

GUÍA RÁPIDA PARA TRABAJADORES LESIONADOS

Se lesionó en el trabajo. ¿Qué pasa ahora?

Si ha sufrido una lesión o enfermedad relacionada con el lugar de trabajo, podría ser elegible para beneficios de compensación obrera. Puede que ya haya recibido tratamiento médico. Si no lo ha recibido, debería buscar atención médica tan pronto como sea posible.

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

SUS RESPONSABILIDADES

- Notificar a su empleador, por escrito, detallando dónde y cuándo se lesionó o enfermó. Haga esto tan pronto como sea posible dentro de los **30 días** de la lesión o enfermedad. No envíe un mensaje de texto; envíe una carta, correo electrónico u otro documento que pueda guardarse o imprimirse.
- Informe a sus proveedores de atención de la salud que tiene una lesión o enfermedad relacionada con el empleo y brinde el nombre de la aseguradora de compensación obrera de su empleador. Si no conoce el nombre de la aseguradora de su empleador, pídale a su empleador o contacte a la Junta de inmediato. Su proveedor de atención de la salud presentará informes a la Junta y a su empleador o aseguradora. Se necesita que se presente un informe a la Junta para que usted pueda acceder a sus beneficios.
- Presente un **Reclamo de Empleado (Formulario C-3)** informando de su lesión o enfermedad a la Junta tan pronto como sea posible. Debe notificar a la Junta de su lesión o enfermedad dentro de los **dos años**. Si se lesionó la misma parte del cuerpo o tuvo una enfermedad similar anteriormente, también debe presentar una **Divulgación Limitada de Información de Salud (Formulario C-3.3)**. **El estado de ciudadanía e inmigración no son factores para la compensación obrera.**

Cómo presentar un reclamo

Método más rápido: Visite wcb.ny.gov y seleccione "File a Claim" (Presentar un reclamo).

Para preguntas acerca de cómo presentar un **Formulario C-3**, o recibir una copia del formulario, por favor llame al **(877) 632-4996**. Un representante de la Junta lo ayudará.

GASTOS MÉDICOS Y DE VIAJE

La atención médica para tratar su lesión o enfermedad relacionada con el trabajo es un beneficios de compensación obrera que se brinda sin costo para usted. Las facturas médicas por su lesión o enfermedad las paga directamente la aseguradora de compensación obrera a su proveedor de atención de la salud. Si la aseguradora disputa su caso, los proveedores de atención de la salud recibirán el pago si la Junta decide en el caso a su favor. Sin embargo, si la Junta decide en su contra, o si no prosigue con un caso, tendrá que pagar al proveedor de atención de la salud u hospital (o presentar las facturas a su propia aseguradora).

El seguro de compensación obrera de su empleador cubre los medicamentos y equipamiento médicamente necesarios que su proveedor de atención de la salud prescriba. También podrán reembolsarle el millaje, transporte público u otros gastos necesarios en que incurra al viajar para recibir tratamiento. Presente dichos gastos (incluyendo recibos que pudiera tener) a la aseguradora de compensación obrera y a la Junta en un **Registro de Gastos Médicos y de Viaje y Solicitud de Reembolso del Reclamante (Formulario C-257)**.

Por lo general, puede elegir cualquier proveedor de atención de la salud autorizado por la Junta. Puede buscar un proveedor de atención de la salud autorizado en su área usando la función "Health Care Provider Search" (Búsqueda de proveedor de atención de la salud) en wcb.ny.gov. También puede usar las clínicas de salud ocupacional. Sin embargo, si la aseguradora de compensación obrera de su empleador tiene una Organización Proveedora Preferida (Preferred Provider Organization, PPO) para brindar atención para lesiones de compensación obrera, debe obtener su tratamiento inicial de la red PPO. Si esa aseguradora también tiene una farmacia o red de diagnóstico, debe recibir dichos servicios dentro de estas redes. La aseguradora debe informarle de sus redes de proveedores requeridas y cómo usarlas. Sin embargo, en una emergencia, puede ver a cualquier proveedor.

GUÍA RÁPIDA PARA TRABAJADORES LESIONADOS

BENEFICIOS POR SALARIOS PERDIDOS

Tiene derecho a una parte de sus salarios perdidos, que deberán ser pagados prontamente, si su lesión o enfermedad lo afecta de una o más de las siguientes maneras:

1. Evita que pueda trabajar más de siete días calendario;
2. Se determina que una parte de su cuerpo ha quedado incapacitada de manera permanente; y/o
3. Su paga se reduce porque ahora trabaja menos horas o realiza otro trabajo.

Una vez que se haya curado de su lesión o enfermedad y cuando no se esperen nuevas mejoras médicas (por lo general un año luego de la fecha del accidente/enfermedad o cirugía, si se realizó una cirugía), puede pedirle a su médico que evalúe si su accidente/lesión ha resultado en una enfermedad/lesión permanente. Para obtener más información sobre este beneficio, por favor visite wcb.ny.gov, haga clic en la sección “Workers” (Trabajadores), y luego seleccione “Disability Classifications” (Clasificaciones de discapacidad).

