

## 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; 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.

**Claim for Compensation (Form C-4):** If medical treatment is sought, the form C-4 is available at the place of initial treatment. A completed "Claim for Compensation" (Form C-4) must be filed within 90 days after an accident or OD. The treating physician or chiropractor 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 chiropractor 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 into a contract with an MCO or PPO, you may select a physician or chiropractor from the Panel of Physicians and Chiropractors. 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 chiropractor 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 chiropractor 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, Hearing Officer**, by following the instructions contained in your determination letter. You must appeal the determination within 70 days from the date of the determination letter at 1050 E. William Street, Suite 400, Carson City, Nevada 89701, or 2200 S. Rancho Drive, Suite 210, Las Vegas, Nevada 89102. If you disagree with the Hearing Officer decision, you may appeal to the **Department of Administration, Appeals Officer**. You must file your appeal within 30 days from the date of the Hearing Officer decision letter at 1050 E. William Street, Suite 450, Carson City, Nevada 89701, or 2200 S. Rancho Drive, Suite 220, Las Vegas, Nevada 89102. 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 Appeal 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, 400 West King Street, Suite 400, Carson City, Nevada 89703, 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, 3320 West Sahara Avenue, Suite 100, Las Vegas, Nevada 89102, Toll Free 1- 888-333-1597, Web site: <http://dhhs.nv.gov/Programs/CHA>, E-mail [cha@govcha.nv.gov](mailto: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:	<b>Next Level Administrators</b>	Contact Person:	_____
Address:	<b>P.O. BOX 1061</b> <b>Bradenton</b>	Telephone Number:	<b>1-877-306-6398</b>
	City	State	Zip
MCO/Health Care Provider:	<b>Comp IQ Provider Pathways</b>	Contact Person:	_____
Address:	<b>PO Box 3055</b>	Telephone Number:	_____
	City	State	Zip

## ATENCIÓN

**Advertencia:** La siguiente información es de naturaleza general y no pretende ser un consejo legal. Si tiene alguna pregunta sobre su condición de empleador o empleado o sobre sus derechos y calificación para beneficios específicos, bajo una reclamación por lesión industrial o enfermedad ocupacional, debe consultar con un abogado con experiencia en seguros industriales.

### Breve descripción de si el empleador debe obtener un seguro industrial y si una persona es un empleado cubierto

Cada empleador... deberá proporcionar y garantizar una compensación... para cualquier lesión personal por accidente que sufra un empleado y que surja de y en el transcurso del empleo. Ver NRS 616B.612(1).

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

Un **empleado** se define en términos generales como "...toda persona al servicio de un empleador bajo cualquier nombramiento o contrato de prestación de servicios o aprendizaje, expreso o implícito, oral o escrito, ya sea que esté empleado de forma legal o ilegal" (Ver NRS 616A.105), pero excluye a los empleados ocasionales que no estén en el mismo oficio, negocio, profesión u ocupación; músicos que no duren más de 2 días consecutivos; sirvientes domésticos, empleados agrícolas y ganaderos; patrulleros voluntarios de esquí; funcionarios deportivos a quienes se les paga una tarifa nominal; clérigos, rabinos o lectores laicos; vendedores o corredores de bienes raíces; y encargados de ventas que reciben comisiones (Ver NRS 616A.110).

Un **contratista independiente** es una persona que es contratada y que recibe un pago únicamente para producir un resultado. Se define como "...toda persona que presta servicio por una recompensa específica para un resultado específico, bajo el control del director de la persona solamente en cuanto al resultado del trabajo de la persona y no en cuanto a los medios por los cuales se logra dicho resultado". Ver NRS 616A.255(2).

### Breve descripción de sus derechos y beneficios si se lesiona en el trabajo o tiene una enfermedad ocupacional

**Aviso de lesión o enfermedad ocupacional (Formulario de informe de incidente C-1)** Si surge una lesión o enfermedad ocupacional (OD) en el transcurso del empleo, usted debe notificar por escrito a su empleador lo antes posible, pero a más tardar 7 días después del accidente o enfermedad ocupacional. Su empleador deberá mantener un suministro suficiente de los formularios.

