

**CENTRAL CALIFORNIA CONFERENCE  
P. O. BOX 770  
CLOVIS, CA 93613**

Instructions to be followed by employees receiving a work related injury:

1. Inform your supervisor immediately upon injury and go to a doctor that accepts CA workers comp if necessary.
2. Complete and sign the upper section, 1-8, of the Employee Claim Form DWC-1. (posted on CCC website)
3. Have your supervisor fill out the employers 5020 form. (posted on CCC website)
4. Then return forms to:  
  
Human Resources  
PO Box 770  
Clovis, CA 93613  
FAX (559) 314-6002 or 559-347-3120 or email: lbarron@cccsda.org
4. Keep a copy of these forms for your records.
5. Please instruct your doctor to send the DOCTOR'S FIRST REPORT OF OCCUPATIONAL INJURY OR ILLNESS, FORM 5021, along with all bills to:

Attention: Claims Manager  
Sedgwick, CMS  
P. O. Box 4142  
Concord, CA 94520

Should you have any questions, please contact:

Claims Manager  
Sedgwick, CMS  
(925) 603-5557

OR

Linda Barron, Human Resources  
Central California Conference  
(559) 347-3042

## Workers' Compensation Claim Form (DWC 1) & Notice of Potential Eligibility

### Formulario de Reclamo de Compensación para Trabajadores (DWC 1) y Notificación de Posible Elegibilidad



If you are injured or become ill, either physically or mentally, because of your job, including injuries resulting from a workplace crime, you may be entitled to workers' compensation benefits. Attached is the form for filing a workers' compensation claim with your employer. **You should read all of the information below.** Keep this sheet and all other papers for your records. You may be eligible for some or all of the benefits listed depending on the nature of your claim. If required you will be notified by the claims administrator, who is responsible for handling your claim, about your eligibility for benefits.

To file a claim, complete the "Employee" section of the form, keep one copy and give the rest to your employer. Your employer will then complete the "Employer" section, give you a dated copy, keep one copy and send one to the claims administrator. Benefits can't start until the claims administrator knows of the injury, so complete the form as soon as possible.

**Medical Care:** Your claims administrator will pay all reasonable and necessary medical care for your work injury or illness. Medical benefits may include treatment by a doctor, hospital services, physical therapy, lab tests, x-rays, and medicines. Your claims administrator will pay the costs directly so you should never see a bill. For injuries occurring on or after 1/1/04, there is a limit on some medical services.

**The Primary Treating Physician (PTP)** is the doctor with the overall responsibility for treatment of your injury or illness. Generally your employer selects the PTP you will see for the first 30 days, however, in specified conditions, you may be treated by your pre-designated doctor. If a doctor says you still need treatment after 30 days, you may be able to switch to the doctor of your choice. Special rules apply if your employer offers a Health Care Organization (HCO) or after 1/1/05, has a medical provider network. Contact your employer for more information. If your employer has not put up a poster describing your rights to workers' compensation, you may choose your own doctor immediately.

Within one working day after an employee files a claim form, the employer shall authorize the provision of all treatment, consistent with the applicable treating guidelines, for the alleged injury and shall continue to provide treatment until the date that liability for the claim is accepted or rejected. Until the date the claim is accepted or rejected, liability for medical treatment shall be limited to ten thousand dollars (\$10,000).

**Disclosure of Medical Records:** After you make a claim for workers' compensation benefits, your medical records will not have the same privacy that you usually expect. If you don't agree to voluntarily release medical records, a workers' compensation judge may decide what records will be released. If you request privacy, the judge may "seal" (keep private) certain medical records.

**Payment for Temporary Disability (Lost Wages):** If you can't work while you are recovering from a job injury or illness, you will receive temporary disability payments. These payments may change or stop when your doctor says you are able to return to work. These benefits are tax-free. Temporary disability payments are two-thirds of your average weekly pay, within minimums and maximums set by state law. Payments are not made for the first three days you are off the job unless you are hospitalized overnight or cannot work for more than 14 days.