Puede contratar a un abogado o representante matriculado para que lo ayude con su reclamo, pero no es obligatorio. Usted o su familia no deberán pagarle directamente a su abogado o representante matriculado. La Junta aprueba sus honorarios y los deduce de su otorgamiento de salarios perdidos.

Si se disputa su caso, podrá recibir beneficios por discapacidad mientras el caso está pendiente de revisión por parte de la Junta. Para obtener un *Notificación y Prueba de Reclamos por Beneficios por Discapacidad (Formulario DB-450)*, visite wcb.ny.gov; llame a la Junta para obtener asistencia; o visite una oficina de la Junta. Si el caso se resuelve a su favor, se deducirán los beneficios por discapacidad del próximo otorgamiento de salarios perdidos.

¿QUÉ SUCEDE A CONTINUACIÓN?

La aseguradora de compensación obrera lo contactará. Si se acepta su reclamo, se le pagará a sus proveedores de atención de la salud y comenzarán sus beneficios de salarios perdidos. Si su caso necesita una audiencia, la Junta lo contactará- Existen recursos en línea disponibles para facilitar el proceso de audiencia.

- **eCase:** Puede subir y visualizar documentos relacionados con el caso en línea con el sistema eCase de la Junta, que se usa para procesar reclamos para trabajadores lesionados. Debe registrarse para eCase en wcb.ny.gov.
- **Audiencias virtuales:** Tiene la opción de asistir a audiencias sin tener que viajar hasta la oficina de la Junta usando audiencias virtuales. Obtenga más información acerca de las audiencias virtuales, y la aplicación gratuita de la Junta en wcb.ny.gov/virtual-hearings.

SE ENCUENTRA DISPONIBLE AYUDA

A veces necesita ayuda para volver a trabajar. Su empleador podría tener alternativas o tareas livianas que le permitan trabajar mientras se cura. Una lesión o enfermedad también puede causar problemas familiares o financieros. La Junta tiene consejeros de rehabilitación vocacional y trabajadores sociales para ayudar. Llame a la Junta para más información sobre servicios disponibles y para asistencia.

Si le preocupa la dependencia de medicamentos opioides para el dolor, por favor llame a NYS OASAS HOPELine al **877-8-HOPENY (877-846-7369)**.

Información de contacto importante

Workers' Compensation Board	(877) 632-4996	claims@wcb.ny.gov
		wcb.ny.gov

New York State Workers' Compensation Board
PO BOX 5205
Binghamton, NY 13902-5205



**Workers'
Compensation
Board**



Complete este formulario para solicitar beneficios de compensación obrera por una lesión laboral o una enfermedad relacionada con el trabajo. Escriba en letra de imprenta prolija o con texto mecanografiado. Este formulario también se puede completar en línea en www.wcb.ny.gov.

Nro. de caso de la WCB (si lo sabe): _____

A. SU INFORMACIÓN (empleado)

1. Nombre: _____ 2. Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
Nombre Inicial del segundo nombre Apellido
3. Dirección de correo: _____
Número y calle / apartado postal / apartamento nro. Ciudad Estado Código postal
4. Número de Seguro Social: ____ - ____ - ____ 5. Teléfono: (____) _____ 6. Género: M F X
7. ¿Necesitará un traductor si debe asistir a una audiencia de la Junta? Sí No Si la respuesta es sí, ¿de qué idioma? _____

B. SU(S) EMPLEADOR(ES)

1. Empleador cuando se lesionó: _____ 2. Teléfono: (____) _____
3. Su dirección de trabajo: _____
Número y calle Ciudad Estado Código postal
4. Fecha de contratación: ____ / ____ / ____ 5. Nombre de su supervisor: _____
6. Indique los nombres/las direcciones de cualquier otro empleador al momento de su lesión/enfermedad: _____

7. ¿Perdió tiempo de trabajo en su(s) otro(s) empleo(s) como resultado de su lesión/enfermedad? Sí No

C. SU TRABAJO en la fecha de la lesión o enfermedad

1. ¿Cuál era su puesto y la descripción del puesto? _____
2. ¿Qué tipos de actividades realizaba normalmente en el trabajo? _____

3. Su trabajo era... (marcar una opción) De tiempo completo De medio tiempo Por temporada Como voluntario
 Otro: _____
4. ¿Cuál era su paga bruta (antes de los impuestos) por período de pago? _____ 5. ¿Con qué frecuencia le pagaban? _____
6. ¿Recibía alojamiento o propinas además de su paga? Sí No Si la respuesta es sí, describa: _____

D. SU LESIÓN O ENFERMEDAD

1. Fecha de su lesión o fecha de aparición de la enfermedad: ____ / ____ / ____ 2. Hora de la lesión: _____ AM PM
3. ¿Dónde sucedió la lesión/enfermedad? (por ejemplo, 1 Main Street, Pottersville, en la puerta principal) _____
4. ¿Esta era su ubicación usual de trabajo? Sí No Si la respuesta es no, ¿usted se encontraba en esta ubicación? _____
5. ¿Qué estaba haciendo cuando se lesionó o enfermó? (por ejemplo, descargando un camión, escribiendo un informe) _____