**Reclamación de compensación (formulario C-4):** Si se busca tratamiento médico, el formulario C-4 está disponible en el lugar del tratamiento inicial. Debe presentar un "Reclamación de compensación" completo (formulario C-4) dentro de los 90 días posteriores a un accidente o enfermedad ocupacional. El médico o quiropráctico tratante debe, dentro de los 3 días hábiles posteriores al tratamiento, completar y enviar por correo al empleador, al asegurador del empleador y al administrador externo la Reclamación de Compensación.

**Tratamiento médico:** Si necesita tratamiento médico para su lesión en el trabajo o enfermedad ocupacional, es posible que deba seleccionar un médico o quiropráctico de una lista que le proporcione su asegurador de compensación laboral, si ha contratado a una Organización para la Atención Administrada (MCO) u Organización de Proveedores Preferidos (PPO) o proveedores de atención médica. Si su empleador no ha celebrado un contrato con una MCO o PPO, puede seleccionar un médico o quiropráctico del Panel de médicos y quiroprácticos. Todo **costo médico** relacionado con su lesión industrial o enfermedad ocupacional será pagado por su asegurador.

**Discapacidad total temporal (Temporary Total Disability, TTD):** Si su médico ha certificado que no puede trabajar durante un período de al menos 5 días consecutivos o por 5 días acumulativos en un período de 20 días o si le impone restricciones que su empleador no acepta, puede tener derecho a compensación por TTD.

**Discapacidad parcial temporal (Temporary Partial Disability, TPD):** Si el salario que recibe en el reemplazo es menor que la compensación por TTD a la que tiene derecho, es posible que el asegurador deba pagarle una compensación por TPD para compensar la diferencia. La TPD solo se puede pagar por un máximo de 24 meses.

**Discapacidad parcial permanente (Permanent Partial Disability, PPD):** Cuando su condición médica es estable y hay una indicación de una PPD como resultado de su lesión o enfermedad ocupacional, dentro de los 30 días, su asegurador debe coordinar una evaluación por parte de un médico o quiropráctico para determinar el grado de su PPD. El monto de su compensación por PPD depende de la fecha de la lesión, los resultados de la evaluación de la PPD y su edad y salario.

**Discapacidad total permanente (Permanent Total Disability, PTD):** Si un médico o quiropráctico tratante lo certifica como discapacitado total y permanente y su asegurador le ha otorgado un estado de PTD, usted tiene derecho a recibir beneficios mensuales que no excedan el 66 2/3% de su salario mensual promedio. El monto de sus pagos por PTD está sujeto a reducción si anteriormente recibió una compensación por PPD.

**Servicios de rehabilitación vocacional:** Usted puede ser elegible para los servicios de rehabilitación vocacional si no puede regresar al trabajo debido a un impedimento físico permanente o por restricciones permanentes como resultado de su lesión o enfermedad ocupacional.

**Transporte y reembolso por día:** Usted puede ser elegible para gastos de viaje y viáticos asociados con el tratamiento médico.

**Reapertura:** Es posible que pueda reabrir su reclamación si su condición empeora después del cierre de la reclamación.

**Proceso de apelación:** Si no está de acuerdo con una determinación por escrito emitida por el asegurador o si el asegurador no responde a su solicitud, puede apelar ante el **Funcionario de Audiencias del Departamento de Administración (Department of Administration, Hearing Officer)** siguiendo las instrucciones incluidas en su carta de determinación. Debe apelar la determinación en un plazo de 70 días a partir de la fecha de la carta de determinación a la dirección 1050 E. William Street, Suite 400, Carson City, Nevada 89701 o a 2200 S. Rancho Drive, Suite 210, Las Vegas, Nevada 89102. Si no está de acuerdo con la decisión del Funcionario de Audiencias, puede apelar ante el **Funcionario de Apelaciones del Departamento de Administración (Department of Administration, Appeals Officer)**. Debe presentar su apelación en un plazo de 30 días a partir de la fecha de la carta de decisión del Funcionario de Audiencias a la dirección 1050 E. William Street, Suite 450, Carson City, Nevada 89701 o a 2200 S. Rancho Drive, Suite 220, Las Vegas, Nevada 89102. Si no está de acuerdo con una decisión de un Funcionario de Apelaciones, puede presentar una **petición de revisión judicial ante el Tribunal de Distrito**. Debe hacerlo dentro de los 30 días de la decisión del Funcionario de Apelaciones. Puede ser representado por un abogado a su cargo o puede comunicarse con NAIW para obtener una posible representación.

