



9393 Mill Springs Drive, Jacksonville, Florida 32257
Teléfono (904) 731-9014 Fax (904) 731-0059
Horas M-F 8 - 5 PM EST
www.ConvergenceEmployeeLeasing.com

Convergence Employee Leasing, Inc. se dedica a crear un ambiente de trabajo más seguro para usted y su personal. Nuestro enfoque se centra en los servicios de prevención de pérdidas. Incluyendo prácticas preventivas, reuniones de seguridad, carteles de cumplimiento y capacitación en video. Por favor, asegúrese de leer sobre nuestra información de compensación de trabajadores y los procedimientos de presentación de informes contenidos en este paquete. Es importante reportar todos los reclamos de Compensación de trabajadores Lo antes posible., no importa cuán pequeño sea el incidente. De conformidad con la política de Convergence, todos los empleados lesionados deben someterse a una prueba de medicamentos después de la lesión dentro de las 24 horas siguientes a la lesión. Si las reclamaciones no son reportadas oportunamente, como se discute aquí, las multas evaluadas por el Estado de Florida – División de Compensación de trabajadores serán pasadas a usted como cliente.

Paso #1 Reportar Accidente Inmediatamente

Convergence Employee Leasing (904) 731-9014
Fuera de horas/fin de semana (904) 302-2666

Nota: este número es solo para el nuevo informe de reclamaciones de compensación de trabajadores. Todas las demás preguntas tendrán que pasar por nuestra línea principal indicada anteriormente durante nuestras horas normales de operación.

Paso # 2 Tratamientos médicos para lesiones

Convergence coordinará el tratamiento médico inicial y las pruebas de drogas para el empleado lesionado con un proveedor médico autorizado. Si la lesión pone en peligro la vida, por favor busque tratamiento en el hospital más cercano o llame al 911 inmediatamente. Todos los empleados con una lesión relacionada con el trabajo deben someterse a una prueba de drogas después del accidente en el momento del tratamiento médico inicial. El hecho de no someterse a pruebas de drogas o negarse a someterse a ellas podría poner en peligro las prestaciones de indemnización de los trabajadores. Se requerirá una identificación con fotografía en la ubicación del proveedor médico.

Paso #3 Mande reportes completados por fax o correo electrónico

Complete los documentos adjuntos en este paquete de accidentes dentro de 24 horas del accidente.

Valoramos su negocio y esperamos poder trabajar con usted en el futuro. Póngase en contacto con nosotros con cualquier pregunta o preocupación.

Equipo de Administración de Riesgos

Kayleigh Faulk
Administrador de Riesgos
KFaulk@ConvergencePEO.com
(904) 731-9014

Adrienne Garcia
Bilingüe – Administradora de Riesgos (Después de horas normales)
Claims@ConvergencePEO.com
(904) 302-2666

Devuelva formas completadas en 24 horas
Fax: (904) 731-0059 o Correo Electrónico: claims@convergencepeo.com



9393 Mill Springs Drive, Jacksonville, Florida 32257
Teléfono (904) 731-9014 Fax (904) 731-0059
Horas M-F 8 - 5 PM EST
www.ConvergenceEmployeeLeasing.com

Informe de Investigación de Accidente

Información del cliente:

Cliente de la Empresa: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Información del empleado perjudicado:

Nombre del Empleado: _____
Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Título del Trabajo: _____ Fecha de contratación: _____ Tarifa de Pago: _____

Información del Accidente:

Fecha del accidente: _____ Hora del accidente: _____ AM PM
Fecha y hora que reportaron el accidente a administración: _____ AM PM
Fecha y hora que reportaron el accidente a Convergence: _____ AM PM
Fecha del último día trabajado: _____
La ubicación de adonde ocurrió: _____
Explique las lesiones que ocurrieron: _____ Parte (s) del cuerpo lesionada: _____
¿Se produjo la lesión en la instalación de la empresa? Si No
Instalación que Brinda tratamiento: _____ Numero de instalación: _____
Dirección de la instalación: _____
¿Alguien presencio su accidente? Si No En caso afirmativo indique sus nombres a continuación.

Firma del Empleado **Fecha**
 Firma de Trabajador no disponible

Firma del Supervisor **Fecha**

DWC25, formulario de análisis de drogas de la Cadena de Custodia de su tratamiento inicial y cualquier documentación de MVA debe enviarse a Convergence dentro de las 24 horas

Devuelva formas completadas en 24 horas
Fax: (904) 731-0059 o Correo Electrónico: claims@convergencepeo.com



9393 Mill Springs Drive, Jacksonville, Florida 32257
 Teléfono (904) 731-9014 Fax (904) 731-0059
 Horas M-F 8 - 5 PM EST
 www.ConvergenceEmployeeLeasing.com

Informe de Lesión del Supervisor

Información del empleado:

Nombre del Empleado: _____ Seguro social: _____

Título del empleado/ posición: _____ Fecha de contratación: _____ Tarifa de pago: _____

