



9393 Mill Springs Drive Jacksonville, Florida 32257

Tel. (904) 731-9014

Fax (904) 731-0059

Dear Valued Client,

We want to introduce ourselves to you. I, Amy Gunter (904-731-9014), am the Risk Administrator for Convergence Employee Leasing. Mike Frye (904-629-5951) is our Safety Coordinator, and we work together on Worker's Compensation Claims Administration and to help create a safer work environment. Please be sure to contact us for any Worker's Compensation or safety related questions, including setting up safety meetings.

Please be sure to read over all Worker's Compensation information and reporting procedures contained in this packet. It is important to report all Worker's Compensation claims as soon as possible. Pursuant to Convergence policy all injured employees must undergo a Post-Injury Drug Test within 24 hours of the injury. If claims are not reported timely, as discussed here, fines may be assessed by the State of Florida. If Convergence is fined, that cost will be passed to you as the client.

Convergence now offers an after-hour's phone line for first time injury reporting, to help comply with the rules listed above. **Please contact (904) 302-2666 if you need to report an injury outside of our normal hours of operation.** Note this number is for new WC claim reporting only. All other inquiries will need to go through our main line listed above during our normal hours of operation.

We appreciate your business and look forward to working with you in the future. Please contact us with any questions or concerns.

Thank you,

A handwritten signature in blue ink that reads "Amy Gunter".

Amy Gunter  
Risk Administrator  
agunter@convergencepeo.com  
904-731-9014

A handwritten signature in blue ink that reads "Mike Frye".

Mike Frye  
Safety Coordinator  
mfrye@convergencepeo.com  
904-629-5951

# Worker's Compensation Accident/Injury Reporting

## **Step #1 Report Accident Immediately**

Convergence Employee Leasing (904) 731-9014

After Hours/Weekend (904) 302-2666

## **Step #2 Medical Treatments for Injuries**

Convergence will coordinate the initial medical treatment for the injured employee with an authorized medical provider. If the injury is life threatening, please seek treatment at the closest hospital or call 911 immediately.

## **Step #3 Post Accident Drug Testing**

All employees with a work related injury must submit to a post-accident drug test at the time of initial medical treatment. Failure or refusal to submit to drug testing could jeopardize workers compensation benefits. A picture ID be required at medical provider location.

## **Step #4 Fax or Email Completed Reports**

Complete the "Accident investigation Report" enclosed in the Accident Packet within 24 hours and fax to 904-731-0059 or email to [agunter@convergencepeo.com](mailto:agunter@convergencepeo.com).

## **After Hours and Weekends**

Please contact (904) 302-2666 if you need to report an injury outside of our normal hours of operation. Note this number is for new WC claim reporting only. You will be directed to the closest Urgent Care that accepts Workers' Compensation injuries and administers 10-panel drug screenings. If the urgent care needs the billing address, please refer to your Workers' Comp poster.

**All injuries are to be reported immediately. Failure to comply with the reporting requirements may jeopardize the timely administration of benefits and impose penalties on the employer by the Division of Worker's Compensation.**

# Accident Investigation Report

All sections must be completed. This report must be completed and submitted to Convergence Employee Leasing within 24 hours after the injury is reported.

## SECTION I: CLIENT INFORMATION

Client Name: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

## SECTION II: INJURED EMPLOYEE INFORMATION\*\* EMPLOYEE MUST COMPLETE\*\*

Employee Name: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Social Security Number: \_\_\_\_\_ Job Title: \_\_\_\_\_

Date of Hire: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ Rate of Pay: \_\_\_\_\_

## SECTION III: ACCIDENT INFORMATION

Date of Accident: \_\_\_\_\_ Time of Accident: \_\_\_\_\_ AM / PM

Date and Time Accident Reported to Management: \_\_\_\_\_ AM / PM

Date and Time Accident Reported to Convergence: \_\_\_\_\_ AM / PM

Address where accident occurred: \_\_\_\_\_

Describe injuries that occurred: \_\_\_\_\_

Name of facility providing treatment: \_\_\_\_\_

Address of facility: \_\_\_\_\_

Has employee returned to work? **YES / NO** If yes, indicate date returned to work: \_\_\_\_\_

## SECTION IV: ACCIDENT INVESTIGATION (Attach additional documentation if necessary)

Employee's detailed description of accident. Supervisor should complete this section if employee is unavailable.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Were there any witnesses? **YES / NO** If yes, furnish names, addresses and phone numbers:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Could this accident have been drug or alcohol related? **YES / NO** Was employee drug tested after accident? **YES / NO**

If NO, explain why \_\_\_\_\_

*(It is mandatory that all injured employees be drug tested after an accident)*

Employee Signature: \_\_\_\_\_ Supervisor Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

# Supervisor's Report of Injury

Employee Name: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_

Employee Job Title/Position: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Client Company: \_\_\_\_\_

