

# Notice to Employees Concerning Workers' Compensation in Texas

\_\_\_\_\_ **Does not** have Workers'  
(Name of employer)

Compensation Insurance to protect you from damages because of work related illness or injury. However, you may have rights under the common law of Texas. Your employer is required to provide you with coverage information when you are hired or whenever the employer becomes, or ceases to be, covered by Workers' Compensation Insurance.

SAFETY HOTLINE: The Commission has established 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 of Workers' Health and Safety at 1-800-452-9595.

**I have read and understood** the above notice:

Employee's name (print): \_\_\_\_\_

Signature of Employee: \_\_\_\_\_

Signature of Employer's Representative: \_\_\_\_\_

Date Signed: \_\_\_\_\_

# **AVISO A EMPLEADOS SOBRE COMPENSACION PARA TRABAJADORES EN TEJAS**

## **Cobertura:**

[ \_\_\_\_\_ ]

nombre del patron

**NO** tiene aseguranza de compensacion para el trabajador para protegerlo contra danos que purdieran resultar de una lesion o enfermedad relacionada con su trabajo. Sin embargo, puede ser que usted tenga derechos que la ley informacion sobre la aseguranza cuando lo contrite para trabajar y asi mismo debe de informarle cuando obtenga o deje de tener seguro de compensacion para el trabajador.

**LINA PARA REPORTAR CONDICIONES INSEGURAS:** La Comision ha establecido una linea telefonica gratuita las 24 horas del dia, para reportar condiciones inseguras en el lugar de trabajo que pudiera violar las leyes ocupacionales de salud y seguridad. La ley prohíbe que los patrones suspendan, despidan o discriminen al empleado o empleada porque el o ella, de Buena fe reporta una alegada violacion ocupacional de salud o seguridad. Comuniquese con la Seccion de Salud y Seguridad Laboral al numero 1-800-452-9595.

He leído y he entendido el aviso antedicho:

Nombre del empleado (impresion): \_\_\_\_\_

Firma del empleado: \_\_\_\_\_

Firma del representante del patron: \_\_\_\_\_

La fecha firmo: \_\_\_\_\_