

## GUÍA RÁPIDA PARA TRABAJADORES LESIONADOS

# Se lesionó en el trabajo. ¿Y ahora qué?

Si ha sufrido una lesión o enfermedad en el lugar de trabajo, puede ser elegible para recibir beneficios de compensación laboral. Es posible que ya haya recibido tratamiento médico. Si no es así, debe buscar atención médica lo antes posible.

Para obtener ayuda con su reclamación, llame a la **Junta de Compensación Laboral (Junta)** al **(877) 632-4996**.

### SUS RESPONSABILIDADES

- Notifique a su empleador por escrito, detallando cuándo, dónde y cómo se lesionó o enfermó. Hágalo lo antes posible dentro de los **30 días** posteriores a la lesión o enfermedad. No lo envíe por mensaje de texto; envíe una carta, un correo electrónico u otro documento que puedan guardar o imprimir.
- Informe a sus proveedores de atención médica que tiene una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo y proporcione el nombre de la aseguradora de compensación laboral de su empleador. Si no conoce el nombre de la aseguradora de su empleador, pregúntele a su empleador o comuníquese con la Junta de inmediato. Su proveedor de atención médica presentará informes médicos a la Junta y a su empleador o su aseguradora. Debe presentar un informe médico a la Junta para poder acceder a sus beneficios.
- Presente una **Declaración de Empleado (Formulario C-J)** informando su lesión o enfermedad a la Junta lo antes posible. Debe notificar a la Junta sobre su lesión o enfermedad en un plazo de **dos años**. Si se lesionó la misma parte del cuerpo anteriormente o tuvo una enfermedad similar, también debe presentar una Autorización de **Divulgación Limitada de Información Médica (Formulario C-3.3)**.

**La ciudadanía y el estado migratorio no son factores en la compensación laboral.**

### Cómo presentar una reclamación

**Método más rápido: Visite [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov) y seleccione "Presentar una reclamación".**

**Si tiene preguntas sobre cómo presentar el Formulario C-3 o para recibir una copia, llame al (877) 632-4990. Un representante de la Junta lo ayudará.**

### GASTOS MÉDICOS Y DE VIAJE

**La atención médica para tratar su lesión o enfermedad laboral es un beneficio de compensación laboral que se le proporciona sin costo alguno.** Las facturas médicas por su lesión o enfermedad son pagadas directamente por la aseguradora de compensación laboral de su empleador a su proveedor de atención médica. Si la aseguradora impugna su caso, los proveedores de atención médica recibirán el pago si la Junta decide a su favor. Sin embargo, si la Junta decide en su contra o si no presenta el caso, deberá pagar al proveedor de atención médica o al hospital (o presentar las facturas a su propia aseguradora médica).

El seguro de compensación laboral de su empleador cubre los medicamentos y equipos médicamente necesarios que recete su proveedor de atención médica. También podría recibir un reembolso por kilometraje, transporte público u otros gastos necesarios en los que incurra al viajar para recibir tratamiento. Presente esos gastos (incluyendo los recibos, si los tiene) a la aseguradora de compensación laboral de su empleador y a la Junta en el **Registro de Gastos Médicos y de Viaje del Reclamante y Solicitud de Reembolso (Formulario C-357)**.

Generalmente, puede elegir cualquier proveedor de atención médica autorizado por la Junta. Puede buscar un proveedor de atención médica autorizado en su área utilizando la función "Búsqueda de Proveedores de Atención Médica" en [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov). También puede acudir a clínicas de salud ocupacional. Sin embargo, si la aseguradora de compensación laboral de su empleador cuenta con una Organización de Proveedores Preferidos (PPO) para brindar atención por lesiones relacionadas con la compensación laboral, debe recibir su primer tratamiento en la red PPO. Si esa aseguradora también cuenta con una red de farmacias o de diagnóstico, debe recibir servicios dentro de estas redes. La aseguradora debe informarle sobre las redes de proveedores requeridas y cómo usarlas. Sin embargo, en caso de emergencia, puede consultar a cualquier proveedor.

## GUÍA RÁPIDA PARA TRABAJADORES LESIONADOS

### BENEFICIOS POR PÉRDIDA DE SALARIO

Tiene derecho a una parte de su pérdida de salario, que debe pagarse con prontitud, si su lesión o enfermedad le afecta de una o más de las siguientes maneras:

1. Le impide trabajar durante más de siete días calendario;
2. Se determina que una parte de su cuerpo está incapacitada permanentemente; y/o
3. Se reduce su salario porque ahora trabaja menos horas o realiza otro trabajo.

Después de que se haya recuperado de su lesión o enfermedad y cuando no se espere una mayor mejoría médica (normalmente un año después de la fecha del accidente/enfermedad o cirugía, si se realizó una cirugía), podrá pedirle a su médico que evalúe si su accidente/enfermedad ha provocado una lesión/afección permanente. Para obtener más información sobre este beneficio, visite [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov), haga clic en la sección "Trabajadores" y luego seleccione "Clasificaciones de discapacidad".

Puede contratar a un abogado o representante autorizado para que lo ayude con su reclamación, pero no es obligatorio. Ni usted ni su familia deben pagar directamente a su abogado o representante autorizado. Sus honorarios son aprobados por la Junta y se deducen de su indemnización por pérdida de salario.

Si su caso es impugnado, podría recibir prestaciones por discapacidad mientras la Junta lo revisa. Para obtener un **Aviso y Comprobante de Reclamación de Beneficios por Discapacidad (Formulario DB-450)**, visite [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov); llame a la Junta para obtener ayuda; o visite una oficina de la Junta. Si el caso se resuelve a su favor, los beneficios por discapacidad se deducirán de su indemnización por pérdida de ingresos.