6. ¿Cómo sucedió la lesión/enfermedad? (por ejemplo, me tropecé con un caño y me caí al piso) _____

7. Explique completamente la naturaleza de la lesión/enfermedad; enumere las partes del cuerpo afectadas (por ejemplo, torcedura de tobillo y corte en la frente): _____



D. SU LESIÓN O ENFERMEDAD (continuación)

- 8. ¿Hubo un objeto (por ejemplo, un montacargas, martillo, ácido) involucrado en la lesión/enfermedad? Sí No
Si la respuesta es sí, ¿qué? _____
- 9. ¿La lesión fue el resultado del uso o la operación de un vehículo motorizado licenciado? Sí No
Si la respuesta es sí, su vehículo vehículo del empleador otro vehículo Número de patente (si lo sabe): _____
Si su vehículo estuvo involucrado, indique el nombre y la dirección de su aseguradora: _____
- 10. ¿Usted le ha dado a su empleador (o supervisor) aviso de lesión/enfermedad? Sí No
Si la respuesta es sí, se notificó a: _____ verbalmente por escrito Fecha de notificación: ____/____/____
- 11. ¿Alguien vio cuando y cómo se lesionó? Sí No Se desconoce Si la respuesta es sí, indique sus nombres: _____

E. REGRESO AL TRABAJO

- 1. ¿Tuvo que dejar de trabajar a causa de su lesión/enfermedad? Sí, ¿en qué fecha? ____/____/____ No, pasar a la Sección F.
- 2. ¿Ha regresado a trabajar? Sí No Si la respuesta es sí, ¿en qué fecha? ____/____/____ tareas regulares tareas limitadas
- 3. Si ha regresado a trabajar, ¿para quién trabaja ahora? Mismo empleador Empleador nuevo Trabaja por cuenta propia
- 4. ¿Cuál es su paga bruta (antes de los impuestos) por período de pago? _____ ¿Con qué frecuencia le pagan? _____

F. TRATAMIENTO MÉDICO PARA ESTA LESIÓN O ENFERMEDAD

- 1. ¿Cuál fue la fecha de su primer tratamiento? ____/____/____ No recibió tratamiento (pasar a la pregunta F-5)
- 2. ¿Recibió tratamiento en el sitio? Sí No
- 3. ¿Dónde recibió su primer tratamiento médico fuera del sitio por su lesión/enfermedad? No recibió tratamiento
 Sala de emergencias Consultorio médico Clínica/hospital/atención de urgencia Hospitalización durante más de 24 horas
Nombre y dirección del lugar donde recibió tratamiento por primera vez: _____

Teléfono: (____) _____

- 4. ¿Sigue recibiendo tratamiento por esta lesión/enfermedad? Sí No
Proporcione el nombre y la dirección de los médicos que lo están tratando por esta lesión/enfermedad: _____
Teléfono: (____) _____

- 5. ¿Sufrió otra lesión en la misma parte del cuerpo, o una enfermedad similar? Sí No
Si la respuesta es sí, ¿lo trató un doctor? Sí No Si la respuesta es sí, proporcione los nombres y las direcciones de los doctores que lo trataron y **COMPLETE Y PRESENTE EL FORMULARIO C-3.3 JUNTO CON ESTE FORMULARIO:**

- 6. ¿La lesión/enfermedad anterior fue relacionada con el trabajo? Sí No
Si la respuesta es sí, ¿estaba trabajando para el mismo empleador para el que trabaja ahora? Sí No

Por el presente realizo un reclamo de beneficios conforme a la Ley de Compensación Obrera. Mi firma afirma que la información que brindo es verdadera y correcta, a mi leal saber y entender.

Cualquier persona que, deliberadamente y con la INTENCIÓN DE DEFRAUDAR, presente, cause la presentación, o prepare con el conocimiento o la creencia de que se presentará a una aseguradora o un autoasegurado, o que será presentada por una aseguradora o un autoasegurado, cualquier información que contenga una DECLARACIÓN MATERIAL FALSA o que oculte cualquier hecho material SERÁ CULPABLE DE UN DELITO y quedará sujeto a MULTAS CONSIDERABLES Y PRISIÓN.

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

Una persona solo puede firmar en nombre del empleado si está legalmente autorizada a hacerlo y el empleado es un menor o una persona mentalmente incompetente o incapacitada.

.....
Certifico, a mi leal saber y entender, formados luego de una indagatoria razonable dadas las circunstancias, que los alegatos y otros asuntos de hecho afirmados anteriormente tienen pruebas respaldatorias, o posiblemente tengan pruebas respaldatorias, luego de una oportunidad razonable de llevar adelante investigaciones adicionales o un proceso de recabación y presentación de pruebas.