**Abogados de Nevada para Trabajadores Lesionados (NAIW, por sus siglas en inglés):** Si no está de acuerdo con la decisión de un funcionario de audiencias, puede solicitar que NAIW lo represente sin cargo en una audiencia del Funcionario de Apelaciones. NAIW es una agencia estatal independiente y no está afiliada a ningún asegurador. Para obtener información sobre la denegación de beneficios, puede comunicarse con NAIW a la dirección: 1000 E. William Street, Suite 208, Carson City, NV 89701, (775) 684-7555, o a 2200 S. Rancho Drive, Suite 230, Las Vegas, NV 89102, (702) 486-2830.

**Para presentar una queja ante la división:** Si desea presentar una queja ante el Administrador de la División de Relaciones Industriales (DI), comuníquese con la Sección de Compensación Laboral, 400 West King Street, Suite 400, Carson City, Nevada 89703, teléfono (775)684-7270 o 3360 W. Sahara Ave., Suite 250, Las Vegas, NV 89102, teléfono (702) 486-9080.

**Para obtener asistencia con problemas de compensación laboral:** Puede comunicarse con la Oficina de Asistencia de Salud del Consumidor del Estado de Nevada, 555 E. Washington Avenue, Suite 4800, Las Vegas, Nevada 89101, llamando gratis al 1-888-333-1597, visitando el sitio web: <http://dhhs.nv.gov/Programs/CHA> o escribiendo al correo electrónico [cha@govcha.nv.gov](mailto:cha@govcha.nv.gov)

La información en esta publicación se deriva de los Capítulos 616A y 617 de los Estatutos Revisados de Nevada y se proporciona únicamente con fines informativos. Si tiene alguna pregunta sobre su lesión o reclamación de compensación laboral, llame al siguiente contacto:

Asegurador/Administrador: **Next Level Administrators** Persona de contacto: \_\_\_\_\_  
Dirección: **P.O. BOX 1061** **FL** **34206** Número de teléfono: **1-877-306-6398**  
Ciudad Estado Código postal  
MCO/Proveedor de atención médica: **Comp IQ Provider Pathways** Persona de contacto: \_\_\_\_\_  
Dirección: **PO Box 3055 Milwaukee** **WI** **53201** Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código postal

# NOTICE TO EMPLOYEES

Pursuant to: NRS 616B.227 Election by employee to report his tips; effect; regulation.

1. For the purpose of workers' compensation, an employee may elect to report the amount he receives as tips for the purpose of the calculation of compensation by submitting to his employer an Employee's Declaration of Election of Report Tips (form D-23). The employee must make his election separately for each pay period before the end of the next pay period. The declaration may not be amended.
2. Upon receipt of such notice the employer shall:
  - (a) Make a copy of each report which the employee has filed with the employer to report the amount of his tips to the United States Internal Revenue Service or Employee's Declaration of Election to Report Tips;
  - (b) Submit the copy to its workers' compensation insurer upon request, or if the employer is self-insured or an association of self-insured public or private employers, retain the copy for his records; and
  - (c) If he is not self-insured, pay the insurer the premiums for the reported tips at the same rate as he pays on regular wages.
3. An employee who elects to report his tips is not eligible to receive increased compensation based on those tips until 3 months after his employer receives the Employee's Declaration of Election to Report Tips. For the purpose of workers' compensation, tips may be reported pursuant to 26 U.S.C. §6053(a) or on form D-23. The form for reporting tips D-23 can be obtained from your personnel office.

If the forms are not available, contact your employer or the Internal Revenue Service.