

**NYSIF**<sup>®</sup>

# Guía del empleador para presentar reclamos



**nysif.com**

*Workers' Compensation & Disability Benefits Specialist since 1914*

**Then...Now...Always** <sup>TM</sup>

Andrew M. Cuomo  
Gobernador

Kenneth R. Theobalds  
Presidente

Eric Madoff  
Director Ejecutivo y Director General

**Reclamos de compensación de los trabajadores**

Fundamentos de un servicio de reclamos eficaz. . . . . 1

Lo que debe saber acerca de seguridad, prevención de accidentes  
y rehabilitación. . . . . 2

Informe de accidentes. . . . . 3

Registro de accidentes. . . . . 4

Cómo reconocer un posible fraude. . . . . 5

Atención médica. . . . . 6

Declaraciones de salarios. . . . . 7

Pagos de compensación. . . . . 8

Reembolso de anticipo de salarios de parte de un empleador durante  
una discapacidad. . . . . 9

Casos impugnados de compensación de los trabajadores. . . . . 10

Audiencias . . . . . 10

Aviso de regreso al trabajo: cambio en la situación laboral. . . . . 11

Empleo de menores. . . . . 12

Medidas por discriminación. Sección 120 (Ley de Compensación  
de los Trabajadores). . . . . 13

Medidas por discriminación. Sección 241 (Ley de Beneficios  
por Discapacidad). . . . . 13

Formularios de Compensación de los trabajadores. . . . . 14

**Reclamos de beneficios por discapacidad**

Beneficios por discapacidad. . . . . 15

Aviso y constancia de discapacidad: informe de reclamos. . . . . 15

Elegibilidad para recibir beneficios. . . . . 16

Si usted emplea trabajadores domésticos. . . . . 16

Pago de beneficios por discapacidad. . . . . 17

Beneficios por discapacidad mejorados. . . . . 17

Restricciones en el pago de beneficios por discapacidad. . . . . 18

Compensaciones en contra de los beneficios. . . . . 19

Reembolso de anticipo de beneficios de parte de un empleador. . . . 19

Reclamos impugnados de beneficios por discapacidad. . . . . 20

Beneficios por discapacidad para desempleados discapacitados. . . . 21

Formularios de beneficios por discapacidad. . . . . 21

Oficinas de WCB. . . . . 22

Oficinas comerciales de NYSIF. . . . . 23

## Fundamentos de un servicio de reclamos eficaz

El personal de reclamos del New York State Insurance Fund (Fondo de Seguros del Estado de Nueva York, NYSIF) ofrece a los asegurados y a los reclamantes, un servicio profesional, oportuno y cortés, que incluye:

1. Rápidos pagos de compensación y gastos médicos en reclamos legítimos.
2. Investigación oportuna y exhaustiva, y determinación de casos cuestionables.

La cooperación total e inmediata del empleador con nuestros investigadores y administradores de casos de reclamo es muy importante. **La cooperación oportuna del empleador afecta la determinación de beneficios, la rapidez con la cual el reclamante recibe la atención médica adecuada y, finalmente, la duración y el costo del reclamo.**

## Regla 18/10 de la Ley de Compensación de los Trabajadores

**Importante: La Junta de Compensación Obrera (WCB) impone sanciones por las infracciones a las siguientes disposiciones.**

1. El primer pago de compensación deberá hacerse a más tardar 18 días después de que empiece la discapacidad o 10 días después de que el empleador tenga conocimiento del accidente, lo que suceda después;
2. En casos en donde el derecho de compensación sea controvertido, se deberá presentar un aviso a más tardar 18 días después de la discapacidad o en un plazo de 10 días después de que el empleador se entere del accidente, lo que suceda después.

**No cumplir con dar aviso oportuno de la controversia podría forzar la aceptación de un reclamo que de otra forma sería cuestionable.**

Aunque esta guía está diseñada para responder la mayoría de las preguntas, puede visitar [nysif.com](http://nysif.com) para comunicarse con el administrador de casos de reclamos o puede comunicarse con la oficina comercial de NYSIF local que aparece al final de esta guía, para recibir ayuda adicional.