Firma del abogado/representante (si lo hubiere): _____ Fecha: ____/____/____

Nombre en letra de imprenta: _____ Cargo: _____

Nro. de ID, si lo hubiere: R_____ Si es un representante matriculado, número de matrícula: _____ Fecha de vencimiento: _____

Instrucciones para completar el Reclamo del empleado (Formulario C-3)

Por favor, complete este formulario y envíelo a la dirección de correo postal centralizada de la Junta de Compensación Obrera indicada al final de estas instrucciones. Si necesita ayuda adicional para completar este formulario, comuníquese con la Junta de Compensación Obrera al **1-877-632-4996**. También puede completar este formulario en línea en **wcb.ny.gov**. Si no tiene o no sabe su Número de Caso de la Junta de Compensación Obrera, deje este campo en blanco. No es obligatorio para procesar su reclamo. Recuerde ingresar su nombre y la fecha de su lesión/enfermedad arriba de todo en la página dos.

Sección A - Su información (empleado):

En la Sección A, ingrese su nombre, su dirección y otra información solicitada.

Nota sobre el punto 7: Las audiencias de la Junta se realizan en inglés. Si necesita un traductor, seleccione **Sí** e indique el idioma que necesita.

Notificación conforme a la Ley de protección de la privacidad personal de Nueva York (Artículo 6-A de la Ley de funcionarios públicos) y la Ley federal de privacidad de 1974 (§ 552a del título 5 del U.S.C.).

La autoridad de la Junta de Compensación Obrera (Junta) para solicitar que el demandante lesionado proporcione la información personal, incluido su número de seguro social, se deriva de la autoridad investigadora de la Junta de conformidad con la Ley de Compensación Obrera (Worker's Compensation Law, WCL), § 20 y su autoridad administrativa de acuerdo con la WCL, § 142. Esta información es recolectada para ayudar a la junta a investigar y administrar los reclamos de la manera más conveniente posible y para ayudarla a mantener los registros de reclamos precisos. Proporcionar su número de seguro social a la Junta es voluntario. No hay penalidad por no proporcionar su número de seguro social en este formulario; no traerá como consecuencia una denegación de su reclamo o una reducción en los beneficios. La junta protegerá la confidencialidad de toda la información personal en su posesión y la divulgará solo en cumplimiento de sus deberes oficiales de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables.

Sección B - Sus empleadores:

En la Sección B, ingrese el nombre, la dirección, el número de teléfono y otra información del empleador para el que trabajaba al momento de la lesión/enfermedad.

Nota: Su empleador es la compañía o agencia que emite su cheque de pago. Si es un contratista en un sitio de trabajo o una oficina, la agencia de dotación de personal o el proveedor que lo contrató es su empleador, no el sitio de trabajo ni la oficina a la que se presenta a trabajar.

Sección C - Su trabajo en la fecha de la lesión o enfermedad:

En la Sección C, ingrese su puesto, actividades laborales e información salarial.

Sección D - Su lesión o enfermedad:

En la Sección D, ingrese la información sobre su lesión o enfermedad.

Punto 1: Ingrese la fecha en que se lesionó o la primera fecha en que notó que estaba enfermo.

Si se trata de una enfermedad ocupacional, saltee el punto 2. La fecha en que se lesionó debe estar en formato mes/día/año. El año se debe escribir como cuatro cifras, por ejemplo, 2015.

Punto 2: Ingrese la hora en que ocurrió el accidente. Marque si fue AM o PM.

Punto 3: Indique el lugar donde ocurrió la lesión/enfermedad, incluida la dirección del edificio y la ubicación física en el edificio donde sucedió la lesión/enfermedad.

Punto 4: Marque si este era su lugar de trabajo normal. Si no lo era, indique por qué se encontraba en esta ubicación.

Punto 5: Describa detalladamente qué estaba haciendo al momento de la lesión/enfermedad (por ejemplo, descargando cajas de un camión manualmente).

Esto explica los eventos que llevaron a la lesión.

Punto 6: Describa detalladamente cómo ocurrió la lesión/enfermedad (por ejemplo, "Estaba levantando una caja pesada del camión"). Esto debe incluir a todas las personas y los eventos involucrados en la lesión/enfermedad.

Punto 7: Indique plenamente la naturaleza y extensión de su lesión/enfermedad, incluidas todas las partes del cuerpo lesionadas. Sea lo más específico posible (por ejemplo, "Me lastimé la espalda intentando levantar una caja pesada. Ahora me duele doblarme, agacharme o siquiera sostener objetos más livianos").

Punto 8: Indique si hubo algún objeto involucrado en el accidente, **que no sea** un vehículo motorizado con licencia. Otros objetos pueden involucrar una herramienta (por ejemplo, un martillo), un producto químico (por ejemplo, ácido), maquinaria (por ejemplo, un montacargas o un taladro de columna), etc.

Punto 9: Indique si hubo un vehículo motorizado con licencia involucrado en el accidente. Si la respuesta es sí, marque si el vehículo involucrado era suyo, de su empleador o de un tercero. Incluya el número de patente (si lo sabe). Si su vehículo estuvo involucrado, indique el nombre y la dirección de su aseguradora automotriz.

