NEW YORK STATE OF OPPORTUNITY. Workers' Compensation Board

Usted se lesionó en el trabajo. ¿Qué debe hacer ahora?

La Junta de Compensación Obrera del Estado de Nueva York (New York State Workers' Compensation Board) (Junta) recibió un aviso que indicaba que usted se lesionó en el trabajo, por lo que preparamos un caso de compensación de los trabajadores en su nombre. Es posible que ya haya recibido tratamiento médico. Si todavía no lo ha hecho, debería recibir cualquier atención médica necesaria lo más pronto posible.

Para obtener asistencia con su reclamo, llame a la **Junta de Compensación Obrera** al **(877) 632-4996**.

Sus responsabilidades

- Debe informar por escrito a su empleador cuándo, dónde y cómo se lesionó. Hágalo tan pronto como sea posible dentro de los siguientes 30 días después de la lesión.
- Avise a sus proveedores de atención médica que tiene una lesión relacionada con el trabajo e indique el nombre de su empleador. No pague la atención que reciba ni use otro seguro médico. Su proveedor de atención médica presentará los informes médicos ante la Junta y ante su empleador o aseguradora. Si su caso entra en disputa, la Junta necesitará un informe médico de su lesión para empezar a resolver su reclamo.
- Usted deberá presentar un formulario **Employee Claim** (Reclamo del empleado, Formulario C-3S) en la que informará a la Junta sobre su lesión lo más pronto posible. Debe avisar sobre su lesión o enfermedad a la Junta dentro de los siguientes dos años. Si anteriormente ya se había lesionado la misma parte del cuerpo o si tuvo una enfermedad similar, debe también presentar un formulario **Limited Release of Health Information** (Divulgación limitada de información sobre la salud, Formulario C-3.3S).

Dos formas de presentar un reclamo

Visite wcb.ny.gov y seleccione File a Claim (Presentar un reclamo).

Complete los formularios impresos que se adjuntan y envíelos por correo a la Junta.

Si tiene alguna pregunta sobre cómo presentar el Reclamo del empleado (Formulario C-3S), llame al (877) 632-4996 y un representante de la Junta le ayudará.

Facturas de atención médica y de viaje

No le pague a su proveedor de atención médica ni al hospital por el tratamiento que recibió debido a esta lesión o enfermedad. Esas facturas las paga la aseguradora, a menos que la Junta emita una decisión que diga que su reclamo no es válido. Si su caso entra en disputa, se les pagará a los proveedores de atención médica si la Junta decide a su favor en el caso. *Sin embargo, si la Junta decide en su contra, o si usted no presenta un caso, usted tendrá que pagarle al proveedor de atención médica o al hospital (o enviarlo a la compañía donde tenga un seguro médico).*

El seguro de compensación de los trabajadores de su empleador cubre el equipo y los medicamentos necesarios médicamente que recete su proveedor de atención médica. También puede recibir reembolsos por millaje, transporte público u otros gastos necesarios incurridos cuando viaja para recibir el tratamiento. Asegúrese de obtener los recibos de estos gastos y enviarlos a la aseguradora de compensación de los trabajadores en un formulario **Claimant's Record of Medical and Travel Expenses and Request for Reimbursement** (Registro de gastos médicos y de viaje del reclamante y solicitud de reembolso, Formulario C-257S).

ESTA AGENCIA EMPLEA Y ATIENDE SIN DISCRIMINACIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDADES.

New York State Workers' Compensation Board
PO BOX 5205
Binghamton, NY 13902-5205
wcb.ny.gov • (877) 632-4996

En general, usted puede elegir a cualquier proveedor de atención médica siempre que el proveedor esté autorizado por la Junta. Puede buscar a un proveedor de atención médica autorizado en su área por medio de la función **"Find a Doctor"** (Encuentre a un médico) que está en el sitio web de la Junta en **wcb.ny.gov**. También puede utilizar las clínicas de salud ocupacional. Sin embargo, si la aseguradora de compensación de los trabajadores de su empleador utiliza a una Organización de proveedor preferido (Preferred Provider Organization, PPO) que puede proporcionarle la atención médica para las lesiones relacionadas con compensación de los trabajadores, usted debe recibir el tratamiento inicial en la red de la PPO. Si esa aseguradora también tiene redes de farmacias y servicios de diagnóstico, usted debe recibir estos servicios dentro de esas redes. La aseguradora debe informarle sobre sus redes de proveedores requeridos y cómo utilizarlas.

Beneficios por salarios perdidos

Usted tiene derecho a una parte de sus salarios perdidos, que se deben pagar rápidamente si su lesión le afecta en una o más de las siguientes formas:

1. Evita que usted pueda trabajar durante más de siete días.
2. Tiene una discapacidad permanente en parte de su cuerpo.
3. Su salario se reduce porque trabaja menos horas o hace otro tipo de trabajo.

Usted puede contratar a un abogado o a un representante autorizado para ayudarle con su reclamo, pero no es obligatorio. La Junta establece sus honorarios, que se pueden deducir de la adjudicación por salarios perdidos que usted reciba. Usted y su familia no deberán pagar nada directamente a su abogado o representante autorizado.

Si su caso entra en disputa, usted puede recibir los beneficios por discapacidad mientras se escucha el caso. Para obtener un formulario de **Notice and Proof of Claim for Disability Benefits** (Notificación Y Evidencia De Reclamación De Beneficios Por Incapacidad, Formulario DB-450S), visite **wcb.ny.gov**, llame a la Junta para obtener asistencia o visite una oficina de la Junta. Si se resuelve el caso a su favor, los beneficios por discapacidad se deducirán de la adjudicación por salarios perdidos.