### ¿QUÉ SIGUE?

La aseguradora de compensación laboral se comunicará con usted. Si su reclamación es aceptada, se pagará a sus proveedores de atención médica y comenzarán los beneficios por pérdida de salario. Si su caso requiere una audiencia, la Junta se comunicará con usted. Hay recursos en línea disponibles para facilitar el proceso de audiencia:

- **eCase:** Puede cargar y consultar los documentos relacionados con el caso en línea a través del sistema eCase de la Junta, que se utiliza para procesar reclamaciones de trabajadores lesionados. Debe registrarse en eCase en [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov).
- **Audiencias Virtuales:** Tiene la opción de asistir a las audiencias sin tener que desplazarse a una oficina de la Junta mediante audiencias virtuales. Obtenga más información sobre las audiencias virtuales y la aplicación gratuita de la Junta en [wcb.ny.gov/virtual-hearings](http://wcb.ny.gov/virtual-hearings).

### AYUDA DISPONIBLE

A veces necesita ayuda para volver al trabajo. Su empleador podría ofrecerle asignaciones alternativas o de trabajo ligero que le permitan trabajar mientras se recupera. Una lesión o enfermedad también puede causar problemas familiares o económicos. La Junta cuenta con consejeros de rehabilitación vocacional y trabajadores sociales para ayudarlo. Llame a la Junta para obtener más información sobre los servicios disponibles y asistencia.

Si le preocupa la dependencia de los analgésicos opioides, llame a la línea HOPELine de NYS OASAS al **877-8-HOPENY (877-846-7369)**

#### Información de contacto importante

Junta de Compensación Laboral	(877) 632-4996	claims@wcb.ny.gov
		wcb.ny.gov

Junta de Compensación Laboral del Estado de Nueva York  
PO BOX5205  
Binghamton, NY 13902-5205



**Workers'  
Compensation  
Board**



# Reclamación del empleado

Estado de Nueva York - Junta de Compensación Laboral

Complete este formulario para solicitar beneficios de compensación laboral por una una lesión o enfermedad laboral.

Escriba en letra imprenta o con letra clara. También puede completar este formulario en línea en [www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov)

Número de caso de WCB (si lo conoce): \_\_\_\_\_

## A. SU INFORMACIÓN (Empleado)

1. Nombre: \_\_\_\_\_ 2. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre Segundo nombre Apellido

3. Dirección de envío: \_\_\_\_\_

Número y calle, apartado postal o apartamento. Ciudad Estado Código postal

4. Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ 5. Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ 6. Sexo:  H  M  X

7. Necesitará un traductor si tiene que asistir a una audiencia de la Junta?  Sí  No Si es así, ¿para qué idioma? \_\_\_\_\_

## B. SUS EMPLEADORES

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. Mencione los nombres y direcciones de cualquier otro empleador en el momento de su lesión/enfermedad

\_\_\_\_\_

7. ¿Perdió tiempo de trabajo en otros empleos como resultado de su lesión/enfermedad?  Sí  No

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

1. ¿Cuál era su puesto o descripción del trabajo?

2. ¿Qué tipos de actividades realizaba normalmente en el trabajo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. ¿Cuál era su trabajo? (marque)  Tiempo completo  Tiempo parcial  Temporada  Voluntariado  Otro: \_\_\_\_\_

4. ¿Cuál fue su salario bruto (antes de impuestos) por período de pago? \_\_\_\_\_ 5. ¿Con qué frecuencia le pagaron? \_\_\_\_\_

6. ¿Recibió alojamiento o propinas además de su salario?  Sí  No En caso afirmativo, describa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## D. SU LESIÓN O ENFERMEDAD

1. Fecha de lesión o inicio de enfermedad: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 2. Hora de la lesión: \_\_\_\_\_  AM  PM

3. ¿Dónde ocurrió la lesión o enfermedad? (p. ej., 1 Main Street, Pottersville, en la puerta principal) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. ¿Este era tu lugar de trabajo habitual?  Sí  No Si la respuesta es no, ¿por qué estaba en ese lugar? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. ¿Qué estaba haciendo cuando se lesionó o enfermó? (p. ej., descargando un camión, escribiendo un informe) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. ¿Cómo ocurrió la lesión o enfermedad? (p. ej., tropecé con una tubería y me caí al suelo)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Explique completamente la naturaleza de su lesión/enfermedad; mencione las partes del cuerpo afectadas (por ejemplo, tobillo izquierdo torcido y corte en la frente): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



SU NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA DE LA LESIÓN/ENFERMEDAD: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**D. SU LESIÓN O ENFERMEDAD *continuación***

8. ¿Hubo un objeto (p. ej, carretilla elevadora, martillo, ácido) involucrado en la lesión/enfermedad?  Sí  No Si la respuesta es Sí, ¿qué?
9. ¿La lesión fue resultado del uso u operación de un vehículo motorizado con licencia?  Sí  No

En caso afirmativo,  su vehículo  el vehículo de su empleado  otro vehículo Número de matrícula (si se conoce): \_\_\_\_  
Si su vehículo estuvo involucrado, proporcione el nombre y la dirección de su compañía aseguradora de vehículos motorizados: \_\_\_\_\_

10. ¿Le ha notificado a su empleador (o supervisor) sobre su lesión/enfermedad?  Sí  No

En caso afirmativo, le notificó a: \_\_\_\_\_  oralmente  por escrito  
Fecha en que se avisó: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

11. ¿Alguien presencié su lesión?  Sí  No  Desconocido Si la respuesta es sí, indique los nombres: \_\_\_\_\_