Punto 10: Marque si le dio a su empleador o supervisor aviso sobre su lesión o enfermedad. Si lo hizo, indique a quién notificó, así como también si fue verbalmente o por escrito. Incluya la fecha de notificación.

Punto 11: Marque si alguien más vio el accidente. Si alguien lo vio, incluya sus nombres.

Sección E - Regreso al trabajo:

Punto 1: Si dejó de trabajar como resultado de su lesión/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 sección siguiente.

Punto 2: Si ha regresado a trabajar desde entonces, marque Sí. Además, indique en qué fecha volvió a trabajar, y si regresó a sus tareas normales o si está realizando tareas limitadas o restringidas. (Si no ha regresado a sus tareas laborales completas previas a la lesión, entonces está realizando tareas limitadas).

Punto 3: Si ha regresado a trabajar, indique para quién trabaja ahora.

Punto 4: Ingrese su salario bruto (paga antes de los impuestos) por período de pago para el puesto en el que trabaja ahora. Indique con qué frecuencia recibe un cheque de pago (semanal, quincenal, etc.).

Sección F - Tratamiento médico para esta lesión o enfermedad:

Punto 1: Si no recibió tratamiento médico por esta lesión/enfermedad, marque No recibió tratamiento y pase al punto 5. De lo contrario, ingrese la fecha en que recibió tratamiento por primera vez por esta lesión/enfermedad y complete el resto de esta sección.

Punto 2: Marque si primero recibió tratamiento en el trabajo por esta lesión o enfermedad.

Punto 3: Marque el lugar donde recibió su primer tratamiento médico fuera del sitio por su lesión o enfermedad. Incluya el nombre y la dirección del centro, así como también el número de teléfono (incluido el código de área).

Punto 4: Si aún está recibiendo tratamiento por la misma lesión o enfermedad, marque Sí e indique el nombre y la dirección de los médicos que brindan tratamiento, así como también el número de teléfono (incluido el código de área). De lo contrario, marque No.

Punto 5: Si ya sufrió una lesión en la misma parte del cuerpo o una enfermedad similar, marque Sí e indique si recibió tratamiento de un doctor por esta lesión o enfermedad. Si recibió tratamiento de un doctor, indique los nombres y las direcciones de los doctores que lo trataron y **complete y presente el Formulario C-3.3 junto con este formulario.**

Punto 6: Si sufrió una lesión o enfermedad anterior, marque si su lesión o enfermedad anterior fue relacionada con el trabajo. Si la respuesta es sí, marque si la lesión o enfermedad sucedió mientras trabajaba para su empleador actual.

Firme el Formulario C-3 en el lugar brindado para la Firma del empleado en la página 2, indique su nombre en letra de imprenta e ingrese la fecha en que firmó el formulario. Si un tercero firma en nombre del empleado, esa persona debe firmar en la segunda línea de firmas. Si tiene un representante legal, el representante debe completar y firmar la sección de certificación del abogado/representante al pie de la página 2.

Qué deben hacer los trabajadores en case de una lesión en el trabajo o enfermedad ocupacional:

1. Dígame de inmediato a su empleador o supervisor cuándo, dónde y cómo se lesionó.
2. Obtenga atención médica de inmediato.
3. Dígame a su médico que presente informes médicos a la Junta y a su empleador o la aseguradora de su empleador.
4. Complete este reclamo de compensación y envíelo a la Oficina de la Junta de Compensación Obrera más cercana. (Consulte más adelante). Si no realiza la presentación dentro de los dos años siguientes a la fecha de la lesión, su reclamo podría ser denegado. Si necesita ayuda para completar este formulario, llame o visite a la Oficina de la Junta de Compensación Obrera más cercana indicada más adelante.
5. Preséntese a todas las ausencias cuando reciba notificación de comparecencia.
6. Regrese a trabajar lo antes posible; la compensación nunca es tan alta como su salario.

Sus derechos:

