

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 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)

- Nombre: _____
Primer nombre Inicial 2º nombre Apellido
- Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____
- Dirección postal: _____
Calle y número/Casilla de correo Ciudad Estado Código postal
- Número de Seguro Social: _____
- Teléfono: (____) _____
- Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino
- 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

- Empleador al momento de lesionarse: _____
- Teléfono: (____) _____
- Su domicilio laboral: _____
Calle y número Ciudad Estado Código postal
- Fecha de contratación: _____ / _____ / _____
- Nombre de su supervisor: _____
- Nombres/domicilios de otro/s empleador/es al momento de su lesión/enfermedad: _____

- ¿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

- ¿Cuál era su cargo o cómo describe su tarea? _____
- ¿Qué tipos de actividades solía realizar? _____

- Su empleo era... (marque uno) ☐ De tiempo completo ☐ De tiempo parcial ☐ Temporario ☐ Voluntario ☐ Otro: _____
- ¿Cuál era su remuneración bruta (sin deducir impuestos) por período de pago? _____
- ¿Cada cuánto se le pagaba? _____
- ¿Recibía alojamiento o pagos adicionales a su remuneración? ☐ Sí ☐ No Si responde "Sí", describa: _____

D. SU LESIÓN O ENFERMEDAD

- Fecha de la lesión o fecha de la aparición de la enfermedad: _____ / _____ / _____
- Hora en que sufrió la lesión: _____ ☐ A. M. ☐ P. M.
- ¿Dónde sufrió la lesión/contrajo la enfermedad? (por ej., 1 Main Street, Pottersville, en la entrada principal) _____

- ¿Este era su lugar de trabajo habitual? ☐ Sí ☐ No Si responde "No", ¿por qué estaba allí? _____

- ¿Qué estaba haciendo cuando se lesionó o enfermó? (por ej., descargando un camión, preparando un informe) _____

- ¿Cómo sufrió la lesión/contrajo la enfermedad? (por ej., "tropecé con una tubería y me caí") _____

- 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): _____



SU NOMBRE: _____
Primer nombre Inicial 2º nombre Apellido

FECHA DE LA LESIÓN/ENFERMEDAD: ____/____/____

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. ¿Ha tenido otra lesión en la misma parte del cuerpo o una enfermedad similar? ☐ 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.º de licencia: _____ Fecha de vencimiento: ____/____/____



Instrucciones para completar el formulario C-3S "Reclamo del empleado"

Por favor, complete este formulario y envíelo a la oficina de la Junta de Compensación Obrera de su distrito (DO) para solicitar los beneficios de la compensación para el trabajador. Los domicilios se listan al pie de estas instrucciones. Si necesita más ayuda para completar este formulario, comuníquese con la Junta de Compensación Obrera al **1-877-632-4996**. **También puede completarlo en línea visitando: <http://www.wcb.ny.gov/>**

Si no tiene o no conoce el Número de caso de la Junta de Compensación Obrera, deje este campo en blanco. No es obligatorio completarlo para procesar su reclamo. Recuerde ingresar su nombre y la fecha de la lesión/enfermedad en la parte superior de la página dos.

Sección A - Su información (empleado):

- Punto 1:** Ingrese su nombre completo, incluyendo primer nombre, inicial del segundo nombre y apellido.
Punto 2: Ingrese su fecha de nacimiento en formato mes/día/año. Incluya los cuatro dígitos del año.
Punto 3: Ingrese su dirección postal, incluyendo la casilla de correo, si corresponde, la ciudad o pueblo, estado y código postal.
Punto 4: Ingrese su Número de Seguro Social. Esto es muy importante para que su reclamo se procese más rápido.
Punto 5: Indique un teléfono de contacto principal (incluya el código de área). Puede ser un celular.
Punto 6: Indique su sexo (masculino o femenino).
Punto 7: Las audiencias de la Junta son en inglés. La Junta pondrá a su disposición un traductor si lo necesita para entender el procedimiento. Marque **SÍ** e indique el idioma que necesita.

Sección B - Su/s empleador/es:

- Punto 1:** Indique el nombre del empleador para quien trabajaba al momento de su lesión o enfermedad.
Punto 2: Ingrese el número de teléfono de este empleador, ya sea un teléfono de contacto principal o el número de su supervisor.
Punto 3: Ingrese la dirección postal del empleador, incluyendo la casilla de correo, si corresponde, la ciudad o pueblo, estado y código postal.
Punto 4: Indique la fecha en la que lo contrató su empleador.
Punto 5: Ingrese el nombre de su supervisor directo a quien usted reporta regularmente.
Punto 6: Si tiene más de un empleo, indique los nombres y domicilios de todos los empleadores para quienes trabaja además del involucrado en su lesión. Puede usar otra hoja si necesita más espacio.
Punto 7: Marque **SÍ** si perdió tiempo en alguno de sus otros empleos a causa de la lesión o la enfermedad; de lo contrario, marque **NO**.