**DI. REGRESO AL TRABAJO**

1. ¿Dejó de trabajar debido a su lesión/enfermedad?  Sí, ¿en qué fecha? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  No, pase a la Sección F.
2. ¿Ha regresado al trabajo?  Sí  No Si la respuesta es sí, ¿en qué fecha? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  servicio regular  servicio limitado
3. Si ha vuelto a trabajar, ¿para quién trabaja ahora?  Mismo empleador  Nuevo empleador  Autónomo
4. ¿Cuál es su salario bruto (antes de impuestos) por periodo 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 recibí ninguno (pase a la pregunta F\_\_5)
2. ¿Lo atendieron en el lugar?  Sí  No
3. ¿Dónde recibió su primer tratamiento médico fuera del sitio por su lesión/enfermedad?  no recibí ninguno  Sala de emergencias  
 Consultorio médico  Clínica/Hospital/Atención de urgencia  Estancia hospitalaria de más de 24 horas  
Nombre y dirección donde fue atendido por primera vez: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

4. ¿Aún recibe tratamiento por esta lesión/enfermedad?  Sí  No

Proporcione el nombre y la dirección de los médicos que lo tratan por esta lesión/enfermedad: \_\_\_\_\_  
Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

5. ¿Ha tenido otra lesión en la misma parte del cuerpo o una enfermedad similar?  Sí  No

Si es así, ¿le atendió un médico?  Yes  No En caso afirmativo, proporcione los nombres y direcciones de los médicos que lo trataron y **COMPLETE Y PRESENTE EL FORMULARIO C-3.3 JUNTO CON ESTE FORMULARIO:**

6. ¿La lesión o enfermedad anterior estaba relacionada con el trabajo?  Sí  No

Si es así, ¿trabajaba para el mismo empleador para el que trabaja ahora?  Sí  No

**Por la presente, solicito los beneficios de la Ley de Compensación Laboral. Mi firma confirma que la información que proporcione es veraz y exacta según mi leal saber y entender.**

Cualquier persona que a sabiendas y con la INTENCIÓN DE DEFRAUDAR presente, haga que se presente o prepare con conocimiento o creencia de que será presentada a, o por una aseguradora o autoaseguradora, cualquier información que contenga cualquier DECLARACIÓN MATERIAL FALSA u oculte cualquier hecho material, SERÁ CULPABLE DE UN DELITO y estará sujeta a MULTAS sustanciales y PRISION.

Firma del empleado: \_\_\_\_\_ Nombre en letra imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

En nombre del empleado: \_\_\_\_\_ Nombre en letra imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**Una persona puede firmar en nombre del empleado solo si está legalmente autorizada para hacerlo y el empleado es menor de edad, mentalmente incompetente o incapacitado**

Certifico que, según mi leal saber y entender, información y creencia, formada después de una investigación razonable dadas las circunstancias, las alegaciones y otros hechos afirmados anteriormente tienen respaldo probatorio, o es probable que tengan respaldo probatorio después de una oportunidad razonable para realizar más investigaciones o descubrimientos.

Firma del abogado/representante (si lo hubiera): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre en letra imprenta: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

N.º de ID, si lo hay: R \_\_\_\_\_ Si es representante autorizado, N.º de licencia: \_\_\_\_\_ Fecha de expiración: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Instrucciones para completar la reclamación de empleado (Formulario C-3)

Complete este formulario y envíelo a la dirección postal centralizada de la Junta de Compensación Laboral que se encuentra al final de estas instrucciones. Si necesita ayuda adicional para completar este formulario, comuníquese con la Junta de Compensación Laboral al 1-877-632-4996. También puede completar este formulario en línea en [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov). Si no tiene o no conoce su número de caso de la Junta de Compensación Laboral, deje este campo en blanco. No es necesario para procesar su reclamación. Recuerde ingresar su nombre y la fecha de su lesión/enfermedad en la parte superior de la página dos.

### Sección A - Su información (Empleado):

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

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

#### **Notificación de conformidad con la Ley de Protección de la Privacidad Personal de Nueva York (Ley de Funcionarios Públicos, Artículo 6-A) y la Ley Federal de Privacidad de 1974 (5 U.S.C. 9 552a).**

La autoridad de la Junta de Compensación Laboral (JUNTA) para solicitar a los solicitantes que proporcionen información personal, incluido su número de Seguro Social, se deriva de su autoridad de investigación, según la Ley de Compensación Laboral (WCL), Artículo 20, y de su autoridad administrativa, según la WCL, Artículo 142. Esta información se recopila para ayudar a la JUNTA a investigar y administrar las reclamaciones de la manera más rápida posible y a mantener registros precisos de las mismas. Proporcionar su número de Seguro Social a la JUNTA es voluntario. No proporcionar su número de Seguro Social en este formulario no conlleva ninguna sanción; esto no resultará en la denegación de su reclamación ni en una reducción de sus beneficios. La Junta protegerá la confidencialidad de toda la información personal en su poder, y la revelará únicamente en cumplimiento de sus deberes oficiales y 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 empresa o agencia que emite su cheque de pago. Si usted es contratista en un lugar de trabajo u oficina, la agencia de empleo o proveedor que lo contrató es su empleador, no el lugar de trabajo u oficina donde se presenta a trabajar.

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

En la Sección C, ingrese su puesto de trabajo, 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 se enfermó.

Si se trata de una enfermedad o dolencia ocupacional, omita el punto 2. La fecha en que se lesionó debe estar en formato mes/día/año. El año debe escribirse con cuatro dígitos, por ejemplo, 2015

**Punto 2:** Ingrese la hora en que ocurrió la lesión. Marque si fue a. m. o p. m.

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

**Punto 4:** Marque si este era su lugar de trabajo habitual. Si no lo era, explique por qué se encontraba en este lugar.

**Punto 5:** Describa detalladamente qué estaba haciendo en el momento de la lesión/enfermedad (por ejemplo, descargando cajas de un camión a mano). Esto explica los eventos que condujeron a la lesión.

**Punto 6:** Describa detalladamente cómo ocurrió la lesión/enfermedad (p. ej., estaba levantando una caja pesada de un camión). Esto debe incluir a todas las personas y eventos involucrados en la lesión/enfermedad.