Date/Time of Accident: \_\_\_\_\_ Location: \_\_\_\_\_

Did Employee seek medical attention: \_\_\_\_\_

If yes, where: \_\_\_\_\_

Did Employee complete a drug screen: \_\_\_\_\_ Where: \_\_\_\_\_

Name of Witnesses: \_\_\_\_\_

Statement of how injury occurred:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Part of Body Affected: \_\_\_\_\_

Type of Injury: \_\_\_\_\_

Print Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_



9393-1 Mill Springs Drive  
Jacksonville, FL 32257  
Phone (904) 731-9014  
Fax (904) 731-0059  
Hours M-F 8 to 5 PM EST  
[www.ConvergenceEmployeeLeasing.com](http://www.ConvergenceEmployeeLeasing.com)

## Refusal to File a Claim

I, \_\_\_\_\_ (Employee name), with a social security number of \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ (Social Security number), have reported an accident that I believe has occurred in the course of my employment on this date. I further acknowledge that at the time of my hiring I signed off on a consent to a post-accident drug test form that I have read and understood. I have spoken with representatives of Convergence Employee Leasing, \_\_\_\_\_, who have requested that I go to a medical facility and get immediate medical treatment at \_\_\_\_\_ (Name of facility) and that I also provide a sample for a drug test.

Those individuals have specifically advised me that if I refuse to undergo that drug test that I will be denied workers' compensation benefits pursuant to Florida Statute 440.09 (7) (c). Regardless, I hereby acknowledge that I have knowingly and willingly refused to provide a sample for a drug test despite understanding that my workers' compensation claim will be denied.

In addition, I have refused to go for the medical treatment offered. As such it is my intention that this matter not be pursued as a workers' compensation claim and I hereby waive my eligibility to receive any workers' compensation benefits.

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

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Printed Name of Employee

Identify Body Parts Injured in Accident: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Accident Description: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PHYSICAL DEMANDS FORM OF PRE-INJURY**

<b>Name of Employee:</b>
<b>Name of Company:</b>
<b>Name of Person / Title Completing Form:</b>
<b>Employee Normal Work Schedule:</b>
<b>Brief Summary of Job:</b>

	<b>Constant</b>	<b>Frequent</b>	<b>Occasional</b>	<b>Not at All</b>
Lifts and/or carries items? Normal Weight Range?				
Bend				
Climb				
Crawl				
Grasp				
Kneel				
Push/Pull				
Reach				
Sit				
Squat				
Turn/Twist				
Walk				
Pinch				
Wrist Turning				
Repetitive Motion				
Use of Vibratory Tool				

<b>Environmental Conditions</b>	<b>Yes/No/Both</b>
Is the majority of work performed inside or outside? Or Both?	
Temperature Extremes?	
Fumes?	
Dust?	
Gases?	
Odors?	
Mist?	
Noise?	
Vibrations?	

<b>Please name any specific hazards:</b>
<b>Specific machines/ tools/ equipment used:</b>



9393-1 Mill Springs Drive  
Jacksonville, FL 32257  
Phone (904) 731-9014  
Fax (904) 731-0059  
Hours M-F 8 to 5 PM EST  
www.ConvergenceEmployeeLeasing.com

### Available Modified Duty Agreement

Convergence Employee Leasing, Inc. and its client's are committed to providing their employees with the best possible care if you are injured on the job. Working alongside your on-site employer, Convergence has designed a program that allows the injured worker to return to work on a modified duty basis. Accommodations based on your restrictions will be set by your authorized treating physicians and administered by the on-site employer.

According to our records, you have been released to the following modified status as of \_\_\_\_\_. These are the restrictions/limitations set by your authorized doctor: \_\_\_\_\_. This letter serves as notice that modified duty is available for you as of \_\_\_\_\_ and that you are expected to report to work on \_\_\_\_\_ at \_\_\_\_\_. Attached you will find your doctor's paperwork outlining your limitations.

Failure to report promptly for the scheduled assignment above will be marked as an unexcused absence, and you will not be paid for the days missed after that date and time. Failure to contact your supervisor in response to this letter will also be considered an unexcused absence. An unexcused absence can lead to the suspension of or even the termination of your workers' compensation benefits and loss of employment.

If you have any questions or concerns, please contact our Risk Administrator at 904-731-9014.

By signing below I, \_\_\_\_\_  Accept  Decline (please check only one) the modified duty offered.