Ayuda a su disposición

Algunas veces necesitará ayuda para regresar a trabajar. Su empleador podría asignarle trabajo más liviano o diferente que le permita trabajar mientras sana. Una lesión también puede ocasionar problemas familiares o financieros. La Junta tiene consejeros de rehabilitación vocacional y trabajadores que pueden ayudar. Llame a la Junta para obtener más información sobre los servicios disponibles y para recibir asistencia.

Si está preocupado por la dependencia de medicamentos opioides contra el dolor, llame a NYS OASAS HOPELine al **877-8-HOPENY (877-846-7369)**.

¿Qué sucede después?

Su empleador o la compañía de seguros de compensación de los trabajadores se comunicará con usted si se acepta su reclamo. Cuando esto suceda, sus proveedores de atención médica recibirán el pago y empezarán los beneficios de salarios perdidos. Si su caso está en disputa, la Junta le notificará que está resolviendo el caso y puede solicitar información adicional si fuera necesario.

INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO

Junta de Compensación Obrera, incluye los beneficios por discapacidad	(877) 632-4996	general_information@wcb.ny.gov
		wcb.ny.gov



La solicitud de eCase de la Junta le permite ver en línea el contenido de la carpeta de su caso. Para obtener información general o inscribirse en eCase, visite el sitio web de la Junta en wcb.ny.gov

NEW YORK STATE OF OPPORTUNITY. Workers' Compensation Board

NEW YORK STATE | Workers' Compensation Board

Reclamo del empleado

Estado de Nueva York - Junta de Compensación Obrera

C-3

Complete este formulario para solicitar los beneficios de compensación al trabajador por una lesión laboral o una enfermedad relacionada-con el trabajo. Escriba a máquina o en letra de imprenta clara. Este formulario también puede completarse en línea ingresando a www.wcb.ny.gov.

Número de caso de la WCB (si lo conoce):_____

A. SU INFORMACIÓN (empleado)

1. Nombre:_____ (Primer nombre / Inicial 2º nombre / Apellido) 2. Fecha de nacimiento:_____/_____/_____
3. Dirección postal: _____ (Calle y número/Casilla de correo / Ciudad / Estado / Código postal)
4. Número de Seguro Social:_____ 5. Teléfono: (____)_____ 6. Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino
7. Si debe asistir a una audiencia de la Junta, ¿necesitará un traductor? ☐ Sí ☐ No Si responde "Sí", ¿de qué idioma?_____

B. SU/S EMPLEADOR/ES

1. Empleador al momento de lesionarse:_____ 2. Teléfono:(____)_____
3. Su domicilio laboral:_____ (Calle y número / Ciudad / Estado / Código postal)
4. Fecha de contratación: _____/_____/_____ 5. Nombre de su supervisor:_____
6. Nombres/domicilios de otro/s empleador/es al momento de su lesión/enfermedad:_____
7. ¿Perdió tiempo de trabajo en otro/s empleo/s por la lesión que sufrió o la enfermedad que contrajo? ☐ Sí ☐ No

C. SU EMPLEO a la fecha de la lesión o enfermedad

1. ¿Cuál era su cargo o cómo describe su tarea?_____
2. ¿Qué tipos de actividades solía realizar? _____
3. Su empleo era... (marque uno) ☐ De tiempo completo ☐ De tiempo parcial ☐ Temporario ☐ Voluntario ☐ Otro: _____
4. ¿Cuál era su remuneración bruta (sin deducir impuestos) por período de pago? _____ 5. ¿Cada cuánto se le pagaba? _____
6. ¿Recibía alojamiento o pagos adicionales a su remuneración? ☐ Sí ☐ No Si responde "Sí", describa: _____

D. SU LESIÓN O ENFERMEDAD

1. Fecha de la lesión o fecha de la aparición de la enfermedad:_____/_____/_____ 2. Hora en que sufrió la lesión:_____ ☐ A. M. ☐ P. M.
3. ¿Dónde sufrió la lesión/contrajo la enfermedad? (por ej., 1 Main Street, Pottersville, en la entrada principal) _____
4. ¿Este era su lugar de trabajo habitual? ☐ Sí ☐ No Si responde "No", ¿por qué estaba allí?_____
5. ¿Qué estaba haciendo cuando se lesionó o enfermó? (por ej., descargando un camión, preparando un informe)_____
6. ¿Cómo sufrió la lesión/contrajo la enfermedad? (por ej., "tropecé con una tubería y me caí")_____
7. Explique con detalles la naturaleza de su lesión/enfermedad, liste las partes del cuerpo afectadas (por ej., tobillo izquierdo doblado y corte en la frente):

LA JUNTA DE COMPENSACIÓN OBRERA EMPLEA Y ASISTE A PERSONAS CON DISCAPACIDADES SIN DISCRIMINARLAS

SU NOMBRE: _____ **FECHA DE LA LESIÓN/ENFERMEDAD:** _____/_____/_____
Primer nombre Inicial 2º nombre Apellido

D. SU LESIÓN O ENFERMEDAD *cont.*

8. ¿Hubo algún objeto involucrado en la lesión/enfermedad (por ej., un montacargas, un martillo, ácido)? ☐ Sí ☐ No Si responde "Sí", ¿cuál?_____
9. ¿La herida fue consecuencia del uso o el manejo de un vehículo motorizado con licencia? ☐ Sí ☐ No

   Si responde "Sí", ☐ su vehículo ☐ vehículo de su empleador ☐ otro vehículo ☐ Número de licencia (si lo conoce): _____