Detalles del accidente (adjunte documentación adicional si es necesario)

Fecha del accidente _____ Tiempo del accidente: _____ AM PM

Ubicación donde ocurrió el accidente: _____

Describe las lesiones ocurridas: _____ Parte del cuerpo lesionado: _____

¿Hubo testigos? Si No En caso afirmativo indique sus nombres a continuación y número del teléfono:

Causa del accidente

A qué hora empezó a trabajar el empleado el día del accidente: _____ AM PM

¿Cómo ocurrió el accidente? _____

Especifique la máquina, herramienta u objeto más estrechamente relacionado con el accidente: _____

¿Qué estaba haciendo el empleado cuando ocurrió el accidente? _____

Si el accidente fue causado por otra persona que no pertenece a la empresa, proporcione nombre, dirección y número de teléfono: _____

¿Podría este accidente haber estado relacionado con drogas o alcohol? Sí No

¿El empleado busco tratamiento después del accidente? Sí No

¿El empleado se hizo prueba de droga después del accidente? Si No. En caso negativo explique porque.

Si se duda de la validez de este reclamo, indique el motivo: _____

¿Se puede acomodar una posición de trabajo ligero? Sí No

¿Ha vuelto el empleado a trabajar? Si No En caso afirmativo indique la fecha de regreso al trabajo: _____

Nombre del cliente y Teléfono

Nombre del supervisor de impresión

Firma del Supervisor

Fecha



9393 Mill Springs Drive, Jacksonville, Florida 32257
 Teléfono (904) 731-9014 Fax (904) 731-0059
 Horas M-F 8 - 5 PM EST
 www.ConvergenceEmployeeLeasing.com

Demandas Físicas Forma De Pre-Lesión

Cliente de la Empresa: _____ Nombre de persona que complete este formulario: _____

Nombre del Empleado: _____ Seguro social: _____

Horario de trabajo normal del empleado: _____ Título del empleado/ posición _____

Breve resumen de los deberes laborales: _____

	Constante	Frecuente	Ocasional	De Ningun Modo
¿Levanta y / o transporta objetos? Rango de peso normal?				
Agacharse				
Escalar				
Gatear				
Agarrar				
Arrodillarse				
Empujar/Jalar				
Alcanzar				
Sentar				
Ñangotarse				
Voltear/Girar				
Caminar				
Pellizcar				
Torneado de muñeca				
Movimiento repetitivo				
Uso de la herramienta vibratoria				

Condiciones Ambientales	Si/No/Los dos
¿La mayoría del trabajo se realiza dentro o fuera? ¿O Los dos?	
Extremos de temperatura?	
¿Vapores?	
¿Polvo?	
¿Gases?	
¿Olores?	
¿Neblina?	
¿Ruido?	
¿Vibraciones?	

Por favor nombre cualquier peligro específico:	
Máquinas / herramientas / equipos específicos utilizados:	



Rechazo a una reclamación al Seguro del Trabajador

Yo, _____ (nombre del empleado), con el número de Seguro Social _____ (Numero de Seguro Social o licencia de conducir/número de identificación del Estado si el empleado no recuerda su número de Seguro Social), ha reportado un accidente, o un accidente ha sido por mi persona, que haya ocurrido en el transcurso de mi empleo en _____.

Yo he sido ofrecido atención medica y tratamiento después del accidente por mi supervisor _____ (Nombre del representante que le ofreció al trabajador atención medica) la cual específicamente Yo he rechazado.

Yo he rechazado toda atención médica porque es mi entender que no estoy herido y no requiero ninguna atención o tratamiento médico. Por esto es mi intención que este asunto no sea presentado como una reclamación al Seguro del trabajador y Yo por el presente renuncio a mi elegibilidad de recibir ningún beneficio de Seguro al trabajador relacionando con este accidente.

Yo también reconozco que en el momento de mi contratación firme un documento consintiendo tomar una prueba de drogas después del accidente y acepto que yo leí y entendí este documento. En este documento Yo reconocí y acepte que si yo me accidentaba en el trabajo yo iba a someterme inmediatamente a una prueba de drogas después del accidente.

Yo reconozco que aunque Yo he rechazado aceptar atención médica o posibles beneficios de Seguro del trabajador a los que Yo sea elegible, Yo todavía requiero someterme inmediatamente a una prueba de Drogas después del accidente.

Yo me he comunicado con mi supervisor quien específicamente me ha informado ir a _____ (nombre de la facilidad) donde Yo proveeré con una muestra para la prueba de drogas.