## Lo que debe saber

Los beneficios de compensación de los trabajadores se pagan por accidentes relacionados con el trabajo y enfermedades ocupacionales que tengan como consecuencia la discapacidad. El tratamiento médico de relación causal lo paga la aseguradora.

Los beneficios por discapacidad se pagan por lesiones y enfermedades fuera del trabajo y por discapacidad que surge del embarazo. El seguro de beneficios por discapacidad no paga el tratamiento médico.

## Seguridad: un accidente que se evita es un reclamo que no surge

Uno de nuestros objetivos principales es promover el interés en la seguridad y el manejo de riesgos por parte de los asegurados de NYSIF. La eficacia de los programas de seguridad depende del compromiso y de la colaboración del empleador. Visite [nysif.com](http://nysif.com) para obtener recursos gratuitos para la prevención de lesiones y enfermedades. Si necesita ayuda con su programa de prevención de accidentes, llame a la oficina comercial de NYSIF para solicitar servicios de prevención de siniestros de parte de uno de nuestros especialistas capacitados en seguridad.

## Rehabilitación

La rehabilitación puede tener un impacto personal, social y económico positivo, además puede reducir los costos del reclamo. La responsabilidad de NYSIF como asegurador, y la suya como empleador, es asegurar que los empleados lesionados reciban la rehabilitación física y vocacional necesaria para reducir su grado de discapacidad y restaurar su potencial de ganancias. Los representantes de atención médica de NYSIF son enfermeras registradas que trabajan para alcanzar los resultados médicos más beneficiosos para los reclamantes.

## Sistema electrónico de notificación para los asegurados de NYSIF

Puede usar el sistema NYSIF eFROI® en [nysif.com/reportinjury](https://nysif.com/reportinjury) para notificarle a NYSIF sobre todos los accidentes denunciables con el fin de cumplir con sus obligaciones legales y de mantenimiento de registros.

### Accidentes denunciables

Los empleadores deberán llenar un First Report of Injury (Primer informe de lesiones, FROI) para un accidente denunciable, en un plazo no mayor de 18 días después de que el empleador tenga conocimiento de las lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo que puedan haber ocasionado cualquiera de lo siguiente:

1. Pérdida de tiempo en las tareas regulares el día después del día de trabajo o del turno en el que ocurrió el accidente
2. Tratamiento médico, además de los primeros auxilios normales
3. Más de dos tratamientos de parte de la persona que presta los primeros auxilios.

Se **debe** informar sobre todos los accidentes fatales y los accidentes que podrían ocasionar la pérdida permanente del uso de un dedo, dedo del pie o extremidad, pérdida de la vista o de la audición o cicatrices visibles permanentes en la cara, la cabeza y el cuello.

Las consecuencias por no cumplir con presentar un informe de manera oportuna podrían ser multas hasta de \$1,000 y sanciones hasta de \$2,500 de parte de la WCB.

La WCB establece que los empleadores deben distribuir para todos los reclamos un **Paquete de información de reclamos** a los empleados lesionados. Este paquete está disponible en [nysif.com/forms](https://nysif.com/forms).

### Opción de primeros auxilios

El asegurado de NYSIF podrá pagar por el tratamiento de lesiones no denunciables. En los casos en que el empleador pague directamente por el tratamiento o reembolse de manera oportuna a NYSIF por el tratamiento pagado, la lesión o enfermedad no afectará la modificación de la experiencia del empleador que se usa para determinar las tarifas. Los empleadores aún deberán completar el formulario C-2F para fines de registro sin presentación de informe. **Si un accidente no denunciable se convierte después en uno que requiere tratamiento médico o que ocasiona pérdida de tiempo en el trabajo, se debe presentar un FROI de inmediato.**

## Registro de accidentes

El empleado lesionado en el trabajo deberá notificarle a su supervisor, tan pronto como sea posible, acerca del accidente y cómo ocurrió, además deberá enviar un aviso por escrito al empleador en un plazo máximo de 30 días a partir de la fecha del accidente. Los empleadores deberán conservar el registro de todos los accidentes por lo menos durante 18 años.

