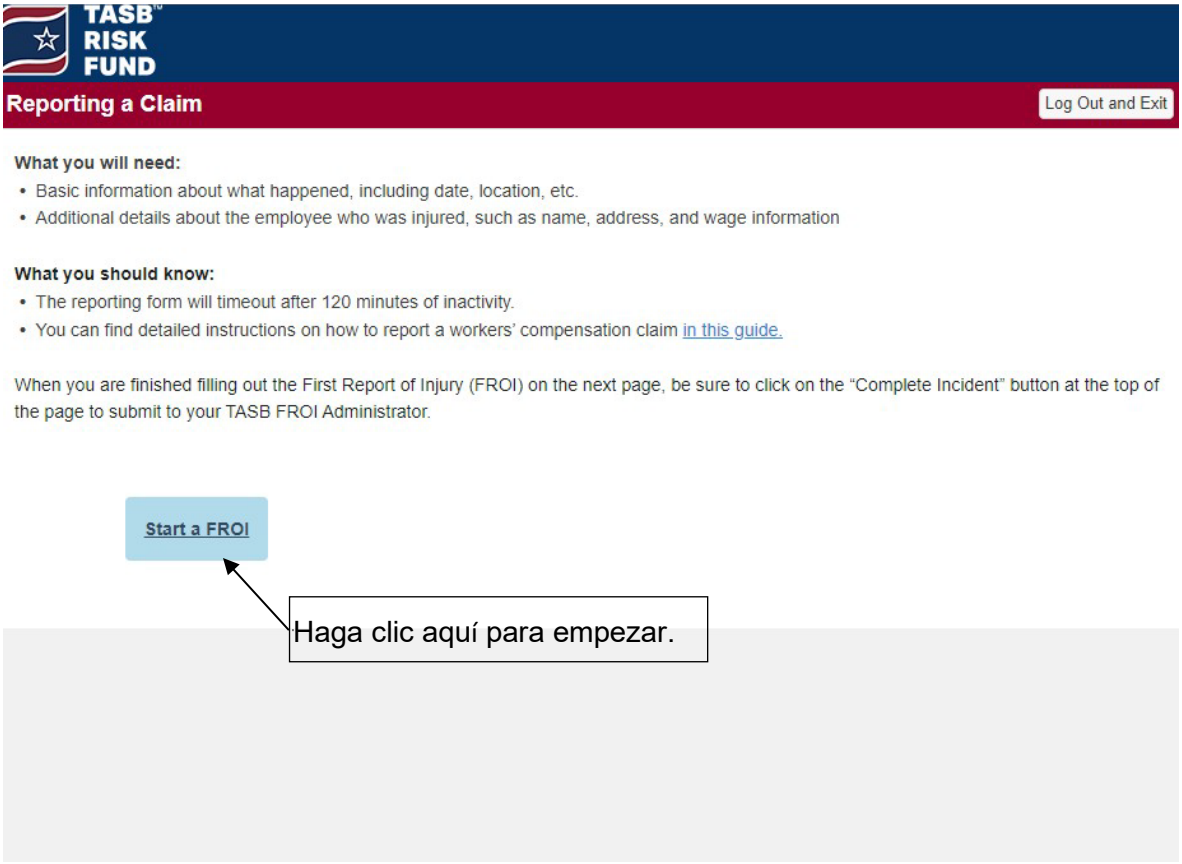
Cómo presentar un Primer Reporte de Lesión