Si Ud. se lesiona o se enferma, ya sea física o mentalmente, debido a su trabajo, incluyendo lesiones que resulten de un crimen en el lugar de trabajo, es posible que Ud. tenga derecho a beneficios de compensación para trabajadores. Se adjunta el formulario para presentar un reclamo de compensación para trabajadores con su empleador. **Ud. debe leer toda la información a continuación.** Guarde esta hoja y todos los demás documentos para sus archivos. Es posible que usted reúna los requisitos para todos los beneficios, o parte de éstos, que se enumeran, dependiendo de la índole de su reclamo. Si se requiere, el/la administrador(a) de reclamos, quien es responsable del manejo de su reclamo, le notificará a usted, lo referente a su elegibilidad para beneficios.

Para presentar un reclamo, complete la sección del formulario designada para el "Empleado", guarde una copia, y déle el resto a su empleador. Entonces, su empleador completará la sección designada para el "Empleador", le dará a Ud. una copia fechada, guardará una copia, y enviará una al/la administrador(a) de reclamos. Los beneficios no pueden comenzar hasta, que el/la administrador(a) de reclamos se entere de la lesión, así que complete el formulario lo antes posible.

**Atención Médica:** Su administrador(a) de reclamos pagará toda la atención médica razonable y necesaria, para su lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. Es posible que los beneficios médicos incluyan el tratamiento por parte de un médico, los servicios de hospital, la terapia física, los análisis de laboratorio y las medicinas. Su administrador(a) de reclamos pagará directamente los costos, de manera que usted nunca verá un cobro. Para lesiones que ocurren en o después de 1/1/04, hay un límite de visitas para ciertos servicios médicos.

**El Médico Primario que le Atiende-Primary Treating Physician PTP** es el médico con toda la responsabilidad para dar el tratamiento para su lesión o enfermedad. Generalmente, su empleador selecciona al PTP que Ud. verá durante los primeros 30 días. Sin embargo, en condiciones específicas, es posible que usted pueda ser tratado por su médico pre-designado. Si el doctor dice que usted aún necesita tratamiento después de 30 días, es posible que Ud. pueda cambiar al médico de su preferencia. Hay reglas especiales que son aplicables cuando su empleador ofrece una Organización del Cuidado Médico (HCO) o después de 1/1/05 tiene un Sistema de Proveedores de Atención Médica. Hable con su empleador para más información. Si su empleador no ha colocado un poster describiendo sus derechos para la compensación para trabajadores, Ud. puede seleccionar a su propio médico inmediatamente.

El empleador autorizará todo tratamiento médico consistente con las directivas de tratamiento aplicables a la lesión o enfermedad, durante el primer día laboral después que el empleado efectúa un reclamo para beneficios de compensación, y continuará proveyendo este tratamiento hasta la fecha en que el reclamo sea aceptado o rechazado. Hasta la fecha en que el reclamo sea aceptado o rechazado, el tratamiento médico será limitado a diez mil dólares (\$10,000).

**Divulgación de Expedientes Médicos:** Después de que Ud. presente un reclamo para beneficios de compensación para los trabajadores, sus expedientes médicos no tendrán la misma privacidad que usted normalmente espera. Si Ud. no está de acuerdo en divulgar voluntariamente los expedientes médicos, un(a) juez de compensación para trabajadores posiblemente decida qué expedientes se revelarán. Si Ud. solicita privacidad, es posible que el/la juez "selle" (mantenga privados) ciertos expedientes médicos.