Puede usar el sistema NYSIF eFROI® para llenar el FROI-00 en línea y puede enviarlo electrónicamente a NYSIF para cumplir de inmediato con lo establecido para los accidentes denunciados. Responda todas las preguntas lo más detalladamente posible. El NYSIF presenta la información ante la WCB en nombre de los asegurados. El sistema NYSIF eFROI® conserva durante el período estipulado para la conservación de registros, el cual es de 18 años, un archivo electrónico que los asegurados pueden imprimir, guardar o eliminar.

Si no le es factible presentar su informe electrónicamente, deberá llenar el formulario C-2F y enviarlo a NYSIF en todos los casos denunciados. Comuníquese con NYSIF si necesita ayuda para presentar su denuncia electrónica.

## Presentación de reclamos cuestionables

**Deberá ser precavido de no presentar reclamos dudosos o cuestionables. Las declaraciones que se presenten cuando se presenten reclamos serán consideradas vinculantes por la WCB.** En casos cuestionables, deberá usar frases como “It is alleged that” (Se argumenta que) o “The employee claims that” (El empleado afirma que) cuando presente el reclamo. Si el reclamo es sospechoso, o si no está seguro de que la Ley de Compensación de los Trabajadores aplica para el accidente, deberá notificarlo de inmediato a NYSIF, por teléfono o por correo electrónico.

## Informe sobre todas las comunicaciones acerca del reclamo a NYSIF

Informe de inmediato al administrador de casos de NYSIF asignado sobre todas las comunicaciones verbales o escritas de cualquier médico, abogado, reclamante o de cualquier otra persona. Vaya a Contact Us (Comuníquese con nosotros) en nysif.com para averiguar quién es su administrador de caso. Debe incluir el número de reclamo de NYSIF en todas las comunicaciones. Si no tiene el número de reclamo, comuníquese con Servicio de Atención al Cliente al **888-875-5790**, para obtener el número de reclamo.

## Si sospecha de fraude

Las llamadas “señales de alerta” que se encuentren en relación con reclamos sospechosos no tienen la misma importancia ni ponderación, ni constituyen por sí mismas prueba de nada. Si usted encuentra muchas señales de alerta, se deberá examinar el reclamo con detenimiento para determinar si el reclamante mintió acerca de algún hecho sustancial relacionado con el reclamo.

## Señales de alerta comunes

**Historial de empleo.** Informe de lesión después de un problema grave en el trabajo, como una medida disciplinaria, degradación, haber sido ignorado para un ascenso o notificación de despido. El trabajador fue recién contratado o tiene un historial previo de múltiples reclamos por lesiones personales o compensación de los trabajadores.

**Historial personal.** Informe de lesión poco tiempo después de que compró un seguro privado por discapacidad. El trabajador participa en actividades recreativas de alto riesgo. El trabajador tenía dificultades personales o problemas domésticos al momento de lesionarse.

**Circunstancias del accidente.** Los accidentes ocurren el lunes temprano o al volver de las vacaciones, o no fueron informados de inmediato. La descripción del accidente no es congruente o no es creíble. No hay testigos en los accidentes o las descripciones de los testigos contradicen la versión del trabajador lesionado. La lesión no es congruente con la actividad que realizaba al momento de la lesión.

**Comportamiento del reclamante.** Es difícil comunicarse con el reclamante durante el horario de trabajo, usa una máquina contestadora para filtrar las llamadas, o un casillero postal como la dirección de su residencia.

## División de investigaciones confidenciales

La Division of Confidential Investigations (División de Investigaciones Confidenciales, DCI) de NYSIF investiga casos de sospecha de fraude en contra de NYSIF, que incluyen fraude del asegurado, del proveedor y del reclamante.

