

州僱用表

本表是重要的法律文件，您遇到工傷時，本文件會對您的權利產生影響。

- 我要參加 HCO 醫療組織以便在因工受傷或患病時得到醫療照顧。我已經收到僱主提供的有關 HCO 醫療組織的資訊，我希望加入 **CompPartners HCO 醫療組織計劃**。
- 我不想參加 HCO 醫療組織。我希望由我自己的醫師、按摩師或針灸師在我因工受傷或患病時給我治療。我自己的醫師、按摩師或針灸師是：

醫師姓名 _____ 電話 _____

地址 _____

城市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____

（請填寫您自己的醫師、按摩師或針灸師的姓名與地址。）

- 我不想參加 HCO 醫療組織或指定我自己的醫師、按摩師或針灸師在我因工受傷或患病時給我治療。我知道我的僱主會給我辦手續加入 HCO 醫療組織計劃，以便我在因工受傷或患病時得到治療。

僱員姓名（正體書寫）

簽字

僱主姓名

出生日期

社會安全號

日期

州僱用表 請在背面填寫作出選擇

選擇因工受傷或患病時的醫療

如果您在工作時受傷，加利福尼亞州的法律要求您的僱主為您提供醫療並負擔費用。您的僱主已選擇使用勞工賠償醫療組織（即 HCO）來提供這種醫療。本表為您提供有關 HCO 計劃的資訊並對您選擇因工受傷和患病醫療的權利作說明。

HCO 計劃是什麼？

勞工賠償醫療組織（HCO）是一個由加利福尼亞州勞工賠償處批准認可的為受傷勞工提供醫療的機構。HCO 必須符合州勞工賠償處所規定的醫療品質和服務標準，HCO 的醫療機構必須熟悉勞工賠償制度與職業病的治療，HCO 必須能與僱主和勞工合作以改進工作場所的衛生與安全。

如果您選擇某個 HCO 醫療組織，該 HCO 將協調您因工受傷治療的各個方面，包括與您的僱主合作以便讓您回到不會使所受傷害惡化的崗位上工作。該 HCO 必須向受傷勞工提供有關他們所提供的服務的資訊，必須對您提出的問題和投訴作出答覆。您選擇 HCO 醫療組織就可使您的僱主節省費用，選擇 HCO 醫療組織您本人不需要花錢。

選擇 HCO 醫療組織

您的僱主已向您提供 HCO 醫療組織計劃讓您參加。如果您的僱主的勞工賠償保險公司擁有或控制這個 HCO 醫療組織，您的僱主必須在您申請參加計劃的過程中將此情況告訴您。您的僱主必須在您作出選擇之前向您提供有關這個 HCO 醫療組織的資料。

如果您選擇加入 HCO 醫療組織，您必須在受傷後至少使用 HCO 為您提供因工傷害所需的治療 90 天。如果您選擇一個 HCO 醫療組織，而您的僱主為您付至少一半（非因工受傷）的醫療保險費，則您必須在因工受傷後至少使用 HCO 醫療組織 180 天。在某些 HCO 醫療組織中，為您做常規治療的您自己的醫師、按摩師或針灸師可以為您做因工傷害或疾病的治療。

選擇您自己的醫師（不屬於 HCO）

如果您因工受傷後不希望由 HCO 的醫療機構治療，您可以「指定」曾為您做過治療並有您的病史記錄的您自己的醫師、按摩師或針灸師。如果您選擇您自己的醫師、按摩師或針灸師，您可以在任何時候去他/她那裏治療工傷。

作出您自己的選擇

請用本表選擇：假如您因工受傷或患病時，您希望如何接受治療。您可以選擇由您的僱主提供的勞工賠償醫療組織（HCO），您也可以指定您自己的醫師、按摩師或針灸師。如果您選擇指定自己的醫師、按摩師或針灸師，您必須在第二段的空格中作出選擇。如果您對以上兩項都不作選擇，您的僱主會讓您參加 HCO 醫療組織，使您能在因工受傷或患病時得到治療。

如果您對 HCO 醫療組織或工傷治療有問題，可以打電話向資訊與協助幹事詢問。您可以從電話號碼簿中 State of California Department of Industrial Relations, Division of Workers' Compensation（加利福尼亞州產業關係局勞工賠償處）的條目下找到其電話號碼。如果您對某個具體的 HCO 醫療組織或參加計劃的手續有疑慮、意見或問題，可以撥電話：1-800-277-1767。