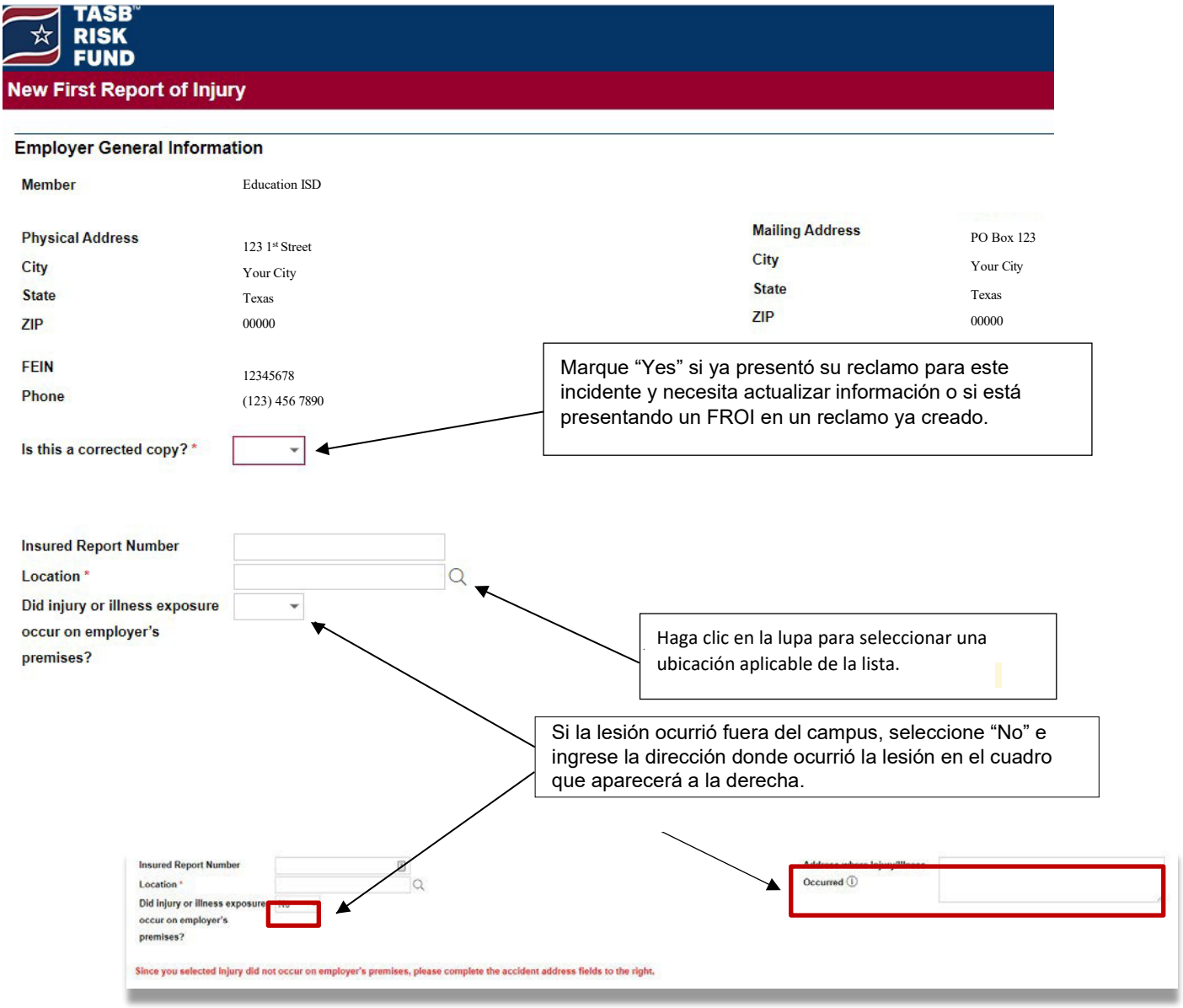
Esta guía es para miembros que no usan la aplicación de Administración FROI.

