STATE OF NEW HAMPSHIRE

WORKERS' COMPENSATION LAW

NOTICE OF COMPLIANCE

TO EMPLOYEES

1. You are required by law (RSA 281-A: 19) to report promptly to your employer an occupational injury or disease, even if you deem it to be minor. Form No. 8WCA, Notice of Accidental Injury or Occupational Disease, may be used for that purpose (RSA 281-A: 20, 21). After you have completed the form and made it available to him or her, your employer must acknowledge receipt by signing and giving you a copy.
2. You are entitled to the services of a physician. This physician shall be within a managed care network, if applicable under RSA 281-A: 23-a.
3. You may not sue your employer as a result of a work-connected injury or disease by reason of your eligibility for benefits under the Workers' Compensation Law.

TO EMPLOYERS

1. You are required to display this poster so that it will be of the greatest possible benefit to your employees (RSA 281-A: 4).
2. You are required to file an Employer's First Report of Injury or Occupational Disease, Form No. 8 WCA, with the Labor Commissioner as soon as possible, but no later than five days after learning of the occurrence of any injury (RSA 281-A:53, I). A copy of this form must also be provided to the nearest claims office of your insurance carrier unless the injury requires one-time treatment costing under $2,000 and you pay the medical bill within 30 days. (RSA 281-A: 53, I and Lab 504.02). If the injury requires any additional treatment or results in lost time, you must notify your insurance carrier of the injury (Lab 504.02).
3. You are required to report to the Labor Commissioner any occupational disability, whether total or partial, of four or more days (RSA 281-A:22), on an Employer's supplemental Report of Injury, form No 13 WCA, as soon as possible but no later than ten days after the date of knowledge thereof (RSA 281-A:53, I and II).
4. You are required to furnish, or cause to be furnished, reasonable medical and hospital services, other remedial care or vocational rehabilitation, and various types of disability compensation to an injured or disabled employee in accordance with RSA 281-A:23, 25, 26, 28, 29, 31, and 32.
5. All employers with 5 or more full time employees shall develop temporary alternative work opportunities for injured employees in accordance with RSA 281-A:23-b. Employer may be obligated to reinstate employees sustaining a compensable injury in accordance with RSA 281-A: 25-a.
6. You are required to obtain from the carrier identified below a supply of all required workers' compensation forms.

NOTICE- Violation of the various provisions of the Workers Compensation Law carries civil penalties, court fines or both.

Rudolph W. Ogden, III
Deputy Labor Commissioner

Ken Merrifield
Commissioner of Labor

The undersigned employer hereby gives notice of compliance with all provisions of the Workers' Compensation Law and Administrative Regulations of the Labor Commissioner of the State of New Hampshire pursuant to Revised Statutes Annotated, Chapter 281-A:, as amended.

Name of Insurance Company
Or self-insurer:

Zurich American Insurance Company of Illinois
1299 ZURICH WAY
SCHAUMBURG, IL 60196-5870

Name of Employer:

Employment Enterprises Inc
10550 Linden Lake Plz Ste 200
Manassas, VA 20109-6495

By _____

541487514

Employer Identification No.
(If number unknown, Employer to request from IRS)

This notice must be posted conspicuously in and about the Employer's place or places of business.

Prescribed by Labor Commissioner
State of New Hampshire
WCP-1 (07-18)

Primary Insured/Employer Name:
Employment Enterprises Inc
Location Insured/Employer Name (DBA):

10550 Linden Lake Plz Ste 200, Manassas, VA 20109-6495

Provided by PostingNotice.com

STATE OF NEW HAMPSHIRE

WORKERS' COMPENSATION LAW

NOTICE OF COMPLIANCE

A LOS EMPLEADOS

1. Usted está requerido por ley (RSA 281-A: 19) a reportar inmediatamente a su empleador una lesión o enfermedad ocupacional, incluso si usted lo considera menor. Forma No. 8a WCA, Aviso de lesión accidental o la enfermedad profesional, se puede utilizar para ese propósito. (RSA 281-A: 20, 21). Después de haber completado el formulario y se lo hizo disponible para él o ella, su empleador debe aceptar el recibo firmando y dándole una copia.
2. Usted tiene el derecho a los servicios de un médico. Este médico estará dentro de la red de cuidados administrados. Si aplica bajo RSA 281-A: 23-a.
3. Usted no puede demandar a su empleador como resultado de una lesión o enfermedad laborar por razón de su elegibilidad para beneficios bajo la ley de compensación al trabajador.