   Si estuvo involucrado su vehículo, dé el nombre y domicilio de la aseguradora de su vehículo: _____

   _____
10. ¿Avisó a su empleador (o supervisor) sobre la lesión/enfermedad? ☐ Sí ☐ No

    Si responde "Sí", avisó: _____ ☐ verbalmente ☐ por escrito Fecha de aviso: _____/_____/_____
11. ¿Alguien vio cuando se lesionó? ☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé Si responde "Sí", indique quiénes: _____

    _____

E. REINCORPORACIÓN AL TRABAJO

1. ¿Dejó de trabajar a causa de su lesión/enfermedad? ☐ Sí, ¿en qué fecha? _____/_____/_____ ☐ No, pase a la sección F.
2. ¿Se ha reincorporado al trabajo? ☐ Sí ☐ No Si responde "Sí", ¿en qué fecha? _____/_____/_____ ☐ tarea habitual ☐ tareas limitadas
3. Si se reincorporó al trabajo, ¿para quién trabaja actualmente? ☐ El mismo empleador ☐ Empleador nuevo ☐ Autónomo
4. ¿Cuál es su remuneración bruta (sin deducir impuestos) por período de pago? _____ ¿Cada cuánto se le paga?_____

F. TRATAMIENTO MÉDICO POR LA LESIÓN O ENFERMEDAD

1. ¿Cuándo recibió su primer tratamiento? _____/_____/_____ ☐ No recibí ninguno (pase a la pregunta F-5)
2. ¿Recibió tratamiento en el lugar? ☐ Sí ☐ No
3. ¿Dónde recibió su primer tratamiento médico externo por su lesión/enfermedad? ☐ No recibí ninguno ☐ Sala de emergencias

   ☐ Consultorio médico ☐ Clínica/Hospital/Atención de urgencia ☐ Internación en hospital más de 24 horas

   Nombre y domicilio del lugar donde lo trataron por primera vez: _____

   _____ Teléfono: (____)_____
4. ¿Se sigue tratando por esta lesión/enfermedad? ☐ Sí ☐ No

   Nombre y domicilio de el/los médico/s que tratan su lesión/enfermedad:_____

   _____ Teléfono: (____)_____
5. ¿Recuerda haber sufrido otra lesión en la misma parte del cuerpo o haber sufrido una enfermedad parecida? ☐ Sí ☐ No

   Si responde "Sí", ¿lo trató un médico? ☐ Sí ☐ No Si responde "Sí", dé los nombres y domicilios de el/los médico/s que lo trataron y **COMPLETE Y PRESENTE EL FORMULARIO C-3.3 JUNTO CON ESTE FORMULARIO:**

   _____

   _____

   _____
6. ¿La lesión/enfermedad anterior se relacionó con el trabajo? ☐ Sí ☐ No

   Si responde "Sí", ¿trabajaba para el mismo empleador que trabaja actualmente? ☐ Sí ☐ No

---

Por la presente, reclamo los beneficios que establece la Ley de Compensación al Trabajador. Con mi firma certifico que la información que aquí brindo es auténtica y precisa, a mi leal saber y entender.

Toda persona que con conocimiento y con la INTENCIÓN DE ESTAFAR presente, o cause que se presente, o prepare información que contenga FALSEDADES u omisiones de hechos concretos sabiendo o creyendo que será presentada a un asegurador o auto asegurador, o que será presentada por éste, SERÁ CULPABLE DE DELITO y estará sujeto a MULTAS Y A LA PRIVACIÓN DE SU LIBERTAD.

Firma del empleado: _____ Nombre en letra de imprenta:_____ Fecha: _____/_____/_____

En representación del empleado: _____ Nombre en letra de imprenta:_____ Fecha: _____/_____/_____

Un tercero puede firmar en representación del empleado sólo si está autorizado legalmente para hacerlo y el empleado es menor de edad, incapacitado mental o discapacitado.

Certifico según mi leal saber y entender, después de indagaciones razonables bajo las circunstancias del caso, que las declaraciones y otras cuestiones prácticas asentadas más arriba cuentan con evidencia que las respalda, o pueden ser respaldadas por evidencias si se realizan investigaciones o existen hallazgos posteriores.

Firma del abogado/representante (si corresponde): _____ Fecha: _____/_____/_____

Nombre en letra de imprenta: _____ Cargo: _____

N.º de ID, si aplica: **R** _____ Si es un representante autorizado, N.° de licencia: _____ Fecha de vencimiento: _____/_____/_____

Instrucciones para completar el formulario Employee Claim (Reclamo del empleado, Formulario C-3S)

Completar este formulario y enviarlo a la dirección centralizada de correo de la Junta de Compensación Obrera (Workers' Compensation Board) que se encuentra al final de estas instrucciones. Si necesita ayuda adicional para completar este formulario, comuníquese con la Junta de Compensación Obrera llamando al **1-877-632-4996.** También puede encontrar este formulario en línea en **wcb.ny.gov.** Si no tiene o no conoce su Número de caso de la Junta de Compensación Obrera, deje este campo en blanco. No es necesario para procesar su reclamo. Recuerde escribir su nombre y la fecha de su lesión o enfermedad en la parte superior de la página 2.

Sección A. Su información (empleado):

En la Sección A, escriba su nombre, dirección y demás información solicitada.
Nota sobre el Punto 7: Las audiencias de la Junta se realizan en inglés. Si necesita a un intérprete, seleccione **Sí** e indique el idioma en que lo necesita.