**Punto 7:** Indique completamente la naturaleza y el alcance de su lesión/enfermedad, incluyendo todas las partes del cuerpo lesionadas. Sea lo más específico posible (p. ej., me lesioné la espalda al intentar levantar una caja pesada). Ahora me duele agacharme o sostener objetos incluso más livianos).

**Punto 8:** Indique si en el accidente hubo algún objeto involucrado además de un vehículo motorizado con matrícula. Otros objetos pueden incluir una herramienta (p. ej., un martillo), una sustancia química (p. ej., un ácido), maquinaria (p. ej., una carretilla elevadora o un taladro de columna), etc.

**Punto 9:** Indique si en el accidente estuvo involucrado un vehículo motorizado con matrícula. De ser así, marque si el vehículo motorizado involucrado fue suyo, de su empleador o de un tercero. Incluya el número de matrícula (si lo conoce). Si su vehículo estuvo involucrado, complete el nombre y la dirección de su aseguradora de responsabilidad civil.

**Punto 10:** Marque si notificó a su empleador o supervisor sobre su lesión o enfermedad. De ser así, indique a quién se lo notificó y si fue oralmente o por escrito. Incluya la fecha de notificación.

**Punto 11:** Marque si alguien más presencié la lesión.: Si alguien la presencié, incluya su nombre.

### Sección E - Regreso al trabajo:

**Punto 1:** Si dejó de trabajar debido a su lesión o enfermedad laboral, marque **Sí** e indique la fecha. Si no ha dejado de trabajar, marque **No** y pase a la siguiente sección.

**Punto 2:** Si ya se ha reincorporado al trabajo, marque **Sí**. Indique también la fecha en que volvió a trabajar, así como si ha regresado a sus funciones habituales o si se encuentra en servicio limitado o restringido. (Si no ha retomado la totalidad de sus funciones previas a la lesión o enfermedad, se encuentra en servicio limitado).

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

**Punto 4:** Ingrese su salario bruto (antes de impuestos) por período de pago para el trabajo que desempeña actualmente. Indique la frecuencia con la que recibe su salario (semanal, quincenal, etc.).

### **Sección F - Tratamiento médico para esta lesión o enfermedad:**

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

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

**Punto 3:** Marque el lugar donde recibió por primera vez tratamiento médico externo para su lesión o enfermedad. Incluya el nombre y la dirección del centro, así como el número de teléfono (incluido el código de área).

**Punto 4:** Si todavía está recibiendo tratamiento para la misma lesión o enfermedad, marque Sí e indique el nombre y la dirección del o los médicos que brindan tratamiento, así como 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 médico para esta lesión o enfermedad. Si recibió tratamiento médico, indique el nombre y la dirección de los médicos que lo atendieron y **complete y presente el Formulario C-3.3 junto con este formulario.**

**Punto 6:** Si tuvo una lesión o enfermedad previa, marque si estuvo relacionada con el trabajo. En caso afirmativo, marque si la lesión o enfermedad ocurrió mientras trabajaba para su empleador actual.

Firme el Formulario C-3 en el espacio provisto para la Firma del Empleado en la página 2, escriba su nombre y la fecha en que firmó el formulario. Si un tercero firma en nombre del empleado, debe hacerlo en la segunda línea de firma. Si cuenta con representación legal, su representante debe completar y firmar la sección de certificación del abogado/representante en la parte inferior de la página 2.

### **Qué debe hacer todo trabajador en caso de lesión laboral o enfermedad ocupacional:**

1. Informe de inmediato a su empleador o supervisor cuándo, dónde y cómo se lesionó.
2. Solicite atención médica de inmediato.
3. Indique a su médico que presente informes médicos a la Junta y a su empleador o aseguradora.
4. Presente esta reclamación de indemnización y envíela a la oficina de la Junta de Compensación Laboral más cercana. (Consulte abajo). Si no la presenta dentro de los dos años posteriores a la fecha de la lesión, su reclamación podría ser denegada. Si necesita ayuda para completar este formulario, llame o visite la oficina de la Junta de Compensación Laboral más cercana que se indica a continuación.
5. Asista a todas las audiencias cuando se lo notifiquen.
6. Regrese al trabajo tan pronto como pueda; la indemnización nunca es tan alta como su salario.

### **Sus derechos:**

1. Por lo general, tiene derecho a que lo atienda un médico que usted elija, siempre que esté autorizado por la Junta. Si su empleador participa en un plan de organización de proveedores preferidos (PPO), debe obtener tratamiento inicial de la organización designada para brindar servicios de atención médica en caso de lesiones laborales.
2. NO pague a su médico ni al hospital. La aseguradora pagará sus facturas si su caso no es impugnado. Si su caso es impugnado, el médico o el hospital deberán esperar el pago hasta que la Junta decida sobre su caso. En caso de que no procese su caso o la Junta decida en su contra, deberá pagar al médico o al hospital.
3. También tiene derecho a un reembolso por medicamentos, muletas o cualquier aparato recetado correctamente por su médico, así como por el transporte u otros gastos necesarios para ir y volver del consultorio médico o del hospital. (Obtenga los recibos de dichos gastos).
4. Tiene derecho a una indemnización si su lesión le impide trabajar durante más de siete días, lo obliga a trabajar por un salario inferior o le provoca una discapacidad permanente en cualquier parte del cuerpo.
5. La indemnización se paga directamente y sin esperar la indemnización, excepto cuando la reclamación sea impugnada.
6. Los trabajadores lesionados o los dependientes de los trabajadores fallecidos pueden representarse a sí mismos en asuntos ante la Junta o pueden contratar a un abogado o representante autorizado para que los represente. Si se contrata a un abogado o representante con licencia, sus honorarios por servicios legales serán revisados por la Junta y, de ser aprobados, serán pagados por el empleador o la compañía de seguros con cargo a la indemnización correspondiente. Los trabajadores lesionados o los dependientes de trabajadores fallecidos no deben pagar nada directamente al abogado o representante con licencia que los represente en un caso de indemnización.
7. Si necesita ayuda para reincorporarse al trabajo o tiene problemas familiares o financieros debido a su lesión, comuníquese con la oficina de la Junta de Compensación Laboral más cercana y solicite hablar con un consejero de rehabilitación o un trabajador social.