**Pago por Incapacidad Temporal (Sueldos Perdidos):** Si Ud. no puede trabajar, mientras se está recuperando de una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, Ud. recibirá pagos por incapacidad temporal. Es posible que estos pagos cambien o paren, cuando su médico diga que Ud. está en condiciones de regresar a trabajar. Estos beneficios son libres de

## Workers' Compensation Claim Form (DWC 1) & Notice of Potential Eligibility

### Formulario de Reclamo de Compensación para Trabajadores (DWC 1) y Notificación de Posible Elegibilidad



**Return to Work:** To help you to return to work as soon as possible, you should actively communicate with your treating doctor, claims administrator, and employer about the kinds of work you can do while recovering. They may coordinate efforts to return you to modified duty or other work that is medically appropriate. This modified or other duty may be temporary or may be extended depending on the nature of your injury or illness.

**Payment for Permanent Disability:** If a doctor says your injury or illness results in a permanent disability, you may receive additional payments. The amount will depend on the type of injury, your age, occupation, and date of injury.

**Vocational Rehabilitation (VR):** If a doctor says your injury or illness prevents you from returning to the same type of job and your employer doesn't offer modified or alternative work, you may qualify for VR. If you qualify, your claims administrator will pay the costs, up to a maximum set by state law. VR is a benefit for injuries that occurred prior to 2004.

**Supplemental Job Displacement Benefit (SJDB):** If you do not return to work within 60 days after your temporary disability ends, and your employer does not offer modified or alternative work, you may qualify for a nontransferable voucher payable to a school for retraining and/or skill enhancement. If you qualify, the claims administrator will pay the costs up to the maximum set by state law based on your percentage of permanent disability. SJDB is a benefit for injuries occurring on or after 1/1/04.

**Death Benefits:** If the injury or illness causes death, payments may be made to relatives or household members who were financially dependent on the deceased worker.

**It is illegal for your employer** to punish or fire you for having a job injury or illness, for filing a claim, or testifying in another person's workers' compensation case (Labor Code 132a). If proven, you may receive lost wages, job reinstatement, increased benefits, and costs and expenses up to limits set by the state.

You have the right to disagree with decisions affecting your claim. If you have a disagreement, contact your claims administrator first to see if you can resolve it. If you are not receiving benefits, you may be able to get State Disability Insurance (SDI) benefits. Call State Employment Development Department at (800) 480-3287.

You can obtain free information from an information and assistance officer of the State Division of Workers' Compensation, or you can hear recorded information and a list of local offices by calling (800) 736-7401. You may also go to the DWC web site at [www.dir.ca.gov](http://www.dir.ca.gov). Link to Workers' Compensation.

**You can consult with an attorney.** Most attorneys offer one free consultation. If you decide to hire an attorney, his or her fee will be taken out of some of your benefits. For names of workers' compensation attorneys, call the State Bar of California at (415) 538-2120 or go to their web site at [www.californiaspecialist.org](http://www.californiaspecialist.org).

impuestos. Los pagos por incapacidad temporal son dos tercios de su pago semanal promedio, con cantidades mínimas y máximas establecidas por las leyes estatales. Los pagos no se hacen durante los primeros tres días en que Ud. no trabaje, a menos que Ud. sea hospitalizado(a) de noche, o no pueda trabajar durante más de 14 días.

**Regreso al Trabajo:** Para ayudarle a regresar a trabajar lo antes posible, Ud. debe comunicarse de manera activa con el médico que le atienda, el/la administrador(a) de reclamos y el empleador, con respecto a las clases de trabajo que Ud. puede hacer mientras se recupera. Es posible que ellos coordinen esfuerzos para regresarle a un trabajo modificado, o a otro trabajo, que sea apropiado desde el punto de vista médico. Este trabajo modificado, u otro trabajo, podría extenderse o no temporalmente, dependiendo de la índole de su lesión o enfermedad.

**Pago por Incapacidad Permanente:** Si el doctor dice que su lesión o enfermedad resulta en una incapacidad permanente, es posible que Ud. reciba pagos adicionales. La cantidad dependerá de la clase de lesión, su edad, su ocupación y la fecha de la lesión.