Notificación de acuerdo con la Ley de Protección de la Privacidad Personal de Nueva York (New York Personal Privacy Protection Law)
(Ley de Funcionarios Públicos, Artículo 6-A [Public Officers Law]) y la Ley Federal de Privacidad de 1974 (Federal Privacy Act of 1974) (Título 5 del U.S.C., Sección 552a).

La autorización de la Junta de Compensación Obrera (de la Junta) para solicitar que los reclamantes proporcionen la información personal, que incluye su número de Seguro Social, proviene de la autoridad investigadora de la Junta según la Ley de Compensación de los Trabajadores (Workers' Compensation Law, WCL), Artículo 20, y su autoridad administrativa según el Artículo 142 de la Ley (WCL). Esta información se recopila para ayudar a la Junta a investigar y administrar los reclamos de la manera más rápida posible y para ayudarla a mantener los registros de los reclamos correctos. Es voluntario proporcionar su número de Seguro Social a la Junta. No hay penalización por no proporcionar el número de Seguro Social en este formulario; no tendrá como resultado la denegación de su reclamo ni una reducción de los beneficios. La Junta protegerá la confidencialidad de toda la información personal que esté bajo su cargo, la divulgará únicamente para respaldo de sus obligaciones oficiales y de acuerdo con la ley estatal y federal aplicable.

Sección B. Sus empleadores:

En la Sección B, escriba el nombre, dirección, número de teléfono y otra información del empleador con el que estaba trabajando al momento de la lesión o enfermedad.
Nota: Su empleador es la compañía o agencia que emite su pago de salario. Si usted es un contratista en un sitio de trabajo u oficina, la agencia de personal o el proveedor que lo contrató es su empleador, no el sitio de trabajo o la oficina a donde se presenta a trabajar.

Sección C. Su empleo a la fecha de la lesión o enfermedad:

En la Sección C, escriba el título de su puesto, las actividades laborales y la información salarial.

Sección D. Su lesión o enfermedad:

En la Sección D, escriba su lesión o enfermedad.
Punto 1: Escriba la fecha en que se lesionó o la primera fecha en que notó que se había enfermado.
Si esta es una enfermedad o una enfermedad ocupacional, salte el punto 2. La fecha en que se lesionó debe estar en el formato mes/día/año. El año debe estar escrito como cuatro dígitos, por ejemplo, 2015.
Punto 2: Escriba la hora en que ocurrió la lesión. Marque si fue a. m. o p. m.
Punto 3: Indique el lugar donde ocurrió la lesión o enfermedad, incluyendo la dirección del edificio y el lugar físico en el edificio donde ocurrió la lesión o enfermedad.
Punto 4: Indique si este es su lugar normal de trabajo. Si no lo es, explique por qué se encontraba en ese lugar.
Punto 5: Describa en detalle lo que estaba haciendo al momento de la lesión o enfermedad (por ejemplo, descargar a mano las cajas que estaban en un camión).
Esto explica los eventos antes de la lesión.
Punto 6: Describa con detalle la forma como ocurrió la lesión o enfermedad (por ejemplo, yo estaba sacando una caja pesada de un camión). Esto debería incluir a todas las personas y eventos involucrados en la lesión o enfermedad.
Punto 7: Indique completamente la naturaleza y extensión de su enfermedad o lesión e incluya todas las partes del cuerpo lesionadas. Sea lo más específico posible (por ejemplo, me lesioné la espalda tratando de levantar una caja pesada. Me duele al agacharme o hasta sostener objetos más livianos).
Punto 8: Indique si hubo algún objeto involucrado en el accidente **que no haya sido** un vehículo motorizado autorizado. Otros objetos pueden incluir una herramienta (por ejemplo, martillo), una sustancia química (por ejemplo, ácido), maquinaria (por ejemplo, montacargas o perforadora), etc.
Punto 9: Indique si estuvo involucrado un vehículo motorizado autorizado en el accidente. Si es así, indique si el vehículo motorizado era suyo, de su empleador o de un tercero. Incluya el número de placa (si lo conoce). Si su vehículo estuvo involucrado, escriba el nombre y la dirección de la compañía de seguros encargada del seguro de responsabilidad de automóvil.
Punto 10: Indique si le avisó a su empleador o supervisor sobre su lesión o enfermedad. Si lo hizo, indique a quién le avisó al igual que si fue verbalmente o por escrito. Incluya la fecha en que dio el aviso.
Punto 11: Indique si alguien más vio lo que ocurrió. Si alguien más lo vio, incluya los nombres.

Sección E. Reincorporación al trabajo:

Punto 1: Si dejó de trabajar como resultado de su lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, marque Sí e indique la fecha en que dejó de trabajar. Si no dejó de trabajar, marque No y pase a la siguiente sección.

Punto 2: Si ya regresó a trabajar, marque Sí. Además, indique la fecha en que empezó a trabajar de nuevo, al igual que si regresó a sus Obligaciones normales o si está con Obligaciones limitadas o restringidas. (Si todavía no ha regresado por completo a las obligaciones laborales que tenía antes de la lesión o enfermedad, entonces está con Obligaciones limitadas).
Punto 3: Si ya regresó a trabajar, indique para quién trabaja ahora.
Punto 4: Escriba su salario bruto (salario antes de los impuestos) por período de pago para el trabajo que realiza ahora. Indique con qué frecuencia recibe un pago de salario (semanal, bisemanal, etc.).

