NEW YORK STATE OF OPPORTUNITY. | Workers' Compensation Board

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, pídalo 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 Organizarion, 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.

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

NEW YORK STATE OF OPPORTUNITY. Workers' Compensation Board

ES-WCB-Claimant-QuickGuide-v1 1-21 Spanish

NEW YORK STATE | Workers' Compensation Board

Reclamo del empleado

Estado de Nueva York - Junta de Compensación Obrera

C-3

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

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

A. SU INFORMACIÓN (empleado)

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

B. SU/S EMPLEADOR/ES

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

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

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

D. SU LESIÓN O ENFERMEDAD

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

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

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

D. SU LESIÓN O ENFERMEDAD *cont.*

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

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

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

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

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

    _____

E. REINCORPORACIÓN AL TRABAJO

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

F. TRATAMIENTO MÉDICO POR LA LESIÓN O ENFERMEDAD

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

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

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

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

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

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

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

   _____

   _____

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

Nombre en letra de imprenta: _____ Cargo: _____

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

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

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

Sección A. Su información (empleado):

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

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

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

Sección B. Sus empleadores:

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

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

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

Sección D. Su lesión o enfermedad:

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

Sección E. Reincorporación al trabajo:

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

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

Sección F. Tratamiento médico por la lesión o enfermedad:

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

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

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

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

Sus derechos:

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

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

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

C-3.1

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.

NEW YORK STATE | Workers' Compensation Board

Divulgación limitada de información sobre la salud (HIPAA)

C-3.3

Estado de Nueva York - Junta de Compensación Obrera

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

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

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

Esta divulgación es:

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

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

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

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

A. SU INFORMACIÓN (Reclamante)

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

_____

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

_____

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

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

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

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

_____

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

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

_____

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

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.

Fondo de Seguros del Estado de Nueva York	**Grupo#: NYSIF**
Atención: se deben completar todos los puntos.	
NOMBRE DEL EMPLEADOR: _____ NÚMERO DE PÓLIZA DE INDEMNIZACIÓN LABORAL DEL NYSIF DEL EMPLEADOR: _____ FECHA EN QUE SE LESIONÓ: ____ /____ /_____ (MM/DD/AAAA) FECHA DE NACIMIENTO DEL TRABAJADOR LESIONADO: ____ / ____ / _____ (MM/DD/AAAA) NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL TRABAJADOR LESIONADO: _____	NOMBRE DEL TRABAJADOR LESIONADO: _____ PRIMERO SEGUNDO APELLIDO DIRECCIÓN POSTAL DEL TRABAJADOR LESIONADO: _____ CALLE _____ CIUDAD, CÓDIGO POSTAL *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.*

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 elpago de su indemnización laboral mediante un depósito directo!

Depósito directo

New York State Insurance Fund

nysif.com

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

REQUISITOS PARA CADA TIPO DE CUENTA

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



N.° de enrutamiento

N.° de cuenta

CANCELACIÓ N

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

CAMBIOS EN SU CUENTA

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

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

VERIFICACIÓ N PERIÓ DICA

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

NEW YORK STATE INSURANCE FUND SOLICITUD DE AUTORIZACIÓ N DE DEPÓ SITO DIRECTO

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

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

NÚMERO DE RECLAMO DE INDEMNIZACIÓN LABORAL DE NYSIF: _____

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

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

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: _____

TELÉFONO: _____

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

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

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

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN FINANCIERA: _____

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

CERTIFICACIÓ N Y AUTORIZACIÓ N DEL BENEFICIARIO/PERSONA QUE REALIZA EL DEPÓ SITO

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

FIRMA: _____ **FECHA:** _____

ENVIAR SOLICITUD COMPLETA A:
NYSIF
PO Box 66699
Albany, NY 12206