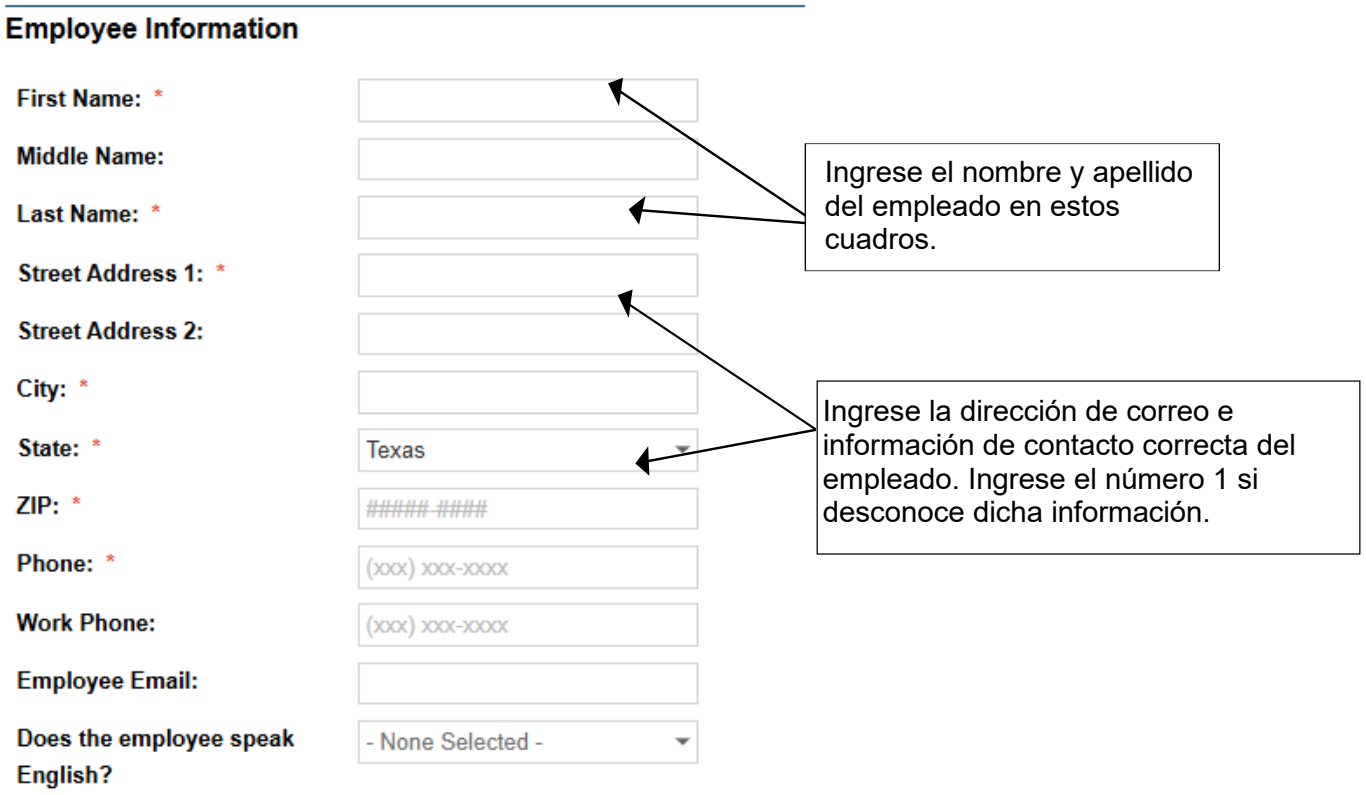
Comience aquí: **https://www.tasbrmf.org/claims/report-a-claim**