Sección F. Tratamiento médico por la lesión o enfermedad:

Punto 1: Si no recibió tratamiento médico para esta lesión o enfermedad, marque Ninguno recibido y pase al punto 5. De lo contrario, escriba la fecha en que recibió tratamiento por primera vez para esta lesión o enfermedad y complete el resto de esta sección.
Punto 2: Indique si lo trataron primero en el trabajo debido a esta lesión o enfermedad.
Punto 3: Indique el lugar fuera del sitio de trabajo donde recibió por primera vez el tratamiento médico por la lesión o enfermedad. Incluya el nombre y dirección del centro médico, al igual que el número de teléfono (con código de área).
Punto 4: Si todavía está recibiendo tratamiento para la misma lesión o enfermedad, marque Sí e indique el nombre y dirección de los médicos que lo están tratando, al igual que el número de teléfono (con código de área); de lo contrario, marque No.
Punto 5: Si cree que ya tenía una lesión en la misma parte del cuerpo o una enfermedad similar, marque Sí e indique si recibió tratamiento de un médico para esa lesión o enfermedad. Si recibió tratamiento de un médico, indique los nombres y direcciones de los médicos que lo trataron y **complete y presente el Formulario C-3.3S junto con este formulario.**
Punto 6: Si tuvo una enfermedad o lesión anterior, marque si esa lesión o enfermedad anterior estaba relacionada con el trabajo. Si la respuesta es Sí, indique si la lesión o enfermedad ocurrió mientras trabajaba con su empleador actual.

Firme el Formulario C-3S en el lugar indicado en la página 2 para la firma del empleado, escriba su nombre con letra de molde y la fecha en que firmó el formulario. Si un tercero firma en nombre del empleado, esa persona deberá firmar en la segunda línea de la firma. Si tiene representación legal, su representante **debe** completar y firmar la sección de certificación del representante o abogado en la parte inferior de la página 2.

Qué debe hacer cada trabajador en caso de una lesión en el trabajo o enfermedad ocupacional:

1. Avisar inmediatamente a su empleador o supervisor cuándo, dónde y cómo se lesionó.
2. Buscar atención médica de inmediato.
3. Solicitarle a su médico que presente los informes médicos ante la Junta y ante su empleador o aseguradora.
4. Prepare este reclamo por compensación y envíelo a la oficina de la Junta de Compensación Obrera más cercana. (Ver más adelante). No presentar el reclamo dentro de los siguientes dos años después de la fecha de la lesión puede tener como resultado la denegación del reclamo. Si necesita ayuda para completar este formulario, llame por teléfono o visite la oficina de la Junta de Compensación Obrera indicada más adelante.
5. Asista a todas las audiencias cuando se le notifique que debe hacerlo.
6. Regrese a trabajar tan pronto como pueda; la compensación nunca es tanto como su salario.

Sus derechos:

1. Usualmente tiene derecho a recibir el tratamiento de un médico de su elección, siempre que él/ella esté autorizado por la Junta. Si su empleador utiliza a una Organización de proveedor preferido (Preferred Provider Organization, PPO), usted debe recibir el tratamiento inicial de la Organización de proveedor preferido que haya sido designada para proporcionar los servicios de atención médica para las lesiones relacionadas con compensación de los trabajadores.
2. NO pague los servicios del médico ni del hospital. Las facturas las pagará la compañía de seguros si su caso no entra en disputa. Si su caso entra en disputa, el médico u hospital deberán esperar el pago hasta que la Junta decida su caso. En el caso de que olvide procesar su caso o que la Junta tome una determinación en su contra, usted tendrá que pagar las facturas de los médicos o del hospital.
3. Usted también tiene derecho de que le reembolsen los gastos por medicamentos, muletas o cualquier aparato descrito adecuadamente por su médico y por los gastos de transporte u otros gastos necesarios para ir y regresar del consultorio del médico o del hospital. (Obtenga los recibos de tales gastos).
4. Usted tiene derecho a la compensación si debido a su lesión no puede trabajar durante más de siete días, si por eso debe trabajar con salario más bajo o si tiene como resultado una discapacidad permanente en cualquier parte de su cuerpo.
5. La compensación se paga directamente y sin esperar una adjudicación, excepto en los casos cuando se impugna el reclamo.
6. Los trabajadores lesionados o los dependientes de los trabajadores fallecidos pueden representarse a sí mismos en los asuntos ante la Junta o pueden contratar a un abogado o a un representante autorizado para que los represente. Si se contrata a un abogado o a un representante autorizado, la Junta revisará los honorarios que cobre por los servicios legales y, si los aprueba, se deducirán de cualquier beneficio de compensación adeudado pagado por el empleador o la compañía de seguros. Los trabajadores lesionados o los dependientes de los trabajadores fallecidos no deberán pagar nada directamente al abogado o al representante autorizado que los representa en un caso de compensación.
7. Si usted necesita ayuda para regresar a trabajar o por problemas familiares o financieros debido a su lesión, comuníquese con la oficina de la Junta de Compensación Obrera más cercana y pregunte por un consejero de rehabilitación o trabajador social.

Este formulario se debe presentar enviándolo directamente a la siguiente dirección:
New York State Workers' Compensation Board
Centralized Mailing
PO Box 5205
Binghamton, NY 13902-5205

Para llamar sin costo a Servicio al Cliente: 877-632-4996

NEW YORK STATE | Workers' Compensation Board

Divulgación limitada de información sobre la salud (HIPAA)

C-3.3

Estado de Nueva York - Junta de Compensación Obrera

Número de caso de la WCB *(si lo conoce):*_____

Al Reclamante: Si usted recibió tratamiento por una *lesión anterior* en la misma parte del cuerpo o por una enfermedad parecida a la descripta en su actual reclamo, complete este formulario. Este formulario autoriza a los prestadores de salud que usted indique a continuación a divulgar información sobre su salud con respecto a su lesión/enfermedad anterior a la compañía aseguradora de compensación laboral de su empleador. La ley federal HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996) establece que usted tiene derecho a recibir una copia de este formulario. Si no entiende este formulario, póngase en contacto con su representante legal. Si no tiene representante legal, el Defensor de Trabajadores Lesionados de la Junta de Compensación Obrera podrá ayudarlo. Llame al: 800-580-6665.