Employees Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

RETURN THIS FORM TO:  
Convergence Employee Leasing, Inc.  
Attention: Risk Administrator  
Fax: 904-731-0059

# Compensación a los Trabajadores / Informe de Lesiones

## **Paso #1 Informar el Accidente Inmediatamente**

Llamar a Convergence Employee Leasing al (904) 731-9014

Después del horario regular/Fines de semana (904) 302-2666

## **Paso #2 Tratamiento médico para las Lesiones**

Convergence coordinará el tratamiento médico inicial para el empleado lesionado con su médico autorizado. Si la lesión se trata de un peligro mayor que pueda atentar contra su vida, por favor busque tratamiento en el hospital más cercano o llame al 911 inmediatamente.

## **Paso #3 Prueba de Drogas después del Accidente**

Todos los empleados con una lesión relacionada con el trabajo, deben someterse a una prueba de drogas después de un accidente en el momento del tratamiento médico inicial. El incumplimiento del mismo o de no someterse a la prueba de drogas, podría poner en peligro los beneficios de compensación al trabajador. Una identificación con foto será requerida en el médico.

## **Paso #4 Enviar los Informes Completos por Fax o correo electrónico**

Debe completar el "Informe de Investigación del Accidente" que está incluido en este paquete dentro de las 24 horas después del accidente y enviarlo por fax al 904-731-0059 o correo electrónico al [agunter@convergencepeo.com](mailto:agunter@convergencepeo.com).

## **Después de horas laborables y Fines de Semana**

Repórtese a la sala de urgencias más cercana que acepte las lesiones de compensación laboral y que administre un panel de 10 exámenes de drogas (Esto se encuentra en la mayoría de las salas de urgencia. Sin embargo, es más seguro llamar con anticipación). Si en la sala de urgencias necesitan la dirección de facturación por favor refiérase a su cartel de Comp de Trabajadores, llame a Convergencia de arrendamiento de empleados y deje un mensaje. Luego dé seguimiento con Convergencia durante el próximo día laborable.

\*Usted tendrá que solicitar la prueba de drogas

**Todas las lesiones deben ser reportadas inmediatamente. El incumplimiento con las obligaciones pueden poner en peligro los beneficios y se le adjudicaría una penalidad al patrón por la División de Compensación al Trabajador.**



# Informe de Investigación de Accidente

Todas las secciones deber ser completadas. Este informe debe ser completado y presentado a Convergence Employee Leasing, Inc dentro de 24 horas después que se haya reportado la lesión.

## SECCIÓN I: INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ # de Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

## SECCIÓN II: INFORMACIÓN DEL EMPLEADO PERJUDICADO:

Nombre: \_\_\_\_\_ # de Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

# Seguro Social: \_\_\_\_\_ Título de Trabajo: \_\_\_\_\_

Fecha de contrato: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Rango de pago: \_\_\_\_\_

## SECCIÓN III: INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE

Fecha del Accidente: \_\_\_\_\_ Hora del Accidente: \_\_\_\_\_ AM / PM

Fecha y Hora en que se reportó el Accidente al Supervisor \_\_\_\_\_ AM / PM

Fecha y Hora en que se reportó a Convergence: \_\_\_\_\_ AM / PM

Dirección donde ocurrió el Accidente: \_\_\_\_\_

Describe las lesiones que ocurrieron: \_\_\_\_\_

Nombre de lugar que proporcionó el tratamiento: \_\_\_\_\_

Dirección del Lugar: \_\_\_\_\_

Regresó al trabajo el empleado? **SÍ / NO** En caso afirmativo, indique la fecha que regresó: \_\_\_\_\_

## SECCIÓN IV: INVESTIGACIÓN DEL ACCIDENTE (Adjunte información adicional si es necesario)

Información detallada del accidente del empleado. El supervisor debe completar esta sección si el empleado no está disponible).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hubo algún testigo? **SÍ / NO** Si es afirmativo, indique los nombres, dirección y números de teléfonos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Podría este accidente estar relacionado con drogas o alcohol? **SÍ / NO** ¿Se le realizó al empleado una prueba de drogas después del accidente? **SÍ / NO**

De ser **NO** su respuesta, explique por qué:

\_\_\_\_\_

*(Es obligatorio que todos los empleados lesionados se hagan una prueba de drogas después del accidente)*

Firma del Empleado: \_\_\_\_\_ Firma del Supervisor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Informe de Lesión del Supervisor

Nombre del Empleado: \_\_\_\_\_ #SS: \_\_\_\_\_

Título del Empleado/Posición: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_

Nombre del Supervisor: \_\_\_\_\_

Fecha/Hora del Accidente: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

¿Buscó el empleado atención médica?: \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, dónde: \_\_\_\_\_

Se le realizó el empleado una prueba de drogas: \_\_\_\_\_ Dónde: \_\_\_\_\_

Nombre del Testigo: \_\_\_\_\_

Declaración de cómo ocurrió el accidente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Parte del cuerpo afectada: \_\_\_\_\_

Tipo de lesión: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ # de Teléfono: \_\_\_\_\_



9393-1 Mill Springs Drive  
Jacksonville, FL 32257  
Teléfono (904) 731-9014  
Fax (904) 731-0059  
Horario M-F 8 to 5 PM EST  
www.ConvergenceEmployeeLeasing.com

Negarse a Presentar una Reclamación

Yo, \_\_\_\_\_ (Nombre de Empleado), con número de seguro social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (número de seguro social), hoy día he reportado un accidente cual pienso ocurrió durante el transcurso de mi trabajo.