**Rehabilitación Vocacional:** Si el doctor dice que su lesión o enfermedad no le permite regresar a la misma clase de trabajo, y su empleador no le ofrece trabajo modificado o alterno, es posible que usted reúna los requisitos para rehabilitación vocacional. Si Ud. reúne los requisitos, su administrador(a) de reclamos pagará los costos, hasta un máximo establecido por las leyes estatales. Este es un beneficio para lesiones que ocurrieron antes de 2004.

**Beneficio Suplementario por Desplazamiento de Trabajo:** Si Ud. no vuelve al trabajo en un plazo de 60 días después que los pagos por incapacidad temporal terminan, y su empleador no ofrece un trabajo modificado o alterno, es posible que usted reúna los requisitos para recibir un vale no-transferible pagadero a una escuela para recibir un nuevo entrenamiento y/o mejorar su habilidad. Si Ud. reúne los requisitos, el administrador(a) de reclamos pagará los costos hasta un máximo establecido por las leyes estatales basado en su porcentaje de incapacidad permanente. Este es un beneficio para lesiones que ocurren en o después de 1/1/04.

**Beneficios por Muerte:** Si la lesión o enfermedad causa la muerte, es posible que los pagos se hagan a los parientes o a las personas que vivan en el hogar, que dependían económicamente del/de la trabajador(a) difunto(a).

**Es ilegal que su empleador** le castigue o despida, por sufrir una lesión o enfermedad en el trabajo, por presentar un reclamo o por atestiguar en el caso de compensación para trabajadores de otra persona. (El Código Laboral sección 132a). Si es probado, puede ser que usted reciba pagos por pérdida de sueldos, reposición del trabajo, aumento de beneficios, y gastos hasta un límite establecido por el estado.

Ud. tiene derecho a estar en desacuerdo con las decisiones que afecten su reclamo. Si Ud. tiene un desacuerdo, primero comuníquese con su administrador(a) de reclamos, para ver si usted puede resolverlo. Si usted no está recibiendo beneficios, es posible que Ud. pueda obtener beneficios de Seguro Estatal de Incapacidad (SDI). Llame al Departamento Estatal del Desarrollo del Empleo (EDD) al (800) 480-3287.

Ud. puede obtener información gratis, de un oficial de información y asistencia, de la División estatal de Compensación al Trabajador (*Division of Workers' Compensation - DWC*), o puede escuchar información grabada, así como una lista de oficinas locales, llamando al (800) 736-7401. Ud. también puede ir al sitio electrónico en el Internet de la DWC en [www.dir.ca.gov](http://www.dir.ca.gov). Enlázese a la sección de Compensación para Trabajadores.

**Ud. puede consultar con un(a) abogado(a).** La mayoría de los abogados ofrecen una consulta gratis. Si Ud. decide contratar a un(a) abogado(a), sus honorarios se tomarán de sus beneficios. Para obtener nombres de abogados de compensación para trabajadores, llame a la Asociación Estatal de Abogados de California (*State Bar*) al (415) 538-2120, ó vaya a su sitio electrónico en el Internet en [www.californiaspecialist.org](http://www.californiaspecialist.org).



**WORKERS' COMPENSATION CLAIM FORM (DWC 1)**

**PETITION DEL EMPLEADO PARA DE COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR (DWC 1)**

**Employee:** Complete the "Employee" section and give the form to your employer. Keep a copy and mark it "Employee's Temporary Receipt" until you receive the signed and dated copy from your employer. You may call the Division of Workers' Compensation and hear recorded information at (800) 736-7401. An explanation of workers' compensation benefits is included as the cover sheet of this form.

You should also have received a pamphlet from your employer describing workers' compensation benefits and the procedures to obtain them.

**Empleado:** Complete la sección "Empleado" y entregue la forma a su empleador. Quédese con la copia designada "Recibo Temporal del Empleado" hasta que Ud. reciba la copia firmada y fechada de su empleador. Ud. puede llamar a la Division de Compensación al Trabajador al (800) 736-7401 para oír información gravada. En la hoja cubierta de esta forma esta la explicación de los beneficios de compensación al trabajador.