**Si tiene sospechas de fraude, puede llamar al número gratuito (877) WCNYSIF (926-9743), puede denunciar el fraude en línea en [nysif.com/reportfraud](https://nysif.com/reportfraud) o puede escribir a DCI al PO Box 3395, Church Street Station, NY, NY 10007.** Todas las denuncias de fraude son confidenciales.

## Atención médica

Para obtener información acerca de las redes médicas y de farmacia consulte [nysif.com](http://nysif.com). Para encontrar un proveedor de la red médica visite [www.talispoin.com/cvty/wcnyg](http://www.talispoin.com/cvty/wcnyg) o llame para solicitar una lista de proveedores locales al **1-800-842-2917**. Para localizar un proveedor de beneficios de farmacia visite [www.wcrxpharmacylocator.com/](http://www.wcrxpharmacylocator.com/) o llame a CVS Caremark al **866-493-1640**.

El uso de la red de proveedores de parte del empleado es estrictamente voluntario. Los empleadores deberán darle al empleado el **Formulario C-3.1**, "Notice of Right to Select a Workers' Compensation Board Authorized Healthcare Provider", al momento en que se informa sobre la lesión o enfermedad. Este es parte del **Claimant Information Packet (Paquete de información del reclamante)** el cual está disponible en [nysif.com/forms](http://nysif.com/forms).

Los empleados conservan el derecho a elegir cualquier médico, podólogo, quiropráctico o psicólogo autorizado por la WCB para el tratamiento de cualquier lesión o enfermedad relacionada con el trabajo y pueden cambiar de proveedores en cualquier momento sin poner en riesgo el reclamo de beneficios de compensación de los trabajadores. Visite [www.wcb.ny.gov/content/main/hcpp/hcpp.jsp](http://www.wcb.ny.gov/content/main/hcpp/hcpp.jsp) para obtener una lista de médicos autorizados por la WCB.

## Autorización y facturación

Se deben enviar de inmediato a NYSIF todas las solicitudes de autorización y todas las facturas médicas que reciba el empleador. Esto permite que se hagan los pagos de responsabilidad médica correctos de forma oportuna, o que se presenten objeciones a cargos no razonables dentro de los plazos estipulados.

## Formularios C-4 y C-5

Todos los médicos tratantes, excepto los oftalmólogos, deberán presentar un **Formulario C-4** como informe preliminar de 48 horas. El Formulario C-4.2 se debe presentar en un plazo máximo de 15 días después del informe inicial y, de allí en adelante, durante la continuación del tratamiento sin solicitud alguna, siempre que sea necesaria una visita de seguimiento, sin que transcurran más de 90 días entre cada informe. El **Formulario C-5** se utiliza en casos de tratamiento de los ojos. **Para ayudar a NYSIF a que cumpla con sus obligaciones legales y para garantizar la compensación económica para los trabajadores lesionados, los empleadores deberán insistir en tener los informes médicos a tiempo. Deberán transmitir los informes médicos de inmediato a la oficina local de NYSIF o al administrador de casos asignado (consulte la página 23 o Contact Us en [nysif.com](http://nysif.com)). Debe incluir el número de reclamo de NYSIF en todas las comunicaciones.**



## Formulario C-240, Wage Statements

La tarifa semanal de compensación se basa en el salario promedio semanal que ganó un empleado en el trabajo donde ocurrió la lesión durante las 52 semanas previas al accidente. El empleador deberá usar el **Formulario C-240** para proporcionar el expediente completo de los ingresos de la persona lesionada que corresponden a las 52 semanas anteriores al accidente. Deberá enviar de inmediato dos copias a la oficina local de NYSIF (consulte la página 23) que lo solicitó o al administrador de casos asignado.

