



TEXAS ASSOCIATION *of* COUNTIES RISK MANAGEMENT POOL

Employee Acknowledgement of Alliance Participation

I have received information that informs me of my employer's election to utilize the Political Subdivision Workers' Compensation Alliance (Alliance) and how to obtain health care if I should suffer a work related injury/illness.

If I am injured on the job, I understand that:

1. I must choose a treating doctor from the list of contracted providers provided by my employer or obtain the list myself from www.pswca
2. I must go to my treating doctor for all health care related to my injury. If I need a specialist, my treating doctor will refer me. If I require emergency care I may go anywhere.
3. Making a false or fraudulent workers' compensation claim is a crime that may result in fines and/or imprisonment.
4. Additional information regarding the Alliance is available on TAC RMP's website at www.county.org

Signature

Date

Printed Name

I live at

Street Address

City, State, Zip Code

Name of Employer

Please indicate whether this is the:

 Initial Employee Notification

 Date of Injury Notification (date of injury ____/____/____)

PLEASE RETURN THIS FORM TO YOUR EMPLOYER



TEXAS ASSOCIATION *of* COUNTIES RISK MANAGEMENT POOL

Reconocimiento del Empleado de Participacion en la Alianza

He recibido información que me informa de la elección de mi empleador a utilizar la alianza política de compensación de trabajadores de subdivisión (Alliance) y cómo obtener atención médica si sufro una lesión o enfermedad relacionada a mi trabajo.

Si yo me lesiono en el trabajo, entiendo:

1. Yo debo elegir a un médico tratante de la lista de proveedores contratados que ha sido proporcionado por mi empleador o obtener yo la lista de el sitio web www.pswca.org
2. Debo ir a mi medico tratante para toda atención médica relacionada con mi lesión. Si necesito a un especialista, mi medico tratante me referirá. Si necesito atención de emergencia puedo ir a cualquier lugar.
3. Falso reclamo o reclamo fradulento de compensación para trabajadores es un delito que puede resultar en multas y/o encarcelamiento.
4. Información adicional sobre la Alianza está disponible en el sitio web de TAC RMP en www.county.org

Firma

Fecha

Imprimir Nombre

Yo vivo

Dirección de la calle

Ciudad, Estado, Código postal

Nombre del empleador

Porfavor indicar si se trata de la:

☐ Notificación inicial al empleado

☐ Fecha de la notificación de lesiones (fecha de la lesión ____/____/____)

POR FAVOR DEVUELVA ESTE FORMULARIO A SU EMPLEADOR