Ud. también debería haber recibido de su empleador un folleto describiendo los beneficios de compensación al trabajador lesionado y los procedimientos para obtenerlos.

Any person who makes or causes to be made any knowingly false or fraudulent material statement or material representation for the purpose of obtaining or denying workers' compensation benefits or payments is guilty of a felony.

Toda aquella persona que a propósito haga o cause que se produzca cualquier declaración o representación material falsa o fraudulenta con el fin de obtener o negar beneficios o pagos de compensación a trabajadores lesionados es culpable de un crimen mayor "felonia".

**Employee—complete this section and see note above**      **Empleado—complete esta sección y note la notación arriba.**

1. Name. *Nombre.* \_\_\_\_\_ Today's Date. *Fecha de Hoy.* \_\_\_\_\_
2. Home Address. *Dirección Residencial.* \_\_\_\_\_
3. City. *Ciudad.* \_\_\_\_\_ State. *Estado.* \_\_\_\_\_ Zip. *Código Postal.* \_\_\_\_\_
4. Date of Injury. *Fecha de la lesión (accidente).* \_\_\_\_\_ Time of Injury. *Hora en que ocurrió.* \_\_\_\_\_ a.m. \_\_\_\_\_ p.m.
5. Address and description of where injury happened. *Dirección/lugar dónde ocurrió el accidente.* \_\_\_\_\_
6. Describe injury and part of body affected. *Describe la lesión y parte del cuerpo afectada.* \_\_\_\_\_
7. Social Security Number. *Número de Seguro Social del Empleado.* \_\_\_\_\_
8. Signature of employee. *Firma del empleado.* \_\_\_\_\_

**Employer—complete this section and see note below.**      **Empleador—complete esta sección y note la notación abajo.**

9. Name of employer. *Nombre del empleador.* Central California Conference of Seventh-day Adventists
10. Address. *Dirección.* PO Box 770, Clovis CA 93613
11. Date employer first knew of injury. *Fecha en que el empleador supo por primera vez de la lesión o accidente.* \_\_\_\_\_
12. Date claim form was provided to employee. *Fecha en que se le entregó al empleado la petición.* \_\_\_\_\_
13. Date employer received claim form. *Fecha en que el empleado devolvió la petición al empleador.* \_\_\_\_\_
14. Name and address of insurance carrier or adjusting agency. *Nombre y dirección de la compañía de seguros o agencia administradora de seguros.*  
Cambridge Integrated Services Group, Inc. Phone: 925-603-5500 PO Box 4142, Concord, CA 92524
15. Insurance Policy Number. *El número de la póliza de Seguro.* Self-insured
16. Signature of employer representative. *Firma del representante del empleador.* \_\_\_\_\_
17. Title. *Título.* Human Resources      18. Telephone. *Teléfono.* (559) 347-3042

**Employer:** You are required to date this form and provide copies to your insurer or claims administrator and to the employee, dependent or representative who filed the claim within **one working day** of receipt of the form from the employee.

**Empleador:** Se requiere que Ud. feche esta forma y que provéa copias a su compañía de seguros, administrador de reclamos, o dependiente/representante de reclamos y al empleado que hayan presentado esta petición dentro del plazo de **un día hábil** desde el momento de haber sido recibida la forma del empleado.

SIGNING THIS FORM IS NOT AN ADMISSION OF LIABILITY

EL FIRMAR ESTA FORMA NO SIGNIFICA ADMISION DE RESPONSABILIDAD

- Employer copy/Copia del Empleador       Employee copy/ Copia del Empleado       Claims Administrator/Administrador de Reclamos       Temporary Receipt/Recibo del Empleado

