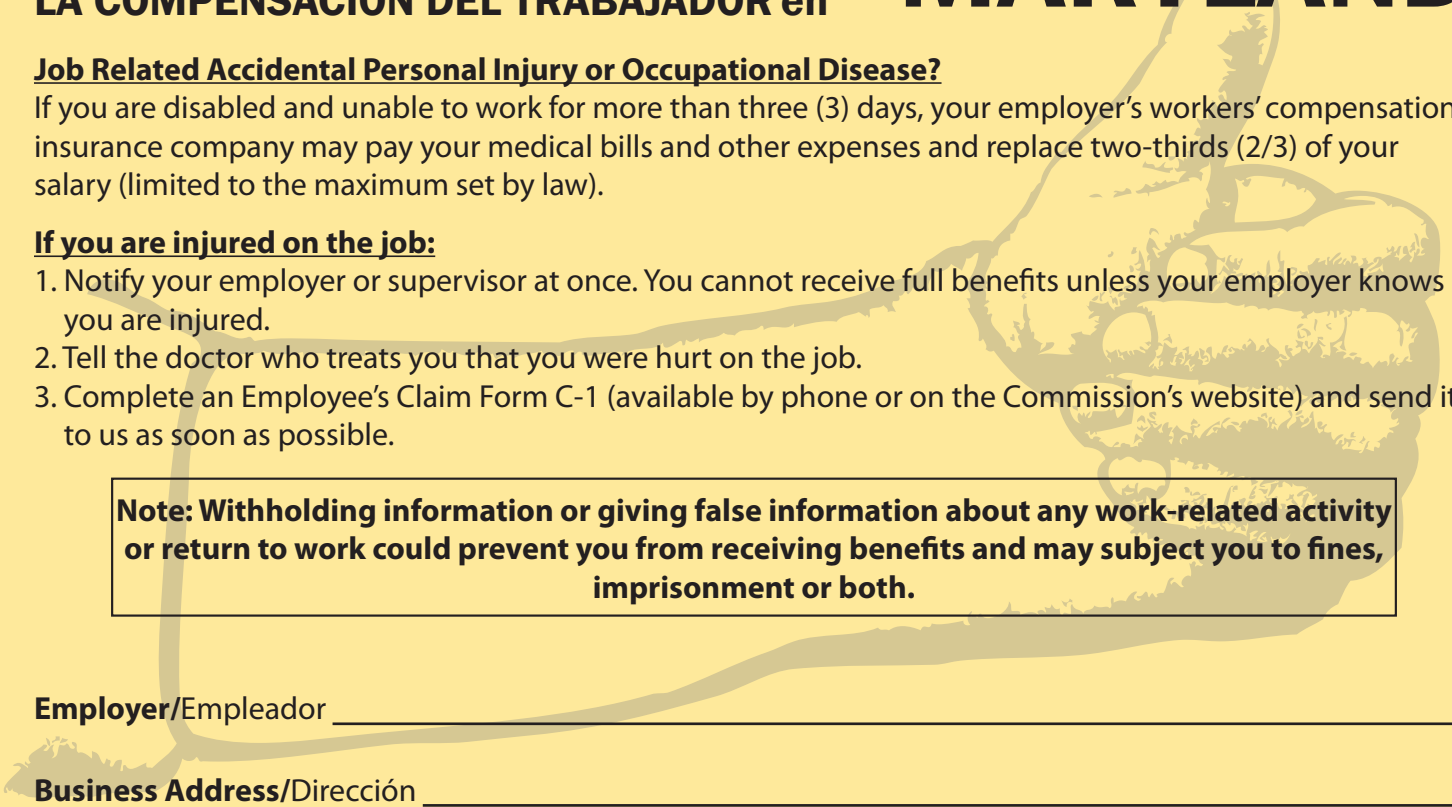
WORKERS' COMPENSATION in MARYLAND
LA COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR en



Job Related Accidental Personal Injury or Occupational Disease?

If you are disabled and unable to work for more than three (3) days, your employer's workers' compensation insurance company may pay your medical bills and other expenses and replace two-thirds (2/3) of your salary (limited to the maximum set by law).

If you are injured on the job:

1. Notify your employer or supervisor at once. You cannot receive full benefits unless your employer knows you are injured.
2. Tell the doctor who treats you that you were hurt on the job.
3. Complete an Employee's Claim Form C-1 (available by phone or on the Commission's website) and send it to us as soon as possible.

Note: Withholding information or giving false information about any work-related activity or return to work could prevent you from receiving benefits and may subject you to fines, imprisonment or both.

Employer/Empleador _____

Business Address/Dirección _____

City/State/Zip _____

Ciudad/Estado/Código Postal _____

Federal Employer ID (FEIN) _____

Indentificación Federal Del Empleador _____

Telephone Number/Número Telefónico _____

Insurance Company Name _____

La Compañía de Seguro _____

Insurance Company Telephone _____

Telefónico de la Compañía de Seguro _____

MD WCC Form C-24 05/2017

PRINT

¿Accidentes por lesión/dono corporal relacionados con el Empleo o Enfermedad Profesional?
Si usted se encuentra incapacitado o inhabilitado para trabajar por mas de tres días, el seguro de trabajadores que tienen las compañías pudiera cubrir las facturas médicas y otros gastos relacionados. También le compensarían 2/3 de sus ingresos (Hasta un monto máximo estipulado por la ley).

Si usted sufre una lesión en el trabajo, debe:

1. Informarle a su empleador o supervisor de inmediato. No podría recibir todas sus beneficios a menos que su empleador fuere notificado que sufrió una lesión.
2. Informarle al médico quien le administre tratamiento que usted se lesionó en su trabajo.
3. Llenar el formulario Employee's Claim Form C-1 (disponible consultando la pagina del Internet para el Workers' Compensation o solicitando uno por teléfono). Diligenciarlo para que las oficinas del Workers' Compensation lo reciban lo antes posible.

Aviso: El suministrar información falsa u ocultar información sobre cualquier actividad relacionada con su trabajo o relacionada con su regreso al trabajo, pudiera afectar los beneficios que recibiera o pudiera acarrearle multas, encarcelamiento o ambas.

Maryland Workers' Compensation Commission
10 East Baltimore Street
Baltimore, Maryland 21202-1641
(410) 864-5100
Outside Baltimore (800) 492-0479
Webpage-http://www.wcc.state.md.us
TTY Users-711 in Maryland or (800) 735-2258

This notice must be printed on 8.5" X 14" gold or yellow paper, display complete employer information and be posted in a conspicuous location at each work site or location in accordance with COMAR 14.09.01.02 and 14.09.01.10.

MD WCC Form C-24 05/2017

PRINT