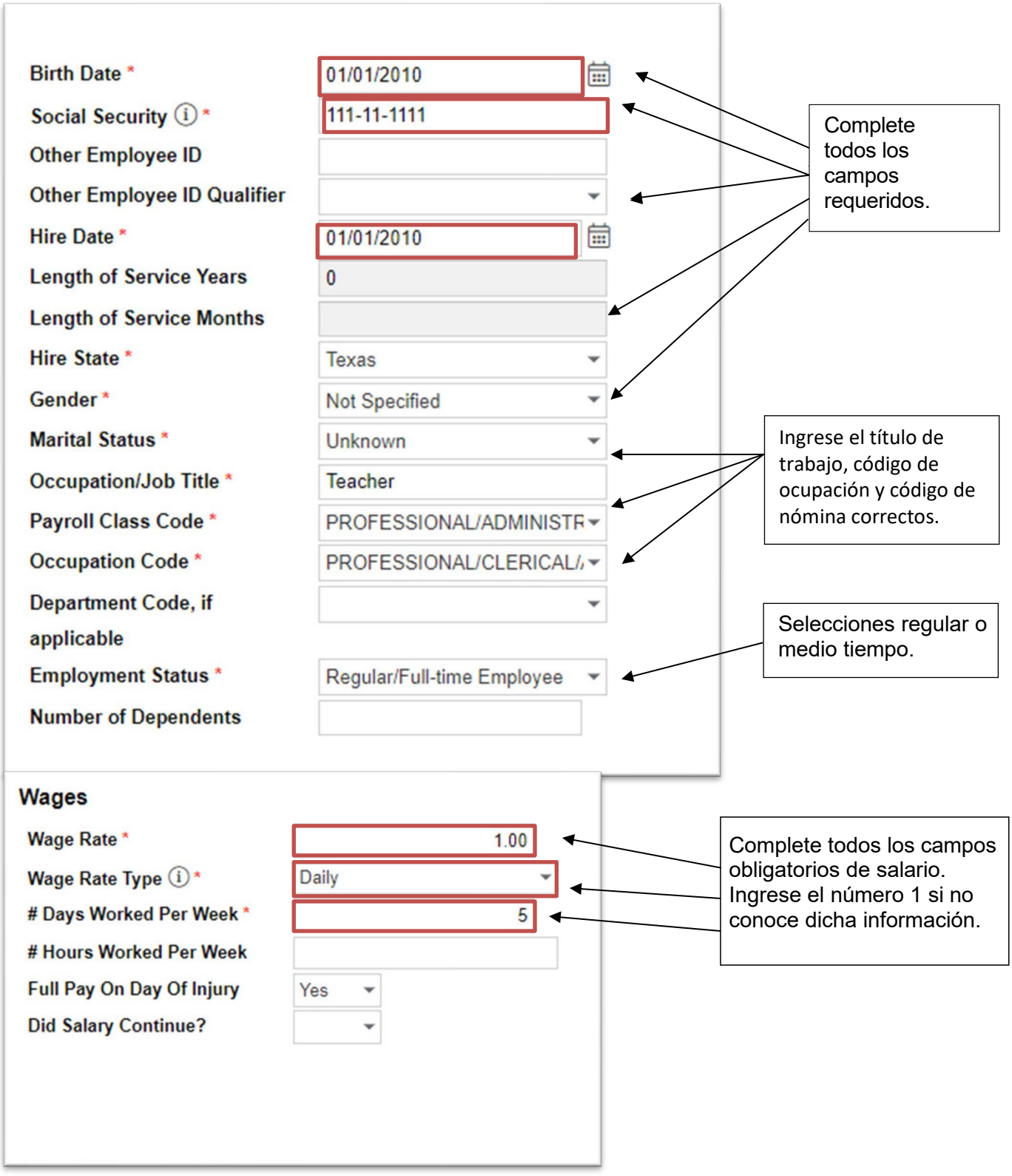
Escriba **KATY ISD en el buscador y seleccione**. Luego haga clic en Report a Claim (Informar un reclamo WC)

