

NOTICE TO EMPLOYEES

(Name of Employer / Nombre del Patron)

COVERAGE: The above employer **DOES NOT** have workers' compensation insurance coverage to protect you from damages resulting from a work-related injury or illness. 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.

COBERTURA: Patron **NO** tiene aseguranza de compensacion para el trabajador para protegerio contra danos que pudieran resultar de una lesion o enfermedad relacionada con su trabajo. Sin embargo, puede ser que usted tenga derechos que la ley comun de Tejas le otorga. Su patron esta obligado a proporcionarle informacion sobre la aseguranza cuando lo contrate para trabajar y asi mismo debe de informarle cuando obtenga o deje de tener seguro de compensacion para el trabajador.

LINEA 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 descriminen 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.

I have read and understand the above notice.

He leído y entiendo esta notificación.

EMPLOYEE:

EMPLEADO: _____

EMPLOYER:

PATRON: _____

DATE:

FECHA: _____