Sección C - Su Empleo a la fecha de la lesión o enfermedad:

- Punto 1:** Indique su cargo actual o describa sus tareas (por ej., empleado de depósito).
Punto 2: Indique las actividades habituales que realiza en su puesto (por ej., tomar inventario, descargar camiones, etc.).
Punto 3: Marque el tipo de empleo que tuvo.
Punto 4: ¿Cuál era su remuneración bruta (sin deducir impuestos) por período de pago?
Punto 5: Indique con qué frecuencia se le pagaba (semanalmente, cada dos semanas, etc.).
Punto 6: Indique si recibía alojamiento o pagos adicionales a su remuneración regular. En caso afirmativo, describa.

Sección D - Su lesión o enfermedad:

- Punto 1:** Ingrese la fecha en que se lesionó o cuando se enteró de que contrajo la enfermedad. Ingrese la fecha en formato mes/día/año. Incluya los cuatro dígitos del año. Si se trata de una dolencia o de una enfermedad laboral, pase al punto 2.
Punto 2: Ingrese la hora en que se lesionó. Marque si fue A. M. o P. M.
Punto 3: Indique dónde ocurrió la lesión/enfermedad, incluyendo el domicilio del edificio y la ubicación física del mismo donde sufrió la lesión/contrajo la enfermedad.
Punto 4: Marque si se trataba de su lugar de trabajo habitual. En caso negativo, explique por qué estaba allí.
Punto 5: Describa en forma detallada qué estaba haciendo en el momento de la lesión/enfermedad (por ej., descargaba a mano cajas de un camión). Esto explica los eventos que dieron lugar a la lesión.
Punto 6: Describa en detalle cómo sufrió la lesión/contrajo la enfermedad (por ej., estaba sacando una caja pesada de un camión). Aquí debe incluir a todas las personas y circunstancias involucradas en la lesión/enfermedad.
Punto 7: Indique claramente la naturaleza y el grado de su lesión/enfermedad, incluyendo todas las partes del cuerpo afectadas. Sea lo más específico posible. (por ej., "me lastimé la espalda intentando alzar una caja pesada. Ahora me duele al inclinarme o al alzar objetos aunque sean livianos".)
Punto 8: Indique si en el accidente estuvo involucrado algún objeto QUE NO FUERA un vehículo motorizado con licencia. Otros objetos pueden ser una herramienta (por ej., un martillo), una sustancia química (por ej., ácido), maquinaria (por ej., un montacargas o una prensa taladradora), etc.
Punto 9: Indique si un vehículo motorizado con licencia estuvo involucrado en el accidente. En caso afirmativo, verifique si el vehículo motorizado era suyo, de su empleador o de un tercero. Incluya el número de licencia (si lo conoce). Si estuvo involucrado su vehículo, complete el nombre y domicilio de la aseguradora que emitió la póliza de responsabilidad civil de su vehículo.
Punto 10: Marque si avisó a su empleador o supervisor sobre su lesión o enfermedad. En caso afirmativo, indique a quién avisó y si lo hizo verbalmente o por escrito. Incluya la fecha en que avisó.
Punto 11: Marque si alguien más estuvo presente al momento de la lesión. En caso afirmativo, incluya su/s nombre/s.

Sección E - Reincorporación al trabajo:

Punto 1: Si dejó de trabajar a causa de su lesión/enfermedad laboral, marque SÍ e indique la fecha en que dejó de trabajar. Si no dejó de trabajar, marque NO y pase a la sección que sigue.

Punto 2: Si retornó al trabajo, marque SÍ. Además, indique en qué fecha se reincorporó al trabajo; también si retomó sus tareas habituales o si realiza tareas limitadas o restringidas. (Si no retomó por completo las tareas que cumplía antes de la lesión o enfermedad, realiza Tareas Limitadas.)

Punto 3: Si se reincorporó al trabajo, ¿para quién trabaja actualmente?

Punto 4: Ingrese la remuneración bruta (sin deducir impuestos) por período de pago que recibe en su actual empleo. Indique con qué frecuencia se le paga (semanalmente, cada dos semanas, etc.).

Sección F - Tratamiento médico de la lesión o enfermedad:

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

Punto 2: Marque si la primera vez recibió tratamiento por la lesión o la enfermedad en su empleo.

Punto 3: Marque el lugar donde recibió su primer tratamiento médico externo por la lesión o la enfermedad. Incluya el nombre y domicilio del establecimiento, así como el número de teléfono (incluyendo código de área).