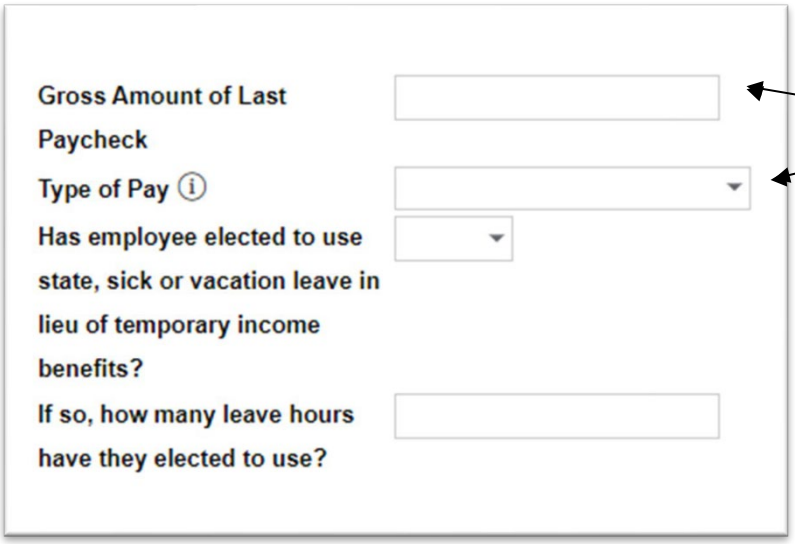


Todos los cuadros marcados con un asterisco **(*)** son **obligatorios**. Al completar el formulario, asegúrese de que todos los cuadros requeridos estén completos y que contengan la información correcta.

