

## **‘NOTICIA DE COMPENSACION PARA TRABAJADORES**

**A su empleador le es requerido proveer pagos de beneficios bajo el Acta de Compensación para Trabajadores del Estado de Indiana.**

**Cualquier empleado que sea lesionado mientras esté trabajando debe reportar el accidente laboral inmediatamente a su supervisor, empleador o representante designado.**

**La compañía de seguro de compensación del trabajador o el administrador de la compañía**  
\_\_\_\_\_ **es:**  
**(nombre de la compañía)**

\_\_\_\_\_  
**(nombre de la compañía de seguro/administrador)**

\_\_\_\_\_  
**(dirección)**

\_\_\_\_\_  
**(ciudad, estado, código postal)**

\_\_\_\_\_  
**(número de teléfono)**

\_\_\_\_\_  
**(persona de contacto)**

**Para más información acerca de sus derechos o los procedimientos bajo el sistema de compensación para trabajadores de Indiana, llame o escriba a:**

**Worker's Compensation Board of Indiana  
Ombudsman Division  
402 W. Washington St., Rm W196  
Indianapolis, IN 46204  
(317) 232-3808  
1-800-824-2667**