**Este formulario debe enviarse directamente a la dirección que figura a continuación:**

**Junta de Compensación Laboral del Estado de Nueva York**

**Correo Centralizado**

**PO Box 5205**

**Binghamton, NY 13902-5205**

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



Número de caso de WCB (si lo conoce):

**Para el reclamante:** Si recibió tratamiento por una lesión previa en la misma parte del cuerpo o por una enfermedad similar a la descrita en su reclamación actual, complete este formulario. Este formulario permite a los profesionales de la salud que usted menciona abajo divulgar información sobre su lesión o enfermedad previa a la aseguradora de compensación laboral de su empleador. La ley federal HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996) establece que usted tiene derecho a obtener una copia de este formulario. Si no entiende este formulario, hable con su representante legal. Si no tiene un representante legal, el Defensor de los Trabajadores Lesionados de la Junta de Compensación Laboral puede ayudarlo. Llame al: 800-580-6665.

**Al proveedor de atención médica:** Una copia de esta autorización de divulgación, que cumple con la HIPAA, le permite divulgar información médica. Si envía registros a la aseguradora de compensación laboral de su empleador en respuesta a esta autorización, envíe también copias por correo al representante legal del Reclamante. (Si no se indica ningún representante legal a continuación, envíe copias al Reclamante). Los proveedores de atención médica que divulgan registros deben cumplir con la ley del estado de Nueva York y la HIPAA

Esta autorización es:

- **Voluntaria.** Sus proveedores de atención médica deben brindarle la misma atención, condiciones de pago y beneficios, independientemente de si firma este formulario.
- **Limitada.** Permite a sus proveedores de atención médica divulgar únicamente los registros médicos relacionados con la enfermedad o afección previa que describe a continuación.
- **Temporal.** Finaliza cuando se establece o rechaza su reclamación actual de compensación y se agotan todas las apelaciones.
- **Revocable.** Puede cancelar esta revelación en cualquier momento. Para cancelarla, envíe una carta a los proveedores de atención médica que figuran en este formulario. Además, envíe una copia de su carta a la aseguradora de compensación laboral de su empleador y a la Junta de Compensación de Trabajadores. Nota: No puede cancelar esta autorización con respecto a los registros médicos ya proporcionados.
- **Solo para registros.** Este formulario autoriza a sus proveedores de atención médica indicados en este formulario a enviar copias de su historial médico a la aseguradora de compensación laboral de su empleador.

Este formulario NO permite que sus proveedores de atención médica divulguen los siguientes tipos de información:

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

Todo historial médico divulgado pasará a formar parte de su expediente de compensación laboral y es confidencial según la Ley de Compensación Laboral.

**A. SU INFORMACIÓN (Reclamante)**

1. Nombre: \_\_\_\_\_ 2. Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
3. Dirección de envío: \_\_\_\_\_
4. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 5. Fecha de la lesión/enfermedad actual: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
6. Lesión/enfermedad actual, incluyendo todas las partes del cuerpo: \_\_\_\_\_
7. Nombre y dirección de su representante legal (si corresponde): \_\_\_\_\_

Marque aquí si permite que sus proveedores de atención médica divulguen **información sobre su salud mental.**

**B. SUS PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA** (Mencione todos los proveedores de atención médica que lo trataron por una lesión previa en la misma parte del cuerpo o una enfermedad similar. Si hay más de 2 proveedores, adjunte su información de contacto a este formulario)

1. Proveedor: \_\_\_\_\_ 2. Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
3. Dirección de envío: \_\_\_\_\_
4. Otro proveedor (si lo hay): \_\_\_\_\_ 5. Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
6. Dirección de envío: \_\_\_\_\_

**C. LEA Y FIRME ABAJO.** Por la presente solicito que los proveedores de atención médica mencionados arriba entreguen a la aseguradora de compensación laboral de mi empleador copias de todos los registros médicos relacionados con cualquier lesión/enfermedad previa, de todas las partes del cuerpo, descritas anteriormente.

Firma del reclamante (solo tinta; use bolígrafo azul, si es posible).

Fecha

**Si el reclamante no puede firmar,** la persona que firme en nombre del reclamante debe completar y firmar a continuación:

Su nombre

Relación con el reclamante

Firma (solo tinta; use bolígrafo azul, si es posible).

Fecha

**Estado de Nueva York**  
**JUNTA DE COMPENSACIÓN LABORAL**

**Aviso sobre el derecho a seleccionar un proveedor de atención  
médica autorizado por la Junta de Compensación Laboral**

Nombre del empleado lesionado	Número de Seguro Social del empleado lesionado	Fecha del accidente
Nombre y dirección del empleador		

**Para el empleado lesionado:**

Para el tratamiento de su lesión o enfermedad laboral, puede elegir cualquier médico, podólogo, quiropráctico o psicólogo (previa recomendación de un médico autorizado) autorizado por la Junta de Compensación Laboral y que acepte pacientes de compensación laboral.

Si bien puede optar por utilizar una red o proveedor recomendado por su empleador o su aseguradora de compensación laboral, o permitir que su empleador seleccione un proveedor en su nombre, puede cambiar de proveedor de atención médica en cualquier momento sin comprometer su solicitud de beneficios de compensación laboral.

\_\_\_\_\_

Firma del empleado lesionado

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Firma del testigo

\_\_\_\_\_

Fecha

Tenga en cuenta: No es necesario que firme este formulario de consentimiento si su empleador (i) participa en una organización de proveedores preferidos (PPO) certificada según el Artículo 10-A de la Ley de Compensación Laboral, o (ii) participa en el programa piloto de resolución alternativa de disputas (ADR) según la sección 25(2-c) de la Ley de Compensación Laboral. De acuerdo con estos programas legales, excepto en situaciones de emergencia, debe obtener al menos el tratamiento inicial para cualquier lesión o enfermedad relacionada con la compensación laboral de las redes certificadas o de los proveedores designados por su empleador.

**Al empleador:**

El empleador deberá proporcionar al empleado lesionado mencionado arriba una copia de este formulario firmado y conservar el formulario original en sus registros, donde la Junta de Compensación Laboral podrá inspeccionarlo en cualquier momento. Este formulario no deberá presentarse a la Junta de Compensación Laboral ni deberá firmarse antes de que ocurra la lesión o enfermedad laboral del empleado.

La Junta de Compensación Laboral emplea y sirve a personas con discapacidad sin discriminación.



## NOTIFICACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS DE FARMACIA DE COMPENSACIÓN LABORAL

Lea este aviso detenidamente. Le proporciona información importante sobre cómo obtener medicamentos bajo una reclamación de compensación laboral ante el Fondo de Seguros del Estado de Nueva York (NYSIF).

El NYSIF ha firmado un acuerdo con CVS Caremark, un Administrador de Beneficios Farmacéuticos (PBM), que cuenta con una red de farmacias para poner a disposición los medicamentos que los trabajadores pueden recibir por su lesión o enfermedad **laboral**. Esto no altera su derecho a obtener los medicamentos necesarios para tratar dicha enfermedad o lesión. Solo significa que **debe** obtener dichos medicamentos en una farmacia participante de la red de farmacias CareComp administrada por CVS Caremark. Esta red no se limita a las farmacias CVS, sino que incluye más de 67,000 farmacias participantes. Puede obtener las farmacias y sus direcciones:

- llamando al centro de llamadas de CVS Caremark al **(866) 493-1040** o al número TDD para personas con discapacidad auditiva al **(800) 200-2101**
- en el sitio web <https://nysif.wcrxportal.com/Pharmacy/Index>
- en el sitio web del NYSIF [nysif.com/networkbenefits](https://nysif.com/networkbenefits)

Si obtiene sus medicamentos a través de una reclamación de compensación laboral, **deberá** obtenerlos en una de estas farmacias a menos que:

- Tenga una emergencia médica y no sea razonablemente posible comprar los medicamentos que necesita para esa emergencia en una farmacia de la red, o
- Ordenar por correo o teléfono no sea una opción dentro de la red, ninguna farmacia de la red le haga entregas a domicilio y ninguna de estas farmacias se encuentre a menos de 24 kilómetros si vive en una zona rural, o a 8 kilómetros si no vive en una zona rural. Si cree que este es su caso, llame a uno de los números que aparecen al final de esta página.

Tenga en cuenta que CVS Caremark ofrece servicios de pedidos por correo, internet y teléfono. Puede obtener instrucciones llamando al Centro de Atención Telefónica de CVS Caremark al (866) 493-1640.

Todas las farmacias de la red deben mantener un stock suficiente de medicamentos para poder atenderlo sin demoras indebidas.

Todas las farmacias dentro de la tienda deben estar abiertas en el horario habitual de su comunidad.

Las farmacias de la red de farmacias CareComp facturarán directamente al NYSIF. **No tendrá que pagar de su bolsillo por los medicamentos.**

Puede obtener más información sobre la red de farmacias de CareComp llamando al número gratuito disponible las 24 horas: (866) 493-1640.

Si tiene alguna pregunta o problema, llame al NYSIF al (888) 875-5790. También puede comunicarse con la Junta de Compensación Laboral del Estado de Nueva York al correo electrónico general [general\\_information@wcb.ny.gov](mailto:general_information@wcb.ny.gov) o al (877) 632-4996, o al Defensor de Trabajadores Lesionados al (800) 580-6665. También puede encontrar más información visitando [www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov).

### TITULAR DE LA PÓLIZA: PUBLIQUE DE FORMA VISTA



## Información importante sobre la identificación temporal de servicios de recetas de compensación laboral

### ATENCIÓN, TRABAJADOR ASEGURADO

DEBE PRESENTAR este formulario de identificación temporal de servicios de recetas de compensación laboral a su farmacéutico al surtir sus recetas iniciales. Si tiene alguna pregunta o necesita encontrar una farmacia participante, comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de CVS

**Farmacéutico/Empleador:** Una vez completado el formulario, envíelo por fax a CVS Caremark: 1-866-493-1644

CVS Caremark agregará la información del solicitante para que se procesen los medicamentos. También puede solicitar esta información por teléfono al 1-866-493-1640.

<p><b>Fondo de Seguros del Estado de Nueva York</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Atención:</b> Es obligatorio completar todos los puntos a continuación.</p> <p>NOMBRE DEL EMPLEADOR:</p> <hr/> <p>NÚMERO DE PÓLIZA DE COMPENSACIÓN LABORAL DEL NYSIF DEL EMPLEADOR:</p> <hr/> <p>FECHA DE LA LESIÓN: ___ / ___ / ___ (MM/DD/AAAA)</p> <p>FECHA DE NACIMIENTO DEL TRABAJADOR LESIONADO:</p> <p style="text-align: center;">___ / ___ / _____ (MM/DD/AAAA)</p> <p>NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL TRABAJADOR LESIONADO:</p> <hr/>	<p><b>Núm. de grupo: NYSIF</b></p> <p>NOMBRE DEL TRABAJADOR LESIONADO:</p> <hr/> <p>NOMBRE      SEGUNDO NOMBRE      APELLIDO</p> <p>DIRECCIÓN POSTAL DEL TRABAJADOR:</p> <hr/> <p>CALLE</p> <hr/> <p>CIUDAD, CÓDIGO POSTAL</p> <hr/> <p><i>Centro de ayuda: Este programa es exclusivo para POS de CVS Caremark. Para obtener ayuda, llame al Centro de ayuda de CVS Caremark al 866.493.1640.</i></p>
---	--

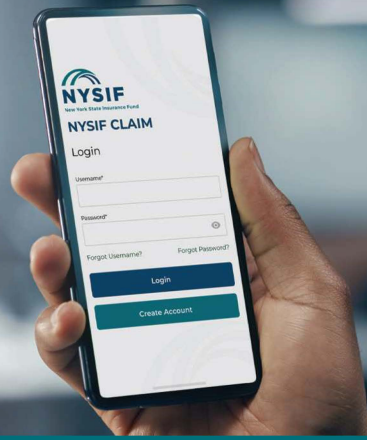
### Atención, farmacéutico:

El programa de recetas de NYSIF es administrado por CVS Caremark. Siga los pasos a continuación para presentar la reclamación. Estos pasos son necesarios para presentar una receta para los solicitantes del NYSIF.

Paso 1	Ingrese el número de contenedor 610235
Paso 2	Ingrese el PCN: WRK
Paso 3	ID: Número de Seguro Social del trabajador lesionado

### ¿NECESITA AYUDA?

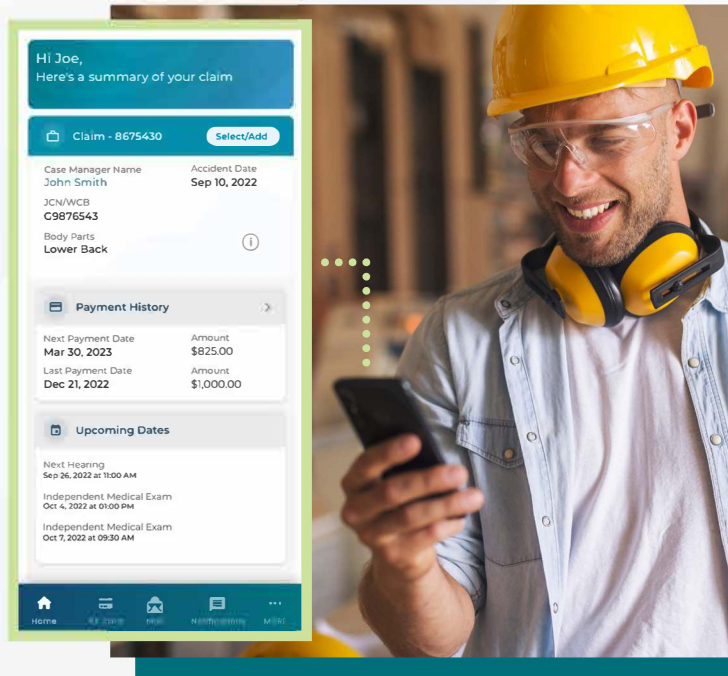
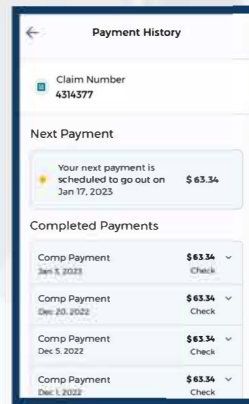
Farmacéutico, si tiene alguna pregunta mientras procesa el reclamo, llame a la mesa de ayuda de CVS Caremark al 1-866-493-1640.



## Aplicación móvil para reclamos

¿Quiere saber el estado de su pago de beneficios o su reclamo de compensación laboral? ¡El NYSIF tiene una aplicación para eso! Con la **aplicación móvil para reclamos del NYSIF**, puede acceder fácilmente a información en tiempo real sobre su reclamo, incluyendo:

- Estado de su cheque y pago
- Información de contacto del administrador de casos
- Estado del reclamo
- Próximas audiencias y exámenes médicos



## MEJORA DE LA COMUNICACIÓN, LA TRANSPARENCIA Y EL COMPROMISO

Con la **aplicación móvil de reclamos de NYSIF**, puede completar fácilmente estas tareas administrativas:

- Ubicar el número de reclamo
- Ver historial de pagos
- Vincular reclamos adicionales de NYSIF a su cuenta
- Recibir notificaciones
- Acceder a su tarjeta de recetas
- Enviar un correo electrónico a su administrador de casos
- Registrarse para el depósito directo

ESCANEE AQUÍ



**¡Descargue la aplicación móvil de reclamos del NYSIF hoy mismo!**

▶ Obtenga más información en [nysif.com](https://nysif.com)



## Programa de Gestión de Reclamaciones de Enfermería



Para apoyarlo durante su proceso de recuperación, un enfermero de NYSIF podría comunicarse con usted por teléfono.

Durante esta llamada, un enfermero de NYSIF podrá brindarle información sobre cómo obtener el tratamiento que necesita y ayudarlo a identificar los recursos disponibles como empleado lesionado. El enfermero de NYSIF también podrá explicarle los beneficios de usar la aplicación móvil NYSIF Claim para acceder a información sobre su reclamo de compensación laboral y responder cualquier pregunta que pueda tener.



Su salud y recuperación son nuestra prioridad, y esperamos poder hablar con usted.

**¡Reciba su pago de compensación  
laboral por depósito directo!**

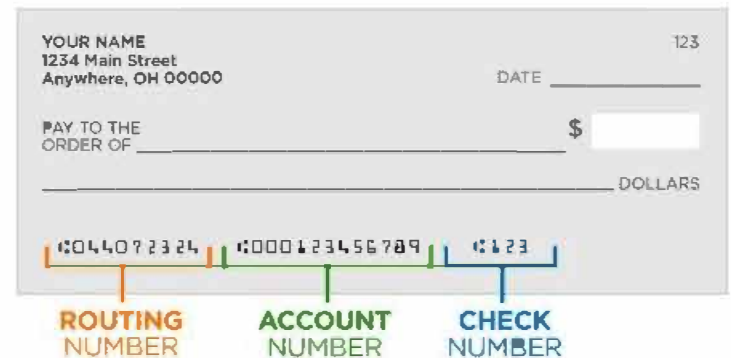
# Depósito directo

## Fondo de Seguros del Estado de Nueva York

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

### REQUISITOS PARA EL TIPO DE CUENTA

Debe depositar su pago en una **cuenta corriente** o de **ahorros**. Complete toda la información en el formulario de depósito directo, incluyendo su número de ruta bancaria y número de cuenta (ver ilustración). Comuníquese con su banco si necesita ayuda.



The illustration shows a check form with the following fields and numbers:

- YOUR NAME: 1234 Main Street, Anywhere, OH 00000
- DATE: 123
- PAY TO THE ORDER OF: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ DOLLARS
- Routing Number: 044072324
- Account Number: 000123456789
- Check Number: 123

Labels below the numbers: ROUTING NUMBER, ACCOUNT NUMBER, CHECK NUMBER.

### CANCELACIÓN

Este acuerdo permanece vigente hasta su cancelación. Para cancelar su acuerdo, visite **nysif.com**, regístrese como reclamante y seleccione la opción "Cancelar suscripción al depósito directo". Además, puede cancelarlo contactando a su administrador de casos del NYSIF en **nysif.com** mediante nuestros enlaces rápidos para "Obtener ayuda con reclamos". Este acuerdo también puede ser cancelado por el NYSIF o por su institución financiera. En cualquier caso, recibirá los cheques subsiguientes por correo. El procesamiento de la cancelación puede tardar hasta tres semanas.

### CAMBIOS EN SU CUENTA

**Usted es responsable de notificar al NYSIF** si hay algún cambio en la información de su cuenta bancaria (cambio de número de cuenta, institución financiera, etc.). Notifique al NYSIF presentando 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 la nueva reciba su próximo pago de depósito directo. Si no mantiene su cuenta anterior, podría experimentar un retraso en el pago hasta que entre en vigor su nueva autorización de depósito directo.

### VERIFICACIÓN PERIÓDICA

El NYSIF podría comunicarse con usted periódicamente para validar la información sobre su cuenta de depósito directo. Si el beneficiario ya no vive, notifique al NYSIF de inmediato.

Para recibir sus beneficios por depósito directo, complete este formulario en su totalidad y envíelo a la dirección que figura a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos con respecto al depósito directo, visite [nysif.com/directdeposit](http://nysif.com/directdeposit). Debe completar todos los campos para inscribirse en el depósito directo.

<b>NOMBRE</b> (NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO): _____	<b>NÚMERO DE RECLAMO DE COMPENSACIÓN LABORAL DEL NYSIF:</b> _____
<b>DIRECCIÓN DE DOMICILIO</b> (NO USE EL APARTADO POSTAL): _____	
<b>CIUDAD:</b> _____	<b>ESTADO:</b> _____
<b>CÓDIGO POSTAL:</b> _____	
<b>DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:</b> _____	<b>TELÉFONO:</b> _____
<p>Ingrese toda la información, incluyendo su número de cuenta y número de ruta bancaria. Comuníquese con su institución financiera si necesita ayuda para completar esta sección. <b>Opcional:</b> Si desea dividir sus pagos entre dos cuentas bancarias, complete ambos conjuntos de campos relacionados con el banco. El porcentaje de distribución debe ser del 100% (por ejemplo, 75 % en la cuenta n.º 1 y 25 % en la cuenta n.º 2). Si en algún momento su cuenta bancaria deja de estar disponible, el importe a pagar se le enviará mediante cheque.</p>	
<b>CUENTA DE DEPÓSITO DIRECTO N.º 1</b> (elija entre cuenta corriente o de ahorros): <input type="radio"/> Corriente <input type="radio"/> De ahorros Distribución _____ % del cheque	
<b>NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN FINANCIERA:</b> _____	
<b>NÚMERO DE RUTA</b> _____	<b>NÚMERO DE CUENTA</b> _____
<b>CUENTA DE DEPÓSITO DIRECTO N.º 2</b> (elija entre cuenta corriente o de ahorros): <input type="radio"/> Corriente <input type="radio"/> De ahorros Distribución _____ % del cheque	
<b>NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN FINANCIERA:</b> _____	
<b>NÚMERO DE RUTA</b> _____	<b>NÚMERO DE CUENTA</b> _____
<b>CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL DEPOSITANTE/BENEFICIARIO</b>	
<p>Al enviar este formulario, autorizo a NYSIF a dirigir los pagos a las instituciones financieras mencionadas arriba para su depósito en las cuentas designadas. Certifico que tengo derecho a recibir los pagos de compensación subyacentes o el producto del acuerdo, y que las circunstancias que me dan derecho a recibir los beneficios del NYSIF no han cambiado. En caso de que las circunstancias que afecten mi derecho a recibir los pagos hayan cambiado, debo notificar al NYSIF. Entiendo que para solicitar el depósito directo, debo proporcionar una dirección de correo electrónico. Al enviar esta solicitud, doy mi consentimiento para recibir notificaciones electrónicas en la dirección de correo electrónico proporcionada.</p>	
<b>FIRMA:</b> _____	<b>FECHA:</b> _____

**ENVÍE LA SOLICITUD COMPLETA A:**

**NYSIF  
PO Box 66699  
Albany, NY 12206**