Al prestador de salud: Una **copia** de esta divulgación de conformidad con la HIPAA lo autoriza a revelar información sobre la salud. Si en respuesta a esta divulgación, usted envía registros a la aseguradora de compensación laboral del empleador, también envíe copias por correo al representante legal del Reclamante. (Si a continuación no figura ningún representante legal, envíe copias al Reclamante.) Los prestadores de salud que divulgan registros deben ceñirse a la ley del estado de Nueva York y la HIPAA.

Esta divulgación es:

- **Voluntaria.** Su/s prestador/es de salud debe/n brindarle la misma atención, condiciones de pago y beneficios, ya sea que usted haya firmado o no este formulario.
- **Limitada.** Autoriza a el/los prestador/es de salud a divulgar sólo aquellos registros médicos relacionados con la enfermedad/condición que describe a continuación.
- **Temporaria.** Finaliza cuando se acepte o se desestime su actual reclamo de compensación y se hayan agotado todas las instancias de apelación.
- **Revocable.** Usted puede cancelar esta divulgación en cualquier momento. Para esto, envíe una carta a el/los prestador/es de salud que figuran en este formulario. También envíe una copia de la carta que escribió a la aseguradora de compensación laboral de su empleador y a la Junta de Compensación Obrera. *Nota: Usted no podrá cancelar esta divulgación con respecto a registros médicos ya brindados.*
- **Sólo para registros.** Le otorga permiso a el/los prestador/es de salud que figuran en este formulario para enviar copias de sus registros médicos a la compañía aseguradora de compensación laboral de su empleador.

Este formulario NO permite a su/s prestador/es de salud divulgar los siguientes tipos de información:

- **Información relacionada con el VIH**
- **Notas sobre terapia psicológica**
- **Tratamiento por alcoholismo/drogadicción**
- **Tratamiento de salud mental** (a menos que usted lo marque a continuación)
- **Información verbal** (sus prestadores de salud no pueden discutir información de su salud con nadie)

Todo registro médico que se haya divulgado pasará a integrar su expediente de compensación laboral y será de carácter confidencial en virtud de la Ley de Compensación Laboral.

A. SU INFORMACIÓN (Reclamante)

1. Nombre:_____ 2. Número de Seguro Social:_____-_____-_____
3. Dirección postal: _____
4. Fecha de nacimiento: _____/_____/_____ 5. Fecha de la lesión/enfermedad actual: _____/_____/_____
6. Lesión/enfermedad actual, incluyendo todas las partes del cuerpo afectadas: _____

_____

7. Nombre y domicilio de su representante legal (si corresponde):_____

_____

☐ *Marque aquí si autoriza a su/s prestador/es de salud a divulgar información sobre su* ***tratamiento salud mental****.*

B. SU/S PRESTADOR/ES DE SALUD (Liste todos los prestadores de salud que lo atendieron por una lesión *anterior* en la misma parte del cuerpo o una enfermedad parecida. Si son más de 2 prestadores, adjunte a este formulario la información de contacto de los mismos.)

1. Prestador: _____ 2. Número de teléfono: (____)_____
3. Dirección postal: _____
4. Otro prestador (si aplica): _____ 5. Número de teléfono: (____)_____
6. Dirección postal: _____

C. LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN. Por la presente, solicito que el/los prestador/es de salud que figuran más arriba entreguen a la aseguradora de compensación laboral de mi empleador copias de todos los registros médicos relacionados a cualquier lesión/enfermedad anterior, en cualquier parte de mi cuerpo, descripta precedentemente.

_____

Firma del reclamante (use sólo tinta y, si es posible, bolígrafo azul). Fecha

Si el reclamante no puede firmar, la persona que firme en su nombre deberá completar y firmar a continuación:

_____

Su nombre | Relación con el Reclamante | Firma (use sólo tinta y, si es posible, bolígrafo azul). | Fecha

Estado de Nueva York
JUNTA DE COMPENSACIÓN OBRERA

Aviso de Aceptación de Uso de Proveedor de Servicios o Red de Salud Recomendado por Patrono o Compañía de Seguros

Nombre Empleado Lesionado	Seguro Social Empleado Lesionado	Día de Accidente
Nombre y Dirección del Patrono		

Al Empleado Lesionado:

Para el tratamiento de su lesión o enfermedad relacionada con su trabajo, usted puede escoger cualquier médico, podiatra, quiropráctico o sicólogo (con referido de un médico autorizado) que esté autorizado por la Junta y que esté aceptando pacientes de la Junta de Compensación Obrera.

Usted debe firmar esta forma de consentimiento si decide escoger usar una "Red" o Proveedores que sean recomendados por su patrono o por el seguro ó permitir que su patrono seleccione un proveedor en su nombre. Usted puede, en cualquier momento en el futuro cambiar su proveedor de salud de compensación obrera.

_____ _____ _____ _____

Firma Empleado Lesionado Fecha Firma Testigo Fecha

Nota: No es necesario que usted firme este documento, si su patrono (1) participa en la organización certificada de proveedor preferido (PPO) acuerdo bajo el Artículo 10 A de la ley de Compensación Obrera, o (2) participa en el programa piloto de de resolución de alternativas de disputa (ADR) bajo la sección 25(2-C) de la ley de Compensación Obrera. De acuerdo con estos programas establecidos por ley, excepto en situaciones de emergencia, usted deberá al menos inicialmente, recibir tratamiento por lesiones o enfermedad en el trabajo, de una red certificada o de un proveedor designado por su patrono.

Al Patrono:
El patrono deberá proveer al empleado lesionado antes mencionado con una copia de esta forma firmada y deberá conservar el original en los records del empleado, donde pueda ser inspeccionada por la Junta de Compensación Obrera en cualquier momento. Esta forma no deberá ser sometida a la Junta de Compensación Obrera, ni deberá ser procesada con anterioridad a la lesión o enfermedad del empleado.

La Junta de Compensación Obrera emplea y sirve a personas con impedimentos sin discriminar.

La compañía de seguros para beneficios de compensación de los trabajadores lesionados es The New York State Insurance Fund (NYSIF), que tiene un contrato con CVS Caremark, un administrador de servicios de farmacia (PBM) que ofrece convenientes servicios de surtido de medicamentos con receta médica.

NYSIF implementó con CVS Caremark una inscripción inmediata o servicio de "suministro de ciclo corto". El nuevo servicio permite que cualquier farmacia de la red de PBM acepte inmediatamente a los trabajadores lesionados. Aunque la ley de Nueva York no nos obliga a proporcionar este beneficio, decidimos ofrecer una cantidad limitada de beneficios de medicamentos con eficiencia de costos para los nuevos reclamos que se presenten por **lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo,** para poder ayudar a los trabajadores lesionados en esos primeros días difíciles después de una lesión y antes de que se acepte el reclamo.

Cuando un empleado se lesione en el trabajo, se podrá usar el formulario que está en el otro lado de esta página (**Identificación de servicios temporales para medicamentos con receta médica de los beneficios de compensación de los trabajadores lesionados**) para surtir los medicamentos con receta médica en cualquier farmacia participante en la Red de beneficios de compensación de los trabajadores lesionados de CareComp Network of CVS Caremark. Esto hace que sea mucho más fácil obtener los **medicamentos con receta médica para su lesión relacionada con el trabajo.**

Paso 1: El empleador anota:

- Nombre del empleador
- Número de póliza

Paso 2: El empleado lesionado anota su:

- Número de Seguro Social
- Fecha de la lesión
- Fecha de nacimiento
- Nombre
- Dirección de correo

Paso 3: El empleado lesionado lleva a la farmacia:

- Formulario completo de identificación temporal
- Recetas médicas de los medicamentos para la lesión relacionada con el trabajo

Paso 4: En los siguientes 10 días después de que New York State Insurance Fund confirme el accidente, el empleado lesionado recibirá un paquete de CVS Caremark. El paquete incluirá una tarjeta de identificación permanente que deberá usar para surtir los medicamentos con receta médica relacionados con la lesión en el trabajo.

Nota**:** Los trabajadores lesionados pueden encontrar farmacias locales participantes ingresando en: http://www.wcrxpharmacylocator.com, o llamando a la línea directa de atención al paciente las 24 horas del día, CVS Caremark 24-hour, al (866) 493-1460.

Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, comuníquese con NYSIF, su compañía de seguros para beneficios de compensación de los trabajadores lesionados, llamando al (888) 875-5790.

NYSIF New York State Insurance Fund

CVS CAREMARK

Workers' Compensation Temporary Prescription Services ID
Important Information

ATTENTION **INJURED WORKER**

This Workers' Compensation Temporary Prescription Services ID form MUST BE PRESENTED to your pharmacist when you fill your initial prescription(s). If you have questions or need to locate a participating pharmacy, please contact CVS Caremark Customer Service at 1-866-493-1640.

ATENCIÓN: TRABAJADOR LESIONADO

Este formulario de Identificación para Servicios Temporales de Prescripción de Recetas por Compensación del Trabajador DEBERÁ SER PRESENTADO a su farmacéutico al surtir su(s) receta(s) inicial(es). Si tiene cualquier duda o necesita localizar una farmacia participante, por favor contacte al área de Atención a Clientes de CVS Caremark, en el teléfono 1-866-493-1640.

Pharmacist/Employer – When form is completed, fax to CVS Caremark: **1-866-493-1644**

Claimant information will be added by CVS Caremark to allow medications to process. This information can also be phoned in at 1-866-493-1640

New York State Insurance Fund | **Group#: NYSIF**

Attention: All items below must be completed.

EMPLOYER'S NAME:

_____

EMPLOYER's WORKERS' COMPENSATION POLICY NUMBER:

_____

DATE OF INJURY: __ __ / __ __ / __ __ __ __
MM / DD / CCYY

INJURED WORKER'S DATE OF BIRTH:
__ __ / __ __ / __ __ __ __

ID#: _____
Injured Worker's Social Security Number

INJURED WORKER'S NAME:

_____
FIRST MI LAST:

INJURED WORKER'S MAILING ADDRESS:

_____
STREET:

_____
CITY, STATE ZIP

Help Desk: This is a POS Program through CVS Caremark only. For Assistance call the CVS Caremark Help Desk at: 866.493.1640

Attention Pharmacist:

New York State Insurance Fund's prescription program is administered by CVS Caremark. The following are the steps necessary to submit a prescription for New York State Insurance Fund claimants.

Please follow the action steps listed below to enter the claim.