Todos los formularios de nóminas deben mostrar los **ingresos brutos** antes de impuestos, las deducciones por Seguro Social y otras deducciones. Cualquier remuneración adicional que reciba el empleado, como bonos, propinas, alojamiento, comidas, etc., deberá registrarse en el espacio proporcionado para tal fin. **Es especialmente importante que las declaraciones de salarios muestren siempre la cantidad de días trabajados durante cada semana presentada.**

- Si el trabajador lesionado no ha trabajado una parte sustancial de las 52 semanas anteriores al accidente, puede usar los ingresos del período completo de un trabajador en una clase similar para presentar los ingresos del trabajador lesionado. Además, deberá enviar un registro de los ingresos reales del trabajador lesionado para el período de empleo.
- Si el trabajador lesionado trabajaba de forma temporal o irregular, y no hay ningún otro trabajador similar de la misma clase que haya trabajado durante el período completo o una parte sustancial de las 52 semanas previas al accidente, anote esto en el Formulario C-240. En este caso, el NYSIF calcula el salario diario promedio del trabajador lesionado en base a los ingresos reales del trabajador lesionado durante el mismo período.
- Si el empleado tenía menos de 25 años de edad al momento de la lesión y se esperaba que los salarios del empleado aumentarían bajo condiciones normales, por lo general en la misma industria, la ley requiere que este factor se incluya en el cálculo del salario semanal promedio en los casos en los que la discapacidad es permanente. En tales casos, el empleador deberá completar el **Formulario WEC-62** para calcular la expectativa de salario del empleado.

## Empleos concurrentes

El salario semanal promedio de un empleado lesionado que trabajaba simultáneamente en más de un empleo al momento en que ocurrió la lesión se basa en los salarios devengados en todos los empleos concurrentes que están cubiertos por la Ley de Compensación de los Trabajadores. El empleador en cuyo trabajo se lesionó el empleado, o el asegurador de compensación de los trabajadores del empleador, pagará cualquier beneficio adicional que surja debido a otros empleos concurrentes.

## **Pagos de compensación**

No se pagan beneficios los primeros siete días calendario por discapacidad relacionada con el empleo, a menos que la discapacidad se prolongue más de 14 días. En tal caso, los beneficios se pagarán por la primera semana de discapacidad y continuarán pagándose cada dos semanas durante todo el tiempo que se ausente del trabajo, siempre que tenga una constancia médica de discapacidad.

Los beneficios semanales máximos que se pagan de acuerdo a la Ley de Compensación de los Trabajadores equivalen a dos terceras partes del salario semanal promedio del estado de Nueva York, para casos de accidentes o de fallecimiento después del 1 de julio de 2010; en lo sucesivo, estos se ajustan anualmente, al salario semanal promedio del estado al 1 de julio. Para conocer los beneficios máximos semanales actuales, visite <http://www.wcb.ny.gov/content/main/onthejob/wcBenefits.jsp>

El salario mínimo semanal es de \$150 para todos los reclamos realizados después del 1 de mayo de 2013.

## **Límite de los Beneficios por discapacidad parcial permanente (Permanent Partial Disability Benefits, PPD)**

El límite máximo para PPD se basa en la Loss of Wage Earning Capacity (pérdida de la capacidad para generar ingresos por salario, LWEC) para accidentes y fechas de discapacidad después del 31 de marzo de 2007. **Los empleadores deberán completar y enviar oportunamente la “Employee Job Description and Functional/Exertion Analysis” de NYSIF al administrador del caso para que ayude a evaluar la LWEC del empleado.** La LWEC se determina a partir del análisis de factores como el deterioro médico, las capacidades funcionales y los factores vocacionales y no médicos del empleado, como educación, capacitación, habilidades, edad y nivel de conocimientos.

Los beneficios semanales para establecer el límite máximo de PPD se basan en el porcentaje de LWEC, como sigue:

<b>% de pérdida de la capacidad para generar ingresos por salario</b>	<b>Semanas máximas de beneficio</b>	<b>Cantidad de años</b>
1 % - 15 %	225	4.33
16 % - 30 %	250	4.81
31 % - 40 %	275	5.29
41 % - 50 %	300	5.77
51 % - 60 %	350	6.23
61 % - 70 %	375	7.21
71 % - 75 %	400	7.69
76 % - 80 %	425	8.17
81 % - 85 %	450	8.65
86 % - 90 %	475	9.13
91 % - 95 %	500	9.62
96 % - 99 %	525	10.10

## Pérdida de uso programada

Una lesión que tenga como consecuencia desfiguración o cicatrices permanentes en la cara, cabeza o nuca, o que ocasione daño permanente de un dedo o extremidad, pérdida de la vista o de la audición, le da derecho al empleado lesionado a recibir compensación programada según lo establecido por la ley de acuerdo al grado de discapacidad, sin importar el tiempo real que no asista al trabajo.