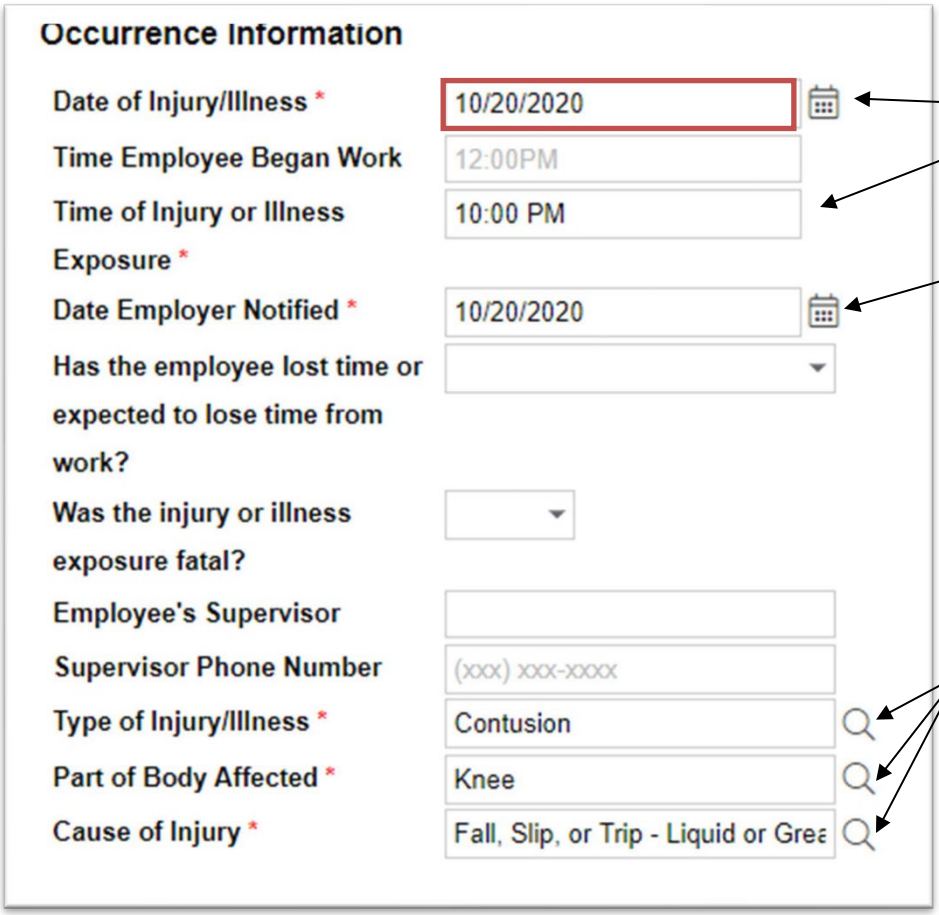

TASB RISK FUND
New First Report of Injury
Employer General Information
Member
Education ISD
Physical Address
123 1st Street
City
Your City
State
Texas
ZIP
00000
Mailing Address
PO Box 123
City
Your City
State
Texas
ZIP
00000
FEIN
12345678
Phone
(123) 456 7890
Is this a corrected copy? *
Marque “Yes” si ya presentó su reclamo para este incidente y necesita actualizar información o si está presentando un FROI en un reclamo ya creado.
Insured Report Number
Location *
Did injury or illness exposure occur on employer's premises?
Haga clic en la lupa para seleccionar una ubicación aplicable de la lista.
Si la lesión ocurrió fuera del campus, seleccione “No” e ingrese la dirección donde ocurrió la lesión en el cuadro que aparecerá a la derecha.
Insured Report Number
Location *
Did injury or illness exposure occur on employer's premises?
Occurred
Since you selected injury did not occur on employer's premises, please complete the accident address fields to the right.


Employee Information
First Name: *
Middle Name:
Last Name: *
Street Address 1: *
Street Address 2:
City: *
State: *
Texas
ZIP: *
####
Phone: *
(xxx) xxx-xxxx
Work Phone:
(xxx) xxx-xxxx
Employee Email:
Does the employee speak English?
- None Selected -
Ingrese el nombre y apellido del empleado en estos cuadros.
Ingrese la dirección de correo e información de contacto correcta del empleado. Ingrese el número 1 si desconoce dicha información.


Birth Date *
01/01/2010
Social Security *
111-11-1111
Other Employee ID
Other Employee ID Qualifier
Hire Date *
01/01/2010
Length of Service Years
0
Length of Service Months
Hire State *
Texas
Gender *
Not Specified
Marital Status *
Unknown
Occupation/Job Title *
Teacher
Payroll Class Code *
PROFESSIONAL/ADMINISTR
Occupation Code *
PROFESSIONAL/CLERICAL/
Department Code, if applicable
Employment Status *
Regular/Full-time Employee
Number of Dependents
Wages
Wage Rate *
1.00
Wage Rate Type *
Daily
Days Worked Per Week *
5
Hours Worked Per Week
Full Pay On Day Of Injury
Yes
Did Salary Continue?
Complete todos los campos requeridos.
Ingrese el título de trabajo, código de ocupación y código de nómina correctos.
Selecciones regular o medio tiempo.
Complete todos los campos obligatorios de salario. Ingrese el número 1 si no conoce dicha información.



Complete todos los campos obligatorios de salario con información precisa.