Por favor ponga sus **iniciales** en la contestación correcta abajo:

_____ Yo confirmo que estaré tomando la prueba de Drogas y que completare dentro de las 24 horas.

_____ Yo confirmo que rechazo la prueba de Drogas porque no estoy herido.

Firma del Trabajador	Fecha	Nombre en imprenta del trabajador
_____	_____	_____

Supervisor Testigo del rechazo a beneficios de Seguro del trabajador	Fecha	Nombre en Imprenta
_____	_____	_____

Fecha del Accidente: _____ Hora del accidente: _____ AM PM

Descripción del accidente: _____

Hora de rechazo de la prueba de drogas: _____ AM PM

Partes del cuerpo lesionadas en accidente, en su caso (*Cualquier respuesta aquí requiere que una reclamación de compensación de los trabajadores sea inmediatamente reportada y el trabajador debe someterse a una prueba de drogas*): _____

Testigos de accidentes: _____



Negativa a someterse a la prueba de drogas posterior al accidente

- Soy consciente de que Convergence Employee Leasing (en adelante Convergence) requiere pruebas de drogas obligatorias después del accidente.
- Admito y estoy de acuerdo en que, en el momento de completar el papeleo de solicitud de empleo para Convergence, he reconocido previamente que estoy obligado a someterme a una prueba de drogas obligatoria posterior del accidente.
- También admito y estoy de acuerdo en que entiendo plenamente que si me niego a someterse a esa prueba de drogas que se me negará beneficios de compensación de los trabajadores de conformidad con el Estatuto de la Florida 440.09 (7) (c).
- He hablado con mi supervisor _____ (nombre del supervisor) el _____ en _____
 AM PM (hora de la discusión) que me ha aconsejado específicamente que debo tomar una prueba de drogas posterior del accidente y me ha proporcionado información sobre dónde voy a ir a tomar esa prueba.
- A pesar de esto, me niego a someterme a una prueba de drogas posterior del accidente.
- Que me niego a someterme voluntariamente y por voluntad propia a una prueba de drogas posterior del accidente.
- Que entiendo que incluso si poseo una tarjeta de marihuana medicinal que todavía estoy obligado a someterse a una prueba de drogas posterior del accidente.
- Entiendo que si no me someto a la prueba de drogas posterior del accidente que Convergence se reserva el derecho de terminar mi empleo.

Mi razón para rechazar la prueba de drogas es (Por favor, compruebe la respuesta correcta o complete su propia respuesta):

No creo que me hayan herido en el trabajo.

Tuve un accidente, pero las lesiones son tan pequeñas que no requieren atención médica. Las lesiones específicas son las siguientes: _____

Me niego a someterme a una prueba de drogas obligatoria posterior al accidente por alguna otra razón no mencionada anteriormente, que es _____

Sin embargo, por la presente reconozco que me he negado consciente y voluntariamente a proporcionar una muestra para una prueba de drogas a pesar de entender que la demanda de compensación de mis trabajadores será denegada debido a esa decisión. Entiendo plenamente y estoy de acuerdo en que, si me he lesionado en el trabajo, pero se niegan a la obligatoria pos prueba de drogas accidente entonces yo seré el único responsable de pagar por mi propia atención médica y que no voy a ser pagado por cualquier tiempo perdido del trabajo por Convergence o su compañía de seguros de compensación de trabajadores.

Firma de la fecha del trabajador Nombre impreso del trabajador

Testigo de la negativa del trabajador de atención médica/ fecha de la prueba de drogas Momento de la denegación

Nombre impreso del testigo: _____/Título _____



9393 Mill Springs Drive, Jacksonville, Florida 32257
 Teléfono (904) 731-9014 Fax (904) 731-0059
 Horas M-F 8 - 5 PM EST
 www.ConvergenceEmployeeLeasing.com

Acuerdo de derechos modificados disponible

Convergence Employee Leasing, Inc. y su empleador directo se compromete a proporcionar a sus empleados la mejor atención posible si usted se lesiona en el trabajo. Trabajando junto a su empleador directo, Convergencia ha diseñado un programa que le permite, como trabajador lesionado, volver al trabajo sobre una base de servicio modificado.

Las acomodaciones de servicio modificadas se basan en aquellas restricciones que son determinadas por sus médicos tratantes autorizados y la acomodación de servicio modificada será administrada por su empleador directo.

De acuerdo con nuestros registros, su médico autorizado lo ha dado a conocer con las siguientes restricciones a partir de:

Estas son las restricciones/limitaciones establecidas por su médico autorizado:

Esta carta sirve como aviso de que el derecho modificado está disponible dentro de las restricciones _____ y que se espera que usted se presente a trabajar en _____ a las _____ AM PM.

Adjunto encontrará todos los papeles de su médico que describe sus limitaciones. La falta de reportar puntualmente para la asignación programada arriba será marcada como una ausencia sin excusa, y usted no será pagado por los días perdidos después de esa fecha y hora. La falta de comunicarse con su supervisor en respuesta a esta carta también será considerada una ausencia sin excusa. Una ausencia sin excusa puede llevar a la suspensión o incluso a la terminación de los beneficios de compensación de sus trabajadores y a la pérdida de empleo.

Si tiene alguna pregunta o preocupaciones, por favor póngase en contacto con nuestro Administrador del Riesgo en (904)731-9014.

Firmando abajo, yo, _____ Aceptar Rechazar (por favor marque solo una) el trabajo modificado ofrecido.

Firma del Empleado

Fecha