1. En general, tiene derecho a recibir tratamiento de un médico que usted elija, siempre y cuando esté autorizado por la Junta. Si su empleador está involucrado en un arreglo con una organización de proveedores preferenciales (preferred provider organization, PPO), debe obtener tratamiento inicial de la organización de proveedores preferenciales que ha sido designada para prestar servicios de atención médica para lesiones de compensación obrera.
2. NO le pague a su médico u hospital. La aseguradora pagará sus facturas si su caso no se disputa. Si su caso se disputa, el médico u hospital debe esperar para recibir el pago hasta que la Junta tome una decisión sobre su caso. En caso de que no procese su caso, o de que la Junta se pronuncie en su contra, deberá pagarle al médico u hospital.
3. También tiene derecho a recibir un reembolso por medicamentos, muletas o cualquier aparato que le rece correctamente un médico, y por los costos de traslado en auto u otros gastos necesarios para ir desde y hasta el consultorio de su médico o el hospital. (Pida recibos para estos gastos).
4. Tiene derecho a recibir compensación si su lesión no le permite trabajar durante más de siete días, requiere que trabaje por un salario inferior, o causa una discapacidad permanente en cualquier parte de su cuerpo.
5. La compensación es pagadera directamente y sin esperar a una adjudicación, excepto cuando el reclamo se disputa.
6. Los trabajadores lesionados o dependientes de trabajadores fallecidos se pueden autorrepresentar en causas ante la Junta, o pueden contratar a un abogado o representante licenciado que los represente. Si se contratan los servicios de un abogado o representante licenciado, sus honorarios por servicios legales serán revisados por la Junta y, si se aprueban, serán pagados por el empleador o la aseguradora además de los beneficios de compensación pagaderos. Los trabajadores lesionados o dependientes de trabajadores fallecidos no deben realizar ningún pago directo al abogado o representante licenciado que los representa en un caso de compensación.
7. Si necesita ayuda para regresar a trabajar, o con problemas financieros en su familia a causa de su lesión, comuníquese con la oficina de la Junta de Compensación Obrera más cercana y pida un asesor de rehabilitación o trabajador social.

Este formulario se debe presentar enviándolo directamente a la dirección que figura a continuación:

New York State Workers' Compensation Board

Centralized Mailing

PO Box 5205

Binghamton, NY 13902-5205

Número gratuito de atención al cliente: 877-632-4996



Nro. de caso de la WCB (si lo sabe): _____

Al reclamante: Si recibió tratamiento por una lesión previa en la misma parte del cuerpo, o por una enfermedad similar a la descrita en su Reclamo actual, complete este formulario. Este formulario les permite a los proveedores de atención de la salud que indique a continuación divulgar información de atención médica sobre su lesión/enfermedad anterior a la aseguradora de compensación obrera de su empleador. La ley federal HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996) dice que tiene derecho a recibir una copia de este formulario. Si no entiende este formulario, hable con su representante legal. Si no tiene un representante lega, el Defensor de Trabajadores Lesionados de la Junta de Compensación Obrera lo puede ayudar. Llame al: 800-580-6665.

Al proveedor de atención de salud: Una copia de esta divulgación en cumplimiento de la HIPAA le permite divulgar información de salud. Si envía registros a la aseguradora de compensación obrera en respuesta a esta autorización, también debe enviar copias al representante legal del Reclamante. (Si no se indica un representante legal a continuación, envíe copias al Reclamante). Los proveedores de atención médica que divulguen registros deben cumplir con la legislación del Estado de Nueva York y la HIPAA.

Esta autorización es:

- **Voluntaria.** Sus proveedores de atención médica debe brindarle la misma atención, los mismos términos de pago y los mismos beneficios, independientemente de si firma o no este formulario.
- **Limitada.** Les brinda a sus proveedores de atención médica permiso para divulgar únicamente los registros de salud relacionados con la enfermedad/condición anterior que describe a continuación.
- **Temporal.** Finaliza cuando se establece o anula su reclamo actual de compensación y se agotan todas las instancias de apelación.
- **Revocable.** Puede cancelar esta autorización en cualquier momento. Para cancelar, envíe una carta a los proveedores de atención médica indicados en este formulario. Además, envíe una copia de su carta a la aseguradora de compensación obrera de su empleador y a la Junta de Compensación Obrera. Nota: No puede cancelar esta autorización con respecto a registros médicos que ya se proporcionaron.
- **Solo para registros.** Les brinda a los proveedores de atención de salud indicados en este formulario permiso para enviar copias de sus registros de atención médica a la aseguradora de compensación obrera de su empleador.

Este formulario NO les permite a sus proveedores de atención médica divulgar los siguientes tipos de información:

- **Información relacionada con el VIH**
- **Notas de psicoterapia**
- **Tratamiento por abuso de drogas/ alcohol**
- **Tratamiento de salud mental** (a menos que marque a continuación)
- **Información verbal** (sus proveedores de atención de salud no pueden hablar sobre su información médica con nadie)

Los registros médicos que se divulguen pasarán a ser parte de su expediente de compensación obrera y son confidenciales de conformidad con la Ley de Compensación Obrera.

A. SU INFORMACIÓN (reclamante)

1. Nombre: _____ 2. Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____
3. Dirección de correo: _____
4. Fecha de nacimiento: ____/____/____ 5. Fecha de la lesión/enfermedad actual: ____/____/____
6. Lesión/enfermedad actual, incluidas todas las partes del cuerpo lesionadas: _____
7. Nombre y dirección de su representante legal (si tiene): _____

Marque aquí si les permite a sus proveedores de atención de la salud divulgar información de **cuidados de salud mental**.

B. SUS PROVEEDORES DE ATENCIÓN DE LA SALUD

(Indique todos los proveedores de atención de la salud que lo trataron por una lesión anterior a la misma parte del cuerpo o por una enfermedad similar. Si son más de 2 proveedores, adjunte su información de contacto a este formulario).