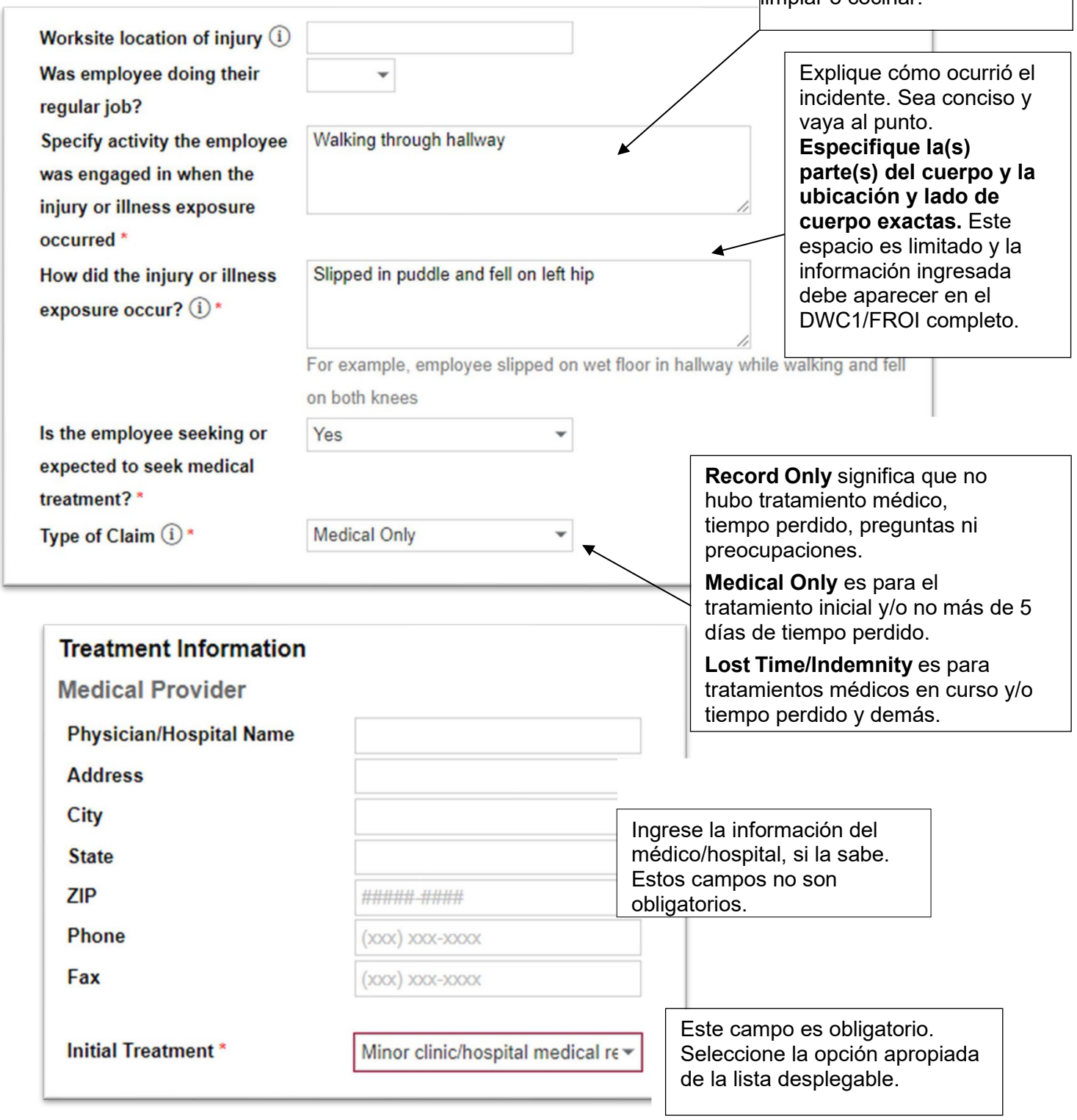


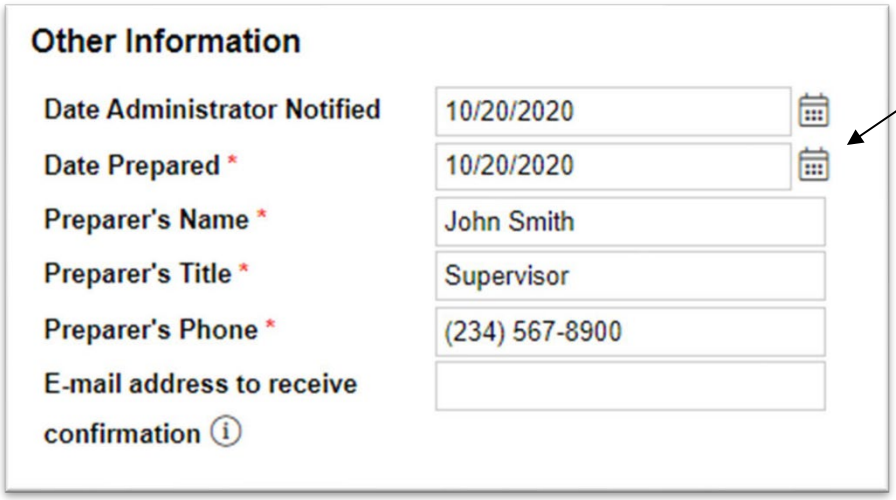
Ingrese la hora y fecha correcta de la lesión.

Esta es la fecha en que el secretario, director enfermero o supervisor se enteró del incidente.

Haga clic en la lupa para seleccionar la lesión del empleado, la parte del cuerpo afectada y la causa de la lesión de las listas. También puede escribir la lesión/parte del cuerpo del empleado o el número de código correspondiente en el buscador y seleccionar de las listas desplegables.

Nota: Estos códigos son estándares nacionales. Elija la opción que mejor describa su incidente.


Worksite location of injury
Was employee doing their regular job?
Specify activity the employee was engaged in when the injury or illness exposure occurred *
Walking through hallway
How did the injury or illness exposure occur? *
Slipped in puddle and fell on left hip
For example, employee slipped on wet floor in hallway while walking and fell on both knees
Is the employee seeking or expected to seek medical treatment? *
Yes
Type of Claim *
Medical Only
Treatment Information
Medical Provider
Physician/Hospital Name
Address
City
State
ZIP
####
Phone
(xxx) xxx-xxxx
Fax
(xxx) xxx-xxxx
Initial Treatment *
Minor clinic/hospital medical re
Los ejemplos incluyen caminar, limpiar o cocinar.
Explique cómo ocurrió el incidente. Sea conciso y vaya al punto. **Especifique la(s) parte(s) del cuerpo y la ubicación y lado de cuerpo exactas.** Este espacio es limitado y la información ingresada debe aparecer en el DWC1/FROI completo.
Record Only significa que no hubo tratamiento médico, tiempo perdido, preguntas ni preocupaciones.
Medical Only es para el tratamiento inicial y/o no más de 5 días de tiempo perdido.
Lost Time/Indemnity es para tratamientos médicos en curso y/o tiempo perdido y demás.
Ingrese la información del médico/hospital, si la sabe. Estos campos no son obligatorios.
Este campo es obligatorio. Seleccione la opción apropiada de la lista desplegable.



Esta es la fecha en que el campus le notifica a la Administración de Riesgos.

Ingrese los testigos que hubo y su información de contacto. No incluya nombres de estudiantes.

Puede usar este campo para añadir información adicional.

Haga clic en No.

Haga clic en Ok

Luego de llenar los campos requeridos, haga clic en Completar para enviar su FROI.

¡Felicidades! Completó su FROI exitosamente.

Su FROI se verá así. Haga clic en los íconos para imprimir o guardar en su computadora para sus registros. Si no recibe una copia por correo electrónico, contacte la Administración de Riesgos.

DWC001

TDI Division of Workers' Compensation

Complete if known:
DWC claim #
Insurance carrier claim #

Employer's first report of injury or illness

Part 1: Injured employee information

1. Name (first, middle, last)	2. Address (street or PO box, city, state, ZIP code)		
Jane Doe	6301 South Stadium Lane , Katy, Texas 77494		
3. Phone number (281) 396-2212	**4. Email address**	**5. Social Security number** XXX-XX-1111 (XXX-XX-XXXX)	**6. Date of birth** (mm/dd/yyyy) 12/13/1985
7. Marital status Married	**8. Sex** ☒ Female ☐ Male ☐ Other		
9. Spouse's name (first, middle, last)		**10. Number of dependent children**	
11. Does the employee speak English? ☐ Yes ☐ No **If no, specify language**			
12. Doctor's name (first, last) Memorial Hermann Occupational	**13. Doctor's mailing address** (street or PO box, city, state, ZIP code) 23920 Katy Fwy #540 Katy Texas 77493		

Si tiene alguna duda sobre cómo reportar un Reclamo de Indemnización Laboral, contacte a la Administración de Riesgos al 281-396-2241.