## Formulario C-107, Reimbursement of Wages Advanced by an Employer During Disability

Si el empleador le pagó salarios al empleado durante cualquier período de supuesta discapacidad relacionada con el trabajo, la ley permite que se le reembolse al empleador con cualquier compensación no pagada que se le adeude al empleado.

**Para presentar un reclamo para el reembolso, el empleador deberá presentar un Formulario C-107, “Employer’s Request for Reimbursement”, antes de que WCB adjudique la compensación.** Este formulario deberá completarse en duplicado y deberá enviarse a la oficina comercial de NYSIF local o al administrador de casos de reclamo asignado (Contact Us en nysif.com).

Si el empleador no solicita o no desea obtener un reembolso, el empleado tendrá derecho a recibir los beneficios de compensación normales, además de los salarios que recibió.

## Casos controvertidos

### Form DB-470, Claims for Reimbursement

Cuando se controvierte un reclamo de compensación de los trabajadores debido a que la discapacidad o enfermedad del empleado no fue ocasionada por un accidente que haya surgido en el curso del trabajo o debido a una enfermedad ocupacional, el empleado podría tener derecho a recibir beneficios de acuerdo a la New York State Disability Benefits Law (Ley de Beneficios por Discapacidad del estado de Nueva York) en espera de los resultados del reclamo de compensación de los trabajadores.

**La aseguradora del empleador o de beneficios por discapacidad deberá presentar un reclamo para el reembolso en un Formulario DB-470 ante la WCB y la aseguradora de compensación de los trabajadores antes de que se adjudiquen los beneficios de compensación de los trabajadores.** Todos los pagos de beneficios por discapacidad en estos casos constituyen un gravamen sobre los ingresos de cualquier adjudicación que pueda hacerse en lo sucesivo por la resolución de la impugnación del reclamo de compensación de los trabajadores.

### Formularios FROI-04 y SROI-04

La WCB reemplazó el Formulario C-7, “Notice That Right to Compensation Is Controverted”, con dos formularios electrónicos, FROI-04 y SROI-04.

**FROI-04, First Report of Injury 04-Denial**, lo presenta la aseguradora cuando desea controvertir un reclamo.

**SROI-04, Subsequent Report of Injury 04-Denial**, lo presenta la aseguradora para controvertir un reclamo si FROI-00 es el primer informe presentado en el reclamo.

NYSIF proporciona a la aseguradora de beneficios por discapacidad del empleador el FROI-04 o SROI-04 de denegación al controvertir un reclamo. Al momento de que se reciba, la aseguradora de beneficios por discapacidad deberá empezar a realizar los pagos de beneficio por discapacidad si están satisfechas las demás condiciones de elegibilidad.

## Audiencias

La WCB lleva a cabo audiencias de reclamos controvertidos o de reclamos con temas en disputa. Si el NYSIF o si un juez de WCB ordena que testifique, es de mayor beneficio para el empleador comparecer en la audiencia.

## Formulario C-11, Change in Employment Status

**Formulario C-11**, “Employer’s Report of Injured Employee’s Employment Status Resulting from Injury”; este formulario lo deberá llenar el empleador tan pronto como las condiciones de trabajo de un empleado lesionado cambien con respecto a las que se indicaron en el Formulario FROI-00 o en el C-11 enviado previamente. El cambio de la situación de empleo para las lesiones de compensación de los trabajadores, incluye:

1. Regreso al trabajo
2. Descontinuación del trabajo
3. Reducción del horario normal de trabajo
4. Reducción de salario

Este formulario se puede llenar de forma electrónica en el sitio web de NYSIF y se puede imprimir. Envíe una copia directamente a WCB, una copia a la oficina de NYSIF local o al administrador de casos de reclamo asignado (Contact Us en nysif.com) y conserve una copia para sus registros.