Step 1	Enter Bin Number 610235
Step 2	Enter PCN: WRK
Step 3	ID: Injured Worker' Social Security Number

NEED ASSISTANCE? **Pharmacist**, if you have any questions while processing the claim, please call the CVS Caremark Help Desk at **1-866-493-1640.**

¡Obtenga el pago de su indemnización laboral mediante un depósito directo!

Depósito directo

New York State Insurance Fund

nysif.com

NYSIF ofrece un depósito directo para que las personas que soliciten beneficios por indemnización laboral puedan recibirlos. En colaboración con su institución financiera, NYSIF puede depositar los pagos de sus beneficios directamente en su cuenta bancaria.

REQUISITOS PARA CADA TIPO DE CUENTA

Elija solo un tipo de cuenta: Cuenta corriente o cuenta de ahorro. Complete toda la información que se solicita en el formulario de depósito directo, incluido su número de enrutamiento bancario y su número de cuenta (consulte la ilustración). Si necesita asistencia, comuníquese con su banco.



N.° de enrutamiento

N.° de cuenta

CANCELACIÓN

Este acuerdo permanecerá vigente hasta que se cancele. Para cancelar su acuerdo, visite nysif.com, ingrese como solicitante y seleccione la opción “Cancelar la inscripción al depósito directo”. También puede cancelarlo comunicándose con su administrador de casos de NYSIF en nysif.com mediante nuestros Vínculos rápidos a “Encontrar a mi administrador de casos”. Este acuerdo también puede ser cancelado por NYSIF o por su institución financiera. En cualquier caso, recibirá cheques subsecuentes por correo. El proceso de cancelación puede demorar hasta tres semanas.

CAMBIOS EN SU CUENTA

Usted es responsable de notificarle a NYSIF si ocurre algún cambio en la información de su cuenta bancaria (cambio en el número de cuenta, institución financiera, etc.). Debe notificarle a NYSIF enviando una nueva solicitud de depósito directo, disponible en nysif.com.

Si cambia de cuenta o de institución financiera, debe mantener su cuenta anterior hasta que reciba el pago por depósito directo en su nueva cuenta. Si no mantiene su cuenta anterior, puede producirse un retraso en el pago hasta que se efectúe la autorización de su nuevo depósito directo.

VERIFICACIÓN PERIÓDICA

NYSIF puede comunicarse con usted de manera periódica para validar la información sobre su cuenta de depósito directo. Si el beneficiario no estuviera vivo, debe notificarle a NYSIF de inmediato.

NEW YORK STATE INSURANCE FUND SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE DEPÓSITO DIRECTO

PARA RECIBIR UN DEPÓSITO DIRECTO DE LOS BENEFICIOS, COMPLETE ESTE FORMULARIO EN SU TOTALIDAD Y DEVUÉLVALO A LA DIRECCIÓN MENCIONADA ANTERIORMENTE. PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE SUS DERECHOS CON RESPECTO AL DEPÓSITO DIRECTO, INGRESE A NYSIF.COM/DIRECTDEPOSIT.

NOMBRE (PRIMERO, SEGUNDO, APELLIDO)**:** _____

NÚMERO DE RECLAMO DE INDEMNIZACIÓN LABORAL DE NYSIF: _____

DIRECCIÓN PERSONAL (NO UTILICE LA CASILLA DE CORREOS): _____

CIUDAD: _____ **ESTADO:** _____ **CÓDIGO POSTAL:** _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: _____

TELÉFONO: _____

ESTABLECIMIENTO DE UNA CUENTA PARA DEPÓSITOS DIRECTOS (ELIJA SOLO UNA OPCIÓN)**:**

☐ **CUENTA CORRIENTE** ☐ **CUENTA DE AHORRO**

(COMPLETE TODA LA INFORMACIÓN, INCLUIDO SU NÚMERO DE CUENTA Y EL NÚMERO DE ENRUTAMIENTO BANCARIO. SI NECESITA ASISTENCIA PARA COMPLETAR ESTA SECCIÓN, COMUNÍQUESE CON SU INSTITUCIÓN FINANCIERA).

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN FINANCIERA: _____

N.° DE ENRUTAMIENTO _____ **N.° DE CUENTA** _____

CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL BENEFICIARIO/PERSONA QUE REALIZA EL DEPÓSITO

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, AUTORIZO A NEW YORK STATE INSURANCE FUND A EFECTUAR PAGOS DIRECTOS A LA INSTITUCIÓN FINANCIERA MENCIONADA ANTERIORMENTE PARA REALIZAR DEPÓSITOS EN LA CUENTA DESIGNADA. CERTIFICO QUE TENGO DERECHO A RECIBIR LAS COMPENSACIONES O LOS PAGOS PROVENIENTES DE MEDIDAS CONCILIATORIAS SUBYACENTES, Y QUE LAS CIRCUNSTANCIAS QUE ME DAN DERECHO A OBTENER ESTOS BENEFICIOS NO HAN CAMBIADO. EN CASO DE QUE CAMBIEN LAS CIRCUNSTANCIAS QUE ME DAN DERECHO A RECIBIR LOS PAGOS, DEBO NOTIFICÁRSELO A NYSIF. COMPRENDO QUE PARA SOLICITAR DEPÓSITOS DIRECTOS DEBO BRINDAR UNA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO. AL ENVIAR ESTA SOLICITUD, BRINDO MI CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR NOTIFICACIONES ELECTRÓNICAS A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO PROPORCIONADA.

FIRMA: _____ **FECHA:** _____

ENVIAR SOLICITUD COMPLETA A:
DOCUMENT CONTROL CENTER
NEW YORK STATE INSURANCE FUND
1 WATERVLIET AVENUE EXT.
ALBANY, NY 12206-1649