1. Proveedor: _____ 2. Teléfono: () _____
3. Dirección de correo: _____
4. Otro proveedor (si lo hubiera): _____ 5. Teléfono: () _____
6. Dirección de correo: _____

C. LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN.

Por el presente solicito que los proveedores de atención de la salud arriba indicados le proporcionen a la aseguradora de compensación obrera de mi empleador copias de todos los registros de salud relacionados con lesiones/enfermedades anteriores, a todas las partes del cuerpo, descritas anteriormente.

Firma del reclamante (solo en tinta -- usar bolígrafo azul, de ser posible).

Fecha

Si el reclamante no puede firmar, la persona que firme en su nombre debe completar y firmar lo que sigue:

Su nombre

Relación con el reclamante Firma (solo en tinta -- usar bolígrafo azul, de ser posible). 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.



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 descrita 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)

- Nombre: _____
- Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____
- Dirección postal: _____
- Fecha de nacimiento: ____/____/____
- Fecha de la lesión/enfermedad actual: ____/____/____
- Lesión/enfermedad actual, incluyendo todas las partes del cuerpo afectadas: _____
- 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.)

- Prestador: _____
- Número de teléfono: (____) _____
- Dirección postal: _____
- Otro prestador (si aplica): _____
- Número de teléfono: (____) _____
- 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, descrita 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



FONDO DE SEGUROS DEL ESTADO DE NUEVA YORK GESTIÓN DE BENEFICIOS FARMACÉUTICOS

El Fondo de Seguros del Estado de Nueva York (NYSIF, por su sigla en inglés) provee a su empleador de una cobertura de seguro de indemnización laboral para las lesiones o enfermedades de los empleados relacionadas con el trabajo. Este plan incluye una red de más de 67,000 farmacias adheridas para que usted pueda recoger los medicamentos bajo receta de manera fácil y práctica. Si a usted se le recetó medicación para una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, debe recogerla en una farmacia que integre la red farmacéutica CareComp.

El NYSIF provee además un servicio de “surtido rápido”, que le permite obtener beneficios farmacéuticos incluso antes de que se acepte su reclamación. Aunque no tengamos la obligación de proporcionar este beneficio, queremos prestarle ayuda para superar los primeros días difíciles posteriores a las lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo, ofreciendo los beneficios de una cantidad limitada de medicación recetada que puede recogerse a través de la red de farmacias CareComp.

Por favor, use el formulario que se encuentra el dorso de esta página, “Identificación para servicios temporarios de recetas médicas por indemnización laboral”, para recoger los medicamentos bajo receta en cualquier farmacia adherida. Para completar el formulario, por favor:

Paso 1: pida a su empleador que indique el nombre de la compañía y número de póliza.

Paso 2: complete el resto del formulario con su reclamación e información de contacto.

Paso 3: lleve el formulario completo y la receta médica a una farmacia de la red farmacéutica CareComp.

Paso 4: en un plazo de 10 días posterior a la confirmación del accidente, usted recibirá un paquete de CVS Caremark. Este paquete contendrá un carnet permanente de identificación, que deberá usarse para recoger los medicamentos bajo receta por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

Usted puede encontrar las farmacias locales adheridas visitando www.wcrxpharmacylocator.com o comunicándose las 24 horas con la línea directa de atención a pacientes al (866) 493-1640.

Si tiene preguntas o necesita asistencia, por favor visite www.nysif.com/networkbenefits o póngase en contacto con el NYSIF al (888) 875-5790.



Identificación para servicios temporarios de recetas médicas por indemnización laboral - Información importante

ATENCIÓN, TRABAJADOR LESIONADO:

Este formulario de identificación para servicios temporarios de recetas médicas por indemnización laboral **DEBE PRESENTARSE** al farmacéutico cuando usted recoja su primera medicación bajo receta. Ante cualquier duda, o si necesita localizar una farmacia adherida, por favor comuníquese con el servicio al cliente de CVS al 1-866-493-1640.

Farmacéutico/empleador – Una vez que esté completo el formulario, envíelo por fax a CVS Caremark: 1-866-493-1644

CVS Caremark ingresará la información del reclamante para permitir que se procesen los medicamentos. También, esta información se puede enviar por teléfono llamando al 1-866-493-1640.

<p style="text-align: center;">Fondo de Seguros del Estado de Nueva York</p> <p style="text-align: center;">Atención: se deben completar todos los puntos.</p> <p>NOMBRE DEL EMPLEADOR: _____</p> <p>NÚMERO DE PÓLIZA DE INDEMNIZACIÓN LABORAL DEL NYSIF DEL EMPLEADOR: _____</p> <p>FECHA EN QUE SE LESIONÓ: ____ / ____ / ____ (MM/DD/AAAA)</p> <p>FECHA DE NACIMIENTO DEL TRABAJADOR LESIONADO: ____ / ____ / _____ (MM/DD/AAAA)</p> <p>NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL TRABAJADOR LESIONADO: _____</p>	<p style="text-align: center;">Grupo#: NYSIF</p> <p>NOMBRE DEL TRABAJADOR LESIONADO: _____ PRIMERO SEGUNDO APELLIDO</p> <p>DIRECCIÓN POSTAL DEL TRABAJADOR LESIONADO: _____ CALLE _____</p> <p>CIUDAD, CÓDIGO POSTAL _____</p> <p style="font-size: small;"><i>Servicio de asistencia: este es un programa POS que se lleva a cabo solo a través de CVS Caremark. Para obtener asistencia, llame al servicio de ayuda de CVS Caremark al 866.493.1640.</i></p>
---	--