Punto 4: Si aún está en tratamiento por la misma lesión o enfermedad, marque SÍ e indique el nombre y domicilio de el/los médico/s que lo tratan, así como el número de teléfono (incluyendo código de área); de lo contrario, marque NO.

Punto 5: Si cree que ya sufrió una lesión en la misma parte del cuerpo o que padeció una enfermedad parecida, marque SÍ e indique si un médico lo trató por esta lesión o enfermedad. Si fue tratado por un médico, indique el/los nombre/s y domicilio/s de el/los médico/s que lo asistieron y complete y presente el formulario C-3.3 junto con este formulario.

Punto 6: Si sufrió una lesión o contrajo una enfermedad anteriormente, marque si se trató de una lesión o enfermedad laboral. En caso afirmativo, marque si la lesión o la enfermedad ocurrió mientras trabajaba con su actual empleador.

Firme el formulario C-3S en el lugar reservado para la "Firma del Empleado" en la página 2, escriba su nombre con letra de imprenta e ingrese la fecha en que firmó el formulario. Si un tercero firma en representación del empleado, esa persona debe firmar en el segundo renglón de firmas. Si cuenta con un representante legal, éste debe completar y firmar la sección de certificación del abogado/representante al pie de la página 2.

Lo que todo trabajador debe hacer en caso de sufrir una lesión en el lugar de trabajo o contraer una enfermedad laboral:

1. Informe de inmediato a su empleador o supervisor cuándo, dónde y cómo se lesionó.
2. Asegúrese de recibir atención médica sin demora.
3. Dígame a su médico que presente informes médicos a la Junta y al empleador o su aseguradora.
4. Prepare este reclamo de compensación y envíelo a la Oficina de la Junta de Compensación Obrera más cercana. (Vea a continuación.) Si no se hace la presentación dentro de los dos años posteriores a la fecha de la lesión, el reclamo puede ser rechazado. Si necesita ayuda para completar este formulario, llame por teléfono o consulte la lista que sigue para visitar la Oficina de la Junta de Compensación Obrera más cercana.
5. Asista a todas las audiencias a las que se lo cite.
6. Retorne a su trabajo lo antes posible: nunca la compensación es lo mismo que su salario.

Sus derechos:

1. Por lo general, usted puede tratarse con el médico que elija, siempre que se trate de un profesional autorizado por la Junta. Si su empleador está en un sistema de prestador preferido (SPP), usted deberá recibir el tratamiento inicial de dicho prestador preferido que fue designado para brindar atención médica en caso de lesiones laborales que recibirán compensación.
2. NO le pague a su médico ni a un hospital. La aseguradora pagará sus facturas si su caso no es impugnado. Si su caso es impugnado, el médico o el hospital deberán esperar para cobrar hasta que la Junta tome una decisión sobre su caso. En el caso de que no abra su caso o de que la Junta decida en su contra, deberá pagar los gastos del médico o del hospital.
3. También tiene derecho a que se le reintegre el importe de medicinas, muletas o cualquier otro aparato que prescriba su médico, así como los viáticos u otros gastos necesarios para ir o regresar del consultorio médico o del hospital. (Pida comprobantes de todos estos gastos.)
4. Tiene derecho a recibir una compensación cuando la lesión le impida trabajar durante más de siete días, lo obligue a trabajar por salarios más bajos o resulte en una discapacidad permanente de alguna parte de su cuerpo.
5. La compensación se paga directamente y sin esperar una concesión, salvo que el reclamo sea impugnado.
6. Los trabajadores lesionados o los dependientes de trabajadores fallecidos pueden representarse a sí mismos ante la Junta o pueden contratar a un abogado o representante autorizado para actuar en su nombre. Si se contrata a un abogado o representante autorizado, los honorarios por sus servicios serán sometidos al análisis de la Junta; si son aprobados, el empleador o la aseguradora se harán cargo de los mismos sin considerar los beneficios por compensación pendientes. En un caso de compensación, los trabajadores lesionados o los dependientes de trabajadores fallecidos no deben pagar directamente ningún monto al abogado ni al representante legal.
7. Si necesita asistencia para reincorporarse a su empleo o si enfrenta problemas familiares o financieros a causa de su lesión, comuníquese con la oficina más cercana de la Junta de Compensación Obrera y pida ver a un asesor en rehabilitación o a un asistente social.

Este formulario debe presentarse enviándolo directamente al domicilio que figura a continuación:

**New York State Workers' Compensation Board Centralized Mailing
PO Box 5205
Binghamton, NY 13902-5205**

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.
- **Temporal.** 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.

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

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 _____

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](https://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**