

NOTICE TO EMPLOYEES CONCERNING WORKERS' COMPENSATION IN TEXAS

COVERAGE: [Name of employer] STERLING AND STERLING LLC

has workers' compensation insurance coverage from [name of commercial insurance company]

Graphic Arts Mutual Insurance Company in the event of

work-related injury or occupational disease. This coverage is effective from [effective date of workers' compensation insurance policy] 03-01-2025. Any injuries or occupational diseases which occur on or after that date will be handled by [name of commercial insurance company]

Graphic Arts Mutual Insurance Company. An employee or a person acting on the employee's behalf,

must notify the employer of an injury or occupational disease not later than the 30th day after the date on which the injury occurs or the date the employee knew or should have known of an occupational disease, unless the Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation (Division) determines that good cause existed for failure to provide timely notice. Your employer is required to provide you with coverage information, in writing, when you are hired or whenever the employer becomes, or ceases to be, covered by workers' compensation insurance.

EMPLOYEE ASSISTANCE: The Division provides free information about how to file a workers' compensation claim. Division staff will answer any questions you may have about workers' compensation and process any requests for dispute resolution of a claim. You can obtain this assistance by contacting your local Division field office or by calling 1-800-252-7031. The Office of Injured Employee Counsel (OIEC) also provides free assistance to injured employees and will explain your rights and responsibilities under the Workers' Compensation Act. You can obtain OIEC's assistance by contacting an OIEC customer service representative in your local Division field office or by calling 1-866-EZE-OIEC (1-866-393-6432).

SAFETY VIOLATIONS HOTLINE: The Division has a 24 hour toll-free telephone number for reporting unsafe conditions in the workplace that may violate occupational health and safety laws. Employers are prohibited by law from suspending, terminating, or discriminating against any employee because he or she in good faith reports an alleged occupational health or safety violation. Contact the Division at 1-800-452-9595.

AVISO A LOS EMPLEADOS SOBRE LA COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES EN TEXAS

COBERTURA: [Name of the employer] STERLING AND STERLING LLC

_____ tiene cobertura de seguros de compensación para trabajadores con [name of the commercial insurance company] Graphic Arts Mutual Insurance Company para protegerle en caso de una lesión o enfermedad ocupacional relacionada con el trabajo. Esta cobertura está vigente desde [effective date of workers' compensation insurance policy] 03-01-2025. Cualquier lesión o enfermedad ocupacional que ocurra en o después de esta fecha será manejada por [name of commercial insurance company] Graphic Arts Mutual Insurance Company. Un empleado o una persona que actúe en nombre del empleado, debe notificar al empleador sobre una lesión o una enfermedad ocupacional a no más tardar de treinta (30) días, a partir de la fecha en que ocurrió la lesión o en la fecha en la que el empleado se enteró o debería de haberse enterado de la enfermedad ocupacional, al menos que el Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores (Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation – TDI-DWC, por su nombre y siglas en inglés) (División) determine que existió una buena causa para que no se haya notificado al empleador dentro del tiempo señalado. Su empleador tiene la obligación de proporcionarle a usted información por escrito sobre la cobertura cuando usted es contratado o cuando su empleador adquiere o deja de tener una cobertura de seguro de compensación para trabajadores.

ASISTENCIA AL EMPLEADO: La División proporciona información gratuita sobre cómo presentar una reclamación de compensación para trabajadores. El personal de la División contestará cualquier pregunta que usted pueda tener sobre la compensación para trabajadores y procesará cualquier solicitud de resolución de disputas relacionada con una reclamación. Usted puede obtener este tipo de asistencia comunicándose con su oficina local de la División o llamando al teléfono 1-800-252-7031. La Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado (Office of Injured Employee Counsel – OIEC, por su nombre y siglas en inglés) también ofrece asistencia gratuita a los empleados lesionados y ellos le explicarán cuáles son sus derechos y responsabilidades bajo la Ley de Compensación para Trabajadores. Usted puede obtener la asistencia de OIEC comunicándose con un representante de servicio al cliente de OIEC en su oficina local de la División o llamando al 1-866-EZE-OIEC (1-866-393-6432).

LÍNEA DIRECTA PARA REPORTAR VIOLACIONES DE

SEGURIDAD: La División cuenta con una línea gratuita telefónica que está en servicio las 24 horas del día para reportar condiciones inseguras en el área de trabajo que podrían violar las leyes ocupacionales de salud y seguridad. La ley prohíbe que los empleadores suspendan, despidan o discriminen en contra de cualquier empleado porque él o ella de buena fe reporta una alegada violación ocupacional de salud o seguridad. Comuníquese con la División al teléfono 1-800-452-9595.

EMPLEADOR CON COBERTURA

El Reglamento 110.101 (e)(1) de Compensación para Trabajadores de Texas requiere que los empleadores que cuentan con una cobertura de compensación para trabajadores mediante una compañía de seguros comercial notifiquen a sus empleados que ellos cuentan con una cobertura de seguro de compensación para trabajadores e informen a sus empleados sobre el número de la línea telefónica gratuita del Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores para obtener información adicional sobre sus derechos de compensación para trabajadores.

Avisos en inglés, español y cualquier otro idioma común para la población de los trabajadores del empleador deben ser puestos a la vista y:

1. Mostrarse en un lugar prominente de la oficina de personal del empleador, si es que la hay;
2. Ubicar este aviso en el área de trabajo de tal manera que los empleados lo vean regularmente;
3. El título debe ser impreso en tamaño 26, en letra negrita de punto, el tema debe ser impreso en tamaño 18, en letra negrita de punto, y el texto, por lo menos en tamaño 16 en letra negrita de punto normal; y
4. Contener las palabras exactas según lo señalado en el Reglamento 110.101 (e)(1).

El aviso que se muestra al reverso de esta página cumple con los requisitos que se han señalado en la parte de arriba. El negarse a mostrar o proporcionar esta información, según lo requerido en el reglamento es una falta a la ley y a los reglamentos de la División. El infractor podría estar sujeto a sanciones administrativas.

NO MOSTRAR ESTE LADO

WORKERS' COMPENSATION NOTICE

The employees of this business are covered by the Virginia Workers' Compensation Act. In case of injury by accident or notice of an occupational disease:

THE EMPLOYEE SHOULD:

1. Immediately give notice to the employer, in writing, of the injury or occupational disease and the date of accident or notice of the occupational disease.
2. Promptly give to the employer and to the Virginia Workers' Compensation Commission notice of any claim for compensation for the period of disability beyond the seventh day after the accident. In case of fatal injuries, notice must be given by one or more dependents of the deceased or by a person in their behalf.
3. In case of failure to reach an agreement with the employer in regard to compensation under the act, file application with the Commission for a hearing within two years of the date of accidental injury or first communication of the diagnosis of an occupational disease.
4. If medical treatment is anticipated for more than two years from the date of the accident and no award has been entered, the employee should file a claim with the Commission within two years from the date of the accident.

NOTE: The employer's report of accident is not the filing of a claim for the employee.

THE EMPLOYER SHOULD:

1. At the time of the accident, give the employee the names of at least three physicians from which the employee may select the treating physician.
2. Report the injury to the Commission through your carrier or directly to the Commission.
3. Accurately determine the employee's average weekly wage, including overtime, meals, uniforms, etc.

Questions may be answered by contacting the Commission. A booklet explaining the Workers' Compensation Act is available without cost from:

THE VIRGINIA WORKERS' COMPENSATION COMMISSION
333 E. Franklin St
Richmond, Virginia 23219

1-877-664-2566
www.workcomp.virginia.gov

Every employer within the operation of the Virginia Workers' Compensation Act MUST POST THIS NOTICE IN A CONSPICUOUS PLACE in his place of business.

NOTICIA SOBRE COMPENSACIÓN LABORAL

Los empleados de ésta empresa estan cubiertos por la Ley de Compensacion Para Los Trabajadores de Virginia (Virginia Workers' Compensation Act). En caso de lesion por accidente o aviso de una enfermedad ocupacional:

EL EMPLEADO DEBE:

1. Dar aviso inmediato, por escrito, al empleador sobre lesiones o enfermedad ocupacional y dar la fecha del accidente o del aviso de la enfermedad ocupacional.
2. Dar aviso inmediato al empleador y a "Virginia Workers' Compensation Commission" de cualquier reclamo por compensación por periodos de incapacidad de más de siete dias despues del accidente. En caso de lesiones fatales, el aviso debe ser dado por uno o mas de los dependientes o herederos del difunto o las personas que los representan.
3. Presentar una solicitud a la Comisión para una audiencia dentro de dos años de la fecha de la lesión por accidente or de la primera comunicación del diagnóstico de enfermedad ocupacional, si no llega a un acuerdo con el empleador en relacion al pago de compensación bajo la Ley.
4. Presentar una solicitud a la Comisión dentro de los dos años de la fecha del accidente, si el tratamiento médico es anticipado por mas de dos años de la fecha del accidente y el empleado no ha recibido una orden de la Comisión.

NOTA: El reporte de accidente del empleador no es la presentacion del reclamo del empleado. El pago voluntario sueldos o compensacion durante la incapacidad o de los gastos medicos, no afecta el transcurso de la limitación del tiempo para presentar reclamos. La Comisión debe de dar una orden cubriendo acuerdos voluntarios y si no, una reclamación debe de ser presentada por el empleado dentro de los dos años del accidente; un año en caso de fallecimiento.

EL EMPLEADOR DEBE:

1. Al momento del accidente, dar al empleado los nombres de por lo menos tres médicos, de los cuales el empleado puede escoger un médico para su tratamiento.
 2. Reportar las lesiones a la Comision a traves de su representante o directamente a la Comisión.
 3. Determinar exactamente el salario semanal del empleado, incluyendo sobretiempo, comidas, uniformes, etc.
-

Preguntas pueden ser contestadas llamando a la Comision. Un folleto explicando la Ley de Compensación Para Los Trabajadores esta disponible sin costo de:

THE VIRGINIA WORKERS' COMPENSATION COMMISSION
333 E. Franklin St., Richmond, Virginia 23219
1-877-664-2566
vwc.state.va.us

Cada empleador dentro de la operacion de la Ley de Compensacion Para Trabajadores en Virginia, DEBE DE EXPONER ESTE AVISO EN UN LUGAR VISIBLE, en la empresa o lugar de negocios.