Atención, Sr. farmacéutico:

El programa de recetas médicas del NYSIF está gestionado por CVS Caremark. Por favor, siga los pasos de acción que se enumeran a continuación para ingresar la reclamación. Estos son los pasos que deben seguir los reclamantes para enviar una receta médica al NYSIF.

Paso 1	Ingrese el número BIN: 610235
Paso 2	Ingrese el PCN: WRK
Paso 3	ID: Número de seguro social del trabajador lesionado

¿NECESITA ASISTENCIA?

Sr. farmacéutico, si tiene alguna consulta mientras procesa la reclamación, por favor comuníquese con el servicio de ayuda de CVS Caremark al 1-866-493-1640.



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

Depósito directo

New York State Insurance Fund
nysif.com

DEPÓSITO DIRECTO

El NYSIF ofrece depósito directo para que los reclamantes reciban los beneficios de indemnización laboral. En colaboración con su institución financiera, el NYSIF puede depositar los pagos de beneficios directamente en su cuenta bancaria. Incluso, usted puede optar por distribuir sus pagos entre dos cuentas bancarias (por porcentaje).

REQUERIMIENTOS PARA EL TIPO DE CUENTA

Usted debe depositar su pago en una cuenta **corriente** o cuenta **de ahorro**. Complete toda la información en el formulario de depósito directo, incluso su número de ruta bancaria y número de cuenta (véase la ilustración). Si necesita ayuda, comuníquese con su banco.

YOUR NAME
1234 Main Street
Anywhere, OH 00000

DATE _____ 123

PAY TO THE ORDER OF _____ \$ _____

_____ DOLLARS

044072324 000123456789 123

ROUTING NUMBER **ACCOUNT NUMBER** **CHECK NUMBER**

N.º de enrutamiento N.º de cuenta

CANCELACIÓN

Este acuerdo seguirá vigente hasta que se cancele. Para cancelar su acuerdo, visite **nysif.com**, regístrese como reclamante y seleccione la opción “Unsubscribe from direct deposit”/Cancelar suscripción al depósito directo.” Además, puede hacer la cancelación poniéndose en contacto con su gestor de caso del NYSIF en **nysif.com** con nuestros Enlaces Rápidos a “Get Claims Help”/Obtener ayuda con las reclamaciones. Este acuerdo también puede ser cancelado por el NYSIF o por su institución financiera. En ambos casos, usted recibirá los 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.

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:** _____

Solicitud de autorización de depósito directo

Ingrese toda la información, incluso su número de cuenta y número de ruta bancaria. Si necesita ayuda para completar esta sección, póngase en contacto con su institución financiera. Opcional: si desea dividir sus pagos entre dos cuentas bancarias, complete ambos grupos de los campos relacionados al banco. El porcentaje de distribución debe dar como resultado el 100% (por ejemplo, un 75% en la cuenta #1 y un 25% en la cuenta #2). Si en algún momento su cuenta bancaria no se encuentra disponible, el monto debido se enviará en un cheque.

CUENTA DE DEPÓSITO DIRECTO #1 (elija cuenta corriente o ahorros): Cuenta corriente Ahorros Distribución _____% del cheque

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN FINANCIERA: _____

de ruta: _____ # de cuenta: _____

CUENTA DE DEPÓSITO DIRECTO #2 (elija cuenta corriente o ahorros): Cuenta corriente Ahorros Distribución _____% del cheque

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN FINANCIERA: _____

de ruta: _____ # de cuenta: _____

CERTIFICACIÓN & AUTORIZACIÓN DE DEPOSITANTE/BENEFICIARIO

Al firmar este formulario, autorizo a que el NYSIF dirija los pagos a la(s) institución(es) financiera(s) antes mencionada(s) para realizar depósitos en la(s) cuenta(s) mencionada(s). Certifico que tengo derecho a recibir los pagos de indemnizaciones o conciliaciones subyacentes y que las circunstancias que me dan derecho a recibir los beneficios del NYSIF no han cambiado. En caso de que cambien las circunstancias que afectan el derecho a recibir los pagos, debo notificárselo al NYSIF. Entiendo que, para solicitar el depósito directo, debo proporcionar una dirección de correo electrónico. Al presentar esta solicitud, otorgo mi consentimiento para recibir notificaciones electrónicas al correo electrónico provisto.

FIRMA: _____ **FECHA:** _____

ENVIAR SOLICITUD COMPLETA A:

NYSIF
PO Box 66699
Albany, NY 12206