A LOS EMPLEADORES

1. Usted está requerido demostrar este poster porque será uno de los mayores beneficios posibles para sus empleados (RSA 281-A: 4).
2. Usted está requerido un primer informe del empleador sobre la lesión o enfermedad ocupacional, forma No. 8a WCA, con la comisión del trabajo, lo más pronto posible, pero no más tarde de cinco días después de aprender la ocurrencia de cualquier lesión.(RSA 281-A:53, I) Una copia de esta forma tiene que ser proporcionada a las oficina de reclamaciones más cercana de su compañía de seguros a menos que la lesión requiera tratamiento de una sola vez costando menos de $2,000 y que usted pague los costó médicos dentro de los 30 días. (RSA 281-A: 53, I and Lab 504.02). Si la lesión requiere algún tratamiento adicional o resulta en tiempo perdido, usted tiene que notificar a su compañía de seguros sobre la lesión (Lab 504.02)
3. Usted está requerido reportar a la Comisión del Trabajo cualquier discapacidad ocupacional, ya sea total o parcial, de cuatro o más días (RSA 281-A: 22), en el informe Suplementario del empleador sobre lesiones, forma No. 13 WCA, lo más pronto posible, pero no más tarde de 10 días después de la fecha de conocimiento (RSA 281-A: 53, I and II).
4. Usted está requerido que proporcione, o ser amueblado, los servicios médicos y hospitalarios razonables, otro cuidado de remediación o rehabilitación vocacional, y varios tipos de indemnización por incapacidad a un empleado lesionado o discapacitado de acuerdo a las leyes RSA 281-A: 23, 25, 26, 28, 29,31, and 32.
5. Todos los empleadores con 5 y más empleados de tiempo completo deben desarrollar las oportunidades alternativas temporales del trabajo para el empleado lesionado en acuerdo con RSA 281-A: 23-b. Los empleadores pueden ser obligado a reinstalar a los empleados que sostienen lesiones compensables de acuerdo con RSA 281-A: 25-a.
6. Usted está requerido a obtener del portador identificado abajo una fuente de todos los formularios de compensación de trabajadores requeridos. Aviso – La violación a varias provisiones de la ley de compensación de los trabajadores lleva sanciones civiles, multas de corte o ambos.

Rudolph W. Ogden, III
Deputy Labor Commissioner

Ken Merrifield
Commissioner of Labor

El empleador abajo firmante da aviso de conformidad con todas las disposiciones de la ley de compensación de los trabajadores y de las regulaciones administrativas de la Comisión del Trabajo del Estado de New Hampshire conforme con los estatutos revisados anotados, capituló 281-A:, según la enmienda modificación prevista

Nombre de la Compañía de Seguros
O un mismo asegurador:

Zurich American Insurance Company of Illinois
1299 ZURICH WAY
SCHAUMBURG, IL 60196-5870

Nombre del Empleador:

Employment Enterprises Inc
10550 Linden Lake Plz Ste 200
Manassas, VA 20109-6495

Por _____

541487514

No. De la Identificación Del Empleador
(Si desconocido, Empleador del número a solicitar el IRS)

Este aviso se debe colocado en un lugar visible un su negocio.
Prescrito por la Comisión del Trabajo
Estado de New Hampshire
WCP-1 (01-18)

Primary Insured/Employer Name:
Employment Enterprises Inc
Location Insured/Employer Name (DBA):

Provided by PostingNotice.com