## Empleo de menores

De acuerdo a la Sección 14 de la Ley de Compensación de los Trabajadores, los empleadores deberán pagar el doble del monto que normalmente se debe pagar por compensación, por beneficios por muerte o por otros beneficios y por adjudicaciones si el empleado lesionado es un menor de edad que trabajaba infringiendo cualquiera de las disposiciones de la Ley de Trabajo al momento del accidente o cualquier disposición adoptada posteriormente por Board of Standards and Appeals (Junta de Normas y Apelaciones).

El empleador, y solo él, será responsable por el pago de una mayor compensación, mayores beneficios por muerte o por cualquier adjudicación ante el Commissioner of Taxation and Finance (Comisionado Fiscal y de Finanzas), de acuerdo a lo establecido en esta sección. Se anulará cualquier disposición de cualquier póliza de seguros que pueda exonerar al empleador de este aumento en sus obligaciones.

## Empleo de menores

El certificado de edad emitido por el superintendente de escuelas o por un oficial de certificación de empleo constituye evidencia únicamente de la edad de la persona certificada. Aún es necesario consultar las disposiciones de la Ley de Trabajo y las reglas de la Junta de Normas y Apelaciones para determinar qué tipos de empleo son permitidos para menores y bajo qué circunstancias podrían estar legalmente empleados.

Un empleador no podrá pretender ser exonerado por haber actuado de buena fe, haber sido engañado por el menor lesionado o haber demostrado que la lesión no fue ocasionada por inmadurez o por inexperiencia.

Las disposiciones antes mencionadas han sido estrictamente interpretadas por la WCB y por los tribunales. Las sanciones pueden ascender a varios miles de dólares, dependiendo del grado de la lesión.

**Todos los empleadores que contraten a menores deberán leer las “Laws Governing Employment of Minors” (Leyes que rigen el empleo de menores) en el sitio web de New York State Department of Labor. [www.labor.ny.gov/workerprotection/laborstandards/workprot/minors.shtm](http://www.labor.ny.gov/workerprotection/laborstandards/workprot/minors.shtm)**

## Medidas por discriminación

La Sección 120 de la Ley de Compensación de los Trabajadores y la Sección 241 de la Ley de Beneficios por Discapacidad se refieren a las acusaciones de discriminación laboral contra empleados en relación a reclamos por beneficios que deben obtener según la ley.

### Sección 120 (Ley de Compensación de los Trabajadores)

La Sección 120 de la Ley de Compensación de los Trabajadores prohíbe el despido o la discriminación en contra de cualquier empleado que reclame o intente reclamar compensación de parte de un empleador, o que testifique o vaya a testificar en un proceso de reclamo, si el empleador no tiene un motivo válido para dicha acción. El empleado tiene dos años para presentar una queja de acusación de dicha discriminación.

### Sección 241 (Ley de Beneficios por Discapacidad)

Las disposiciones que se establecen en la Sección 120 se aplican en su totalidad a la Sección 241 de la Ley de Beneficios por Discapacidad.

Si la WCB determina que se infringió cualquiera de las dos secciones, el empleador será responsable de lo siguiente:

1. Pagar una sanción de \$100 a \$500;
2. Reincorporar al empleado en su puesto de trabajo; y
3. Darle una compensación por cualquier pérdida de salario que surja por dicha discriminación.

**Todas las obligaciones serán responsabilidad exclusiva del empleador y no de las aseguradoras.** Todas las sanciones se deben pagar a la Tesorería del estado. Se anulará cualquier disposición de cualquier póliza de seguros que pueda exonerar al empleador de este aumento en sus obligaciones.