También reconozco que al comienzo de mi empleo yo firme un documento cual da consentimiento a un examen de drogas en caso de un accidente en el trabajo durante mi empleo con Convergence. En consecuencia, hoy he tenido comunicación con representantes de Convergence Employee Leasing, Amy Gunter y Lee Williams, me han pedido que vaya a un centro médico y obtenga tratamiento al siguiente Centro \_\_\_\_\_ (nombre de centro médico) y también a este tiempo tendré que dar una muestra para el examen de drogas.

Esos individuos me han avisado que al negar el examen de drogas será negado beneficios de compensación laboral de conformidad a Ley de Florida 440.09 (7)(c). Yo, por el presente reconozco que de mi voluntad y con conocimiento me niego a dar una muestra para el examen de drogas aun con el entendimiento que me reclamo de Beneficios de Compensación Laboral será negada.

También, he negado obtener el tratamiento medical ofrecido. Como tal es mi intención que este asunto no sea continuado como reclamo de Compensación Laboral y renuncio mi derechos e/o elegibilidad de recibir beneficios de Compensación Laboral.

\_\_\_\_\_  
Firma de Empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de Empleado (letra de molde)

Parte del cuerpo herido/a en accidente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Descripción de accidente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Forma de Pre- Lesión Demandas Físicas****Nombre del Empleado:****Nombre de la Compañía:****Nombre de la Persona / Formulario de Título Completado:****Horario Regular del Empleado:****Breve Resumen de su Rol en el Trabajo:**

	Constante	Frecuente	Ocasional	De ningún modo
¿Levanta y/o Transporta objetos? ¿Rango de peso normal?				
Agachar				
Escalar				
Gatear				
Agarrar				
Arrodillarse				
Empujar/Halar				
Alcanzar				
Sentar				
Agacharse				
Voltear/Girar				
Caminar				
Pillizcar				
Torneado de muñeca				
Movimientos Repetitivos				
Uso de alguna herramienta vibratoria				

<b>Condiciones Ambientales</b>	<b>Sí /No/Ambas</b>
¿La mayoría del trabajo se realiza adentro o afuera? ¿O ambas?	
¿Temperaturas extremas?	
¿Vapores?	
¿Polvo?	
¿Gases?	
¿Olores?	
¿Neblina?	
¿Ruido?	
¿Vibraciones?	

**Por favor, nombre algún peligro en específico:****Máquinas/ Herramientas/ Equipos específicos utilizados:**



9393-1 Mill Springs Drive  
Jacksonville, FL 32257  
Teléfono (904) 731-9014  
Fax (904) 731-0059  
Horario M-F 8 to 5 PM EST  
www.ConvergenceEmployeeLeasing.com

## **Acuerdo de Servicio Modificado Disponible**

Convergence Employee Leasing, Inc. y sus clientes están comprometidos en proveerle a sus empleados el mejor cuidado posible si usted ha sufrido un accidente en su trabajo. Trabajando de la mano con su empleado en el lugar de trabajo, Convergence ha diseñado un programa que permite que el empleado lastimado pueda regresar a su trabajo como un servicio modificado. Las acomodaciones basadas en sus restricciones serán establecidas por su médico autorizado y administrado por el empleado.

De acuerdo a nuestros registros, usted ha sido dado de alta en el siguiente estatus modificado a partir del \_\_\_\_\_. Estas son las restricciones/limitaciones establecidas por su doctor autorizado \_\_\_\_\_. Esta carta sirve como aviso de que el servicio modificado está disponible para usted a partir del \_\_\_\_\_ y que se espera que se reporte al trabajo el \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_. Adjunto los documentos del doctor describiendo sus limitaciones.

El no informar puntualmente la asignación programada anterior, se marcará como excusa injustificada y no será pagado por los días que no pudo trabajar después de la fecha y hora. El no contactar a su supervisor en respuesta a esta carta, también será considerado como una excusa injustificada. Una excusa injustificada podría causar la suspensión o incluso la terminación de sus beneficios de 'workers comp' y la pérdida de su empleo.

Si tiene alguna pregunta o preocupación, favor de comunicarse con nuestra Administradora de Riesgos al 904-731-9014.

Firmando abajo Yo, \_\_\_\_\_ (  ) Acepto (  ) Rechazo (favor de marcar una respuesta solamente) la oferta de servicio modificado.

Firma Empleado : \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_