|  |   |   |  |   |  |                 |
|--|---|---|--|---|--|-----------------|
| State of California<br>EMPLOYER'S REPORT OF<br>OCCUPATIONAL INJURY OR ILLNESS  |   | Please complete in triplicate (type if possible) Mail two copies to:<br>Insurance Carrier's Name: Cambridge Integrated Services Group, Inc.<br>Address: PO Box 4142 (Phone: 925-603-5500 Fax: 925-603-5581<br>City: Concord State: CA Zip: 92524-4142   |  | OSHA CASE NO.   |  |                 |
| Any person who makes or causes to be made any knowingly false or fraudulent material statement or material representation for the purpose of obtaining or denying workers compensation benefits or payments is guilty of a felony.   |   | California law requires employers to report within five days of knowledge every occupational injury or illness which results in lost time beyond the date of the incident OR requires medical treatment beyond first aid. If an employee subsequently dies as a result of a previously reported injury or illness, the employer must file within five days of knowledge an amended report indicating death. In addition, every serious injury, illness, or death must be reported immediately by telephone or telegraph to the nearest office of the California Division of Occupational Safety and Health. |  |   |  |                 |
| E<br>M<br>P<br>L<br>O<br>Y<br>E<br>R   | 1. FIRM NAME<br>Central California Conference of SDA  |   |  | 1a. Policy Number   |  |                 |
|  | 2. MAILING ADDRESS: (Number, Street, City, Zip)<br>PO Box 770 Clovis, CA 93613  |   |  | 2a. Phone Number  |  |                 |
|  | 3. LOCATION if different from Mailing Address (Number, Street, City and Zip)  |   |  | 3a. Location Code   |  |                 |
|  | 4. NATURE OF BUSINESS; e.g., Painting contractor, wholesale grocer, sawmill, hotel, etc.  |   |  | 6. State unemployment insurance acct.no   |  |                 |
|  | 6. TYPE OF EMPLOYER: <input type="checkbox"/> Private <input type="checkbox"/> State <input type="checkbox"/> County <input type="checkbox"/> City <input type="checkbox"/> School District <input type="checkbox"/> Other Gov't, Specify: _____  |   |  | INDUSTRY  |  |                 |
|  | 7. DATE OF INJURY / ONSET OF ILLNESS (mm/dd/yy)   |   | 8. TIME INJURY/ILLNESS OCCURRED<br>_____ AM _____ PM   |   | 9. TIME EMPLOYEE BEGAN WORK<br>_____ AM _____ PM               |                 |
| 11. UNABLE TO WORK FOR AT LEAST ONE FULL DAY AFTER DATE OF INJURY?<br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No   |   | 12. DATE LAST WORKED (mm/dd/yy)   |  | 13. DATE RETURNED TO WORK (mm/dd/yy)  |  |                 |
| 14. PAID FULL DAYS WAGES FOR DATE OF INJURY OR LAST DAY WORKED? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No   |   | 16. SALARY BEING CONTINUED? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No  |  | 17. DATE OF EMPLOYER'S KNOWLEDGE /NOTICE OF INJURY/ILLNESS (mm/dd/yy)                                       |  |                 |
| 15. IF EMPLOYEE DIED, DATE OF DEATH (mm/dd/yy)   |   | 18. IF EMPLOYEE WAS PROVIDED CLAIM FORM (mm/dd/yy)  |  | 18. DATE EMPLOYEE WAS PROVIDED CLAIM FORM (mm/dd/yy)  |  |                 |
| 19. SPECIFIC INJURY/ILLNESS AND PART OF BODY AFFECTED, MEDICAL DIAGNOSIS if available, e.g., Second degree burns on right arm, tendonitis on left elbow, lead poisoning  |   |   |  |   |  |                 |
| I<br>N<br>J<br>U<br>R<br>Y   | 20. LOCATION WHERE EVENT OR EXPOSURE OCCURRED (Number, Street, City, Zip)   |   |  | 20a. COUNTY   |  |                 |
|  | 21. ON EMPLOYER'S PREMISES?<br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No   |   |  | DAILY HOURS   |  |                 |