Si se determina que un empleador no cumplió con lo establecido en esta sección, ni con el empleado agraviado, tendrá 30 días a partir de la recepción de la resolución final para que se verifique el cumplimiento con lo dispuesto por la WCB. Si el empleador no cumple con comprobar el cumplimiento en un plazo de 30 días, podría tener como consecuencia la adjudicación de compensación al empleado, excepto si el empleador presentó una solicitud de revisión a tiempo, de acuerdo a lo establecido en la Sección 23 de esta ley.

## Formularios de Compensación de los trabajadores

Es muy importante que presente sus formularios a tiempo.

### Formularios que debe presentar el empleador

- \* FROI-00 First Report of Injury-00 (ver página 4)
- \* C-11 Employer's Report of Injured Employee's Change in Employment Status Resulting From Injury (ver página 11)
- \* C-107 Employer's Request for Reimbursement (ver página 9)
- \* C-240 Employer's Statement of Wage Earnings (ver página 7)

### Formularios que debe llenar el reclamante

- \* C-3 Employee's Claim for Compensation
- \* C-3S Reclamo del empleado (español)
- \* C-3.1 Notice of Right to Select a Workers' Compensation Board Authorized Healthcare Provider (ver página 6)
- \* C-3.3 Limited Release of Health Information (HIPPA)
- \* C-257 Claimant's Record of Medical and Travel Expenses

### Formularios que deben presentar los proveedores de atención médica

- \* C-4 y C-4.1 Doctor's Initial Report (ver página 6)
- C-4.2 Doctor's Progress Report
- C-4.3 Doctor's Report of MMI/Permanent Impairment
- \* C-5 Eye Surgeon's Report (ver página 6)

\* Disponible en [nysif.com](http://nysif.com); otros formularios incluidos disponibles en [www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov)



## Beneficios por discapacidad

La ley establece que la mayoría de los empleadores que tienen uno o más empleados en el estado de Nueva York estén cubiertos por un seguro de beneficios por discapacidad. El seguro de beneficios por discapacidad paga solo beneficios monetarios temporales a los trabajadores discapacitados que devengan un salario y son elegibles por lesiones o enfermedades ocurridas fuera del trabajo, lo que incluye cualquier discapacidad que surja debido a un embarazo. El costo de atención médica es responsabilidad del reclamante.

Las siguientes páginas ofrecen información general de reclamos de beneficios por discapacidad. **Las instrucciones para manejar los formularios y los informes de reclamos son exclusivas de NYSIF.**

### Formulario DB-271, Statement of Rights

Los empleadores deberán proporcionarles a los empleados el Formulario DB-271, “Statement of Rights”, cuando se ausenten debido a una discapacidad no relacionada con el trabajo que se prolongue por más de siete días consecutivos. Los empleados deberán recibir el Formulario DB-271 de su empleador en un plazo máximo de 5 días después de que el empleado le haya notificado al empleador que un médico diagnosticó que estaba incapacitado para realizar su trabajo. El Formulario DB-271 en inglés y en español se adjunta al Formulario DB-450, “Notice and Proof of Claim for Disability Benefits.”

### Formulario DB-450, Reporting of Claims

Para presentar un reclamo de beneficios por discapacidad, el empleado deberá recibir el Formulario DB-450, “Notice and Proof of Claim for Disability Benefits”, de su empleador en un plazo máximo de cinco días después de que el empleado le haya notificado al empleador que un médico diagnosticó que estaba incapacitado para realizar su trabajo. Una vez diagnosticado, el empleado deberá presentar el Formulario DB-450 a su empleador o ante NYSIF en un plazo de 30 días. NYSIF ofrece el DB-450 para que los asegurados puedan descargarlo en línea en [nysif.com/forms](https://nysif.com/forms).

Este formulario consiste en dos partes exigidas por la WCB y una parte que es requerida por la aseguradora. La parte A de la solicitud de reclamo DB-450 deberá llenarla el reclamante (el empleado discapacitado), la Parte B debe llenarla el proveedor de atención médica del reclamante (el médico) y la Parte C debe llenarla el empleador del reclamante. El formