

NOTICE OF FORM CHANGE NO. 03-057

DATE

5/28/03

TO: County Welfare Director Supply Clerk / Forms Coordinator	FROM: Forms Management Unit (916) 657-1907
<input type="checkbox"/> Community Care Licensing District Offices	<input type="checkbox"/> District Attorney
<input type="checkbox"/> Private and Public Adoption Agencies	<input type="checkbox"/> Other

Listed below is information regarding a form change. Only applicable information is shown.

This notice updates your Department of Social Services County Forms Catalog.

FORM NUMBER AND TITLE			
SOC 412 SP (8/02) In-Home Supportive Services Employee's Claim For Worker's Compensation Benefits Notice Of Potential Eligibility For Benefits			
ORDER UNIT	ESTIMATED PRICE	INITIAL SUPPLY SENT	
MASTER ONLY		<input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No	
<input checked="" type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Sold			
DATE OF FORM	REPLACES		
<input type="checkbox"/> New <input checked="" type="checkbox"/> Revised	8/02	9/94	
REQUIRED FORM-	REQUIRED FORM-		
<input checked="" type="checkbox"/> No Change Permitted	<input type="checkbox"/> Substitute Permitted With Prior DSS Approval	<input type="checkbox"/> Recommended Form	
UNLESS OTHERWISE SPECIFIED STOCK MAINTAINED AT:		<input type="checkbox"/> OTHER:	
Department of Social Services Warehouse P.O. Box 980788 West Sacramento, CA 95798-0788			

FORMS DISPOSITION AND SPECIAL INSTRUCTIONS

DISPOSITION OF OLD SUPPLY	
<input type="checkbox"/> Use until exhausted	<input checked="" type="checkbox"/> Destroy
USE NEW FORM	
<input type="checkbox"/> When supply available in DSS Warehouse	<input checked="" type="checkbox"/> Use new form effective <u>immediately.</u>
USE FORM IN ACCORDANCE WITH	
<input type="checkbox"/> All County Letter No.	
<input type="checkbox"/> Other (specify)	
ADDITIONAL INFORMATION REGARDING FORM CHANGE	

Attached are a Reproducible Copies

The headers at the top of this form were updated to read "State of California - Health and Human Services Agency" and "California Department of Social Services". Also, the first two digits of the space for the year to be entered on the "I gave this form to the county IHSS worker on (date)" line were changed from "19" to "20". These were the only changes to this form from the 9/94 version.

Additionally, this will now be a Master Only form and will no longer be stocked in the CDSS Warehouse.

Check on the Internet to see if forms are available at www.dss.cahwnet.gov.

For camera-ready copies of English and Spanish forms, please call the Forms Management Unit (FMU) at (916) 657-1907, or by electronic mail at: fmudss@dss.ca.gov. Contact Language Services for other languages at (916) 445-6778 or by electronic mail at LTS@dss.ca.gov.



Distribution:

- White - State Compensation Insurance Fund
- Yellow - Employer's Copy
- Pink - Employee's Copy
- Goldenrod - Employee's Temporary Receipt

**SERVICIOS DE CASA Y CUIDADO PERSONAL (IHSS)
 SOLICITUD DEL EMPLEADO PARA BENEFICIOS DE COMPENSACION POR LESIONES DE TRABAJO
 NOTIFICACION SOBRE POSIBLE ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR BENEFICIOS**

Si usted resulta lesionado o se enferma a causa de su trabajo, es posible que usted tenga derecho a uno o más de los siguientes beneficios que se le proporcionan a usted en calidad de Proveedor Individual de IHSS, dependiendo de su situación individual: tratamiento médico, compensación por tiempo perdido a causa de esta lesión, compensación por una incapacidad permanente, rehabilitación vocacional, y/o beneficios por muerte. La compensación se basa en un porcentaje de sus ingresos ganados. Si está usted hospitalizado o sin trabajo más de 3 días como resultado de esta lesión, recibirá su primer pago de compensación o un aviso a más tardar 14 días después de que el trabajador de IHSS del condado tiene conocimiento de esta lesión. Junto con su primer pago, también recibirá un folleto describiendo en más detalle los beneficios de compensación y los trámites.

Si no presenta esta solicitud, será imposible que usted reciba cualquier sanción por pago demorado que se le pudiera deber, y también perderá el derecho de ejercitar recursos legales adicionales.

Si necesita ayuda para completar esta forma, o tiene preguntas con respecto a su lesión en el trabajo, puede ponerse en contacto con la Oficina de Asistencia y Cumplimiento de Beneficios del Estado de California (*State of California Office of Benefit Assistance and Enforcement*) llamando al 1-800-736-7401. Se le presta este servicio sin costo. También puede consultar con un abogado.

CUALQUIER PERSONA QUE A SABIENDAS HAGA O CAUSE QUE SE HAGAN DECLARACIONES FALSAS O FRAUDULENTAS CON EL PROPOSITO DE OBTENER O DE QUE SE NIEGUEN BENEFICIOS O PAGOS DE COMPENSACION POR LESIONES DE TRABAJO, ES CULPABLE DE UN DELITO MAYOR.

PARTE I - PROVEEDOR/EMPLEADO: *Complete la sección titulada "Empleado" y déle la forma al trabajador de IHSS del condado. Quédese con la copia marcada "Employee's Temporary Receipt" (Recibo Temporal para el Empleado) hasta que reciba del condado la copia con la fecha.*

NOMBRE DEL EMPLEADO	FECHA DE LA LESION O ENFERMEDAD / /	HORA <input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.
DIRECCION DEL HOGAR (NUMERO, CALLE, CIUDAD, ZONA POSTAL)		
LUGAR DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE O EL CONTACTO CON LA MATERIA (NUMERO, CALLE, CIUDAD, ZONA POSTAL)		
DESCRIBA LA LESION O ENFERMEDAD Y LA MANERA EN QUE OCURRIO		
¿QUE PARTE ESPECIFICA DE SU CUERPO SE LESIONO?		
¿CUAL ES SU RELACION/PARENTESCO CON EL BENEFICIARIO DE IHSS/PATRON?		
FIRMA DEL EMPLEADO	NO. DEL SEGURO SOCIAL - -	

Le dí esta forma al trabajador de IHSS del condado el (fecha) _____ de 20 _____.
 La siguiente parte es para uso del condado solamente.

PART 2 – COUNTY IHSS WORKER: COMPLETE THIS SECTION AND PROMPTLY GIVE THE EMPLOYEE A COPY AS A RECEIPT. SIGNING OF THIS FORM DOES NOT NECESSARILY CONSTITUTE ACCEPTANCE OF A CLAIM.

NAME OF EMPLOYER	IHSS NO.	TELEPHONE
DATE OF KNOWLEDGE OF INJURY / /	DATE CLAIM FORM WAS PROVIDED TO EMPLOYEE / /	DATE CLAIM FORM WAS RECEIVED FROM EMPLOYEE / /
SIGNATURE OF IHSS WORKER	SSW NO.	

**STATE
 COMPENSATION
 INSURANCE
 FUND**