|  | 22. DEPARTMENT WHERE EVENT OR EXPOSURE OCCURRED, e.g., Shipping department, machine shop.   |   |  | 23. Other Workers injured or ill in this event?<br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |  |                 |
| O<br>R   | 24. EQUIPMENT, MATERIALS AND CHEMICALS THE EMPLOYEE WAS USING WHEN EVENT OR EXPOSURE OCCURRED, e.g., Acetylene, welding torch, farm tractor, scaffold   |   |  |   |  |                 |
|  | 25. SPECIFIC ACTIVITY THE EMPLOYEE WAS PERFORMING WHEN EVENT OR EXPOSURE OCCURRED, e.g., Welding seams of metal forms, loading boxes onto truck.  |   |  |   |  |                 |
|  | 26. HOW INJURY/ILLNESS OCCURRED. DESCRIBE SEQUENCE OF EVENTS. SPECIFY OBJECT OR EXPOSURE WHICH DIRECTLY PRODUCED THE INJURY/ILLNESS, e.g., Worker stepped back to inspect work and slipped on scrap material. As he fell, he brushed against fresh weld, and burned right hand. USE SEPARATE SHEET IF NECESSARY |   |  |   |  |                 |
|  | 27. Name and address of physician (number, street, city, zip)   |   |  |   |  |                 |
| I<br>L<br>L<br>N<br>E<br>S<br>S  | 27a. Phone Number   |   |  | NATURE OF INJURY  |  |                 |
|  | 28. Hospitalized as an inpatient overnight? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If yes then, name and address of hospital (number, street, city, zip)  |   |  | 28a. Phone Number   |  |                 |
|  | 29. Employee treated in emergency room?<br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No   |   |  | PART OF BODY  |  |                 |
| ATTENTION This form contains information relating to employee health and must be used in a manner that protects the confidentiality of employees to the extent possible while the information is being used for occupational safety and health purposes. See CCR Title 8 14300.29 (b)(6)-(10) & 14300.35(b)(2)(E)2.<br>Note: Shaded boxes indicate confidential employee information as listed in CCR Title 8 14300.35(b)(2)(E)2*. |   |   |  |   |  |                 |
| E<br>M<br>P<br>L<br>O<br>Y<br>E<br>E   | 30. EMPLOYEE NAME   |   | 31. SOCIAL SECURITY NUMBER   |   | 32. DATE OF BIRTH (mm/dd/yy)                                   |                 |
|  | 33. HOME ADDRESS (Number, Street, City, Zip)  |   |  |   | 33a. PHONE NUMBER  |                 |
|  | 34. SEX<br><input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female  |   | 35. OCCUPATION (Regular job title, NO initials, abbreviations or numbers)  |   | 36. DATE OF HIRE (mm/dd/yy)                                    |                 |
|  | 37. EMPLOYEE USUALLY WORKS<br>_____ hours per day, _____ days per week, _____ total weekly hours  |   | 37a. EMPLOYMENT STATUS<br><input type="checkbox"/> regular, full-time <input type="checkbox"/> part-time<br><input type="checkbox"/> temporary <input type="checkbox"/> seasonal |   | 37b. UNDER WHAT CLASS CODE OF YOUR POLICY WHERE WAGES ASSIGNED |                 |
|  | 38. GROSS WAGES/SALARY<br>\$ _____ per _____  |   | 39. OTHER PAYMENTS NOT REPORTED AS WAGES/SALARY (e.g. tips, meals, overtime, bonuses, etc.)?<br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No                         |   |  |                 |
|  | Completed By (type or print)  |   | Signature & Title  |   |  | Date (mm/dd/yy) |

\* Confidential information may be disclosed only to the employee, former employee, or their personal representative (CCR Title 8 14300.35), to others for the purpose of processing a workers' compensation or other insurance claim; and under certain circumstances to a public health or law enforcement agency or to a consultant hired by the employer (CCR Title 8 14300.30). CCR Title 8 14300.40 requires provision upon request to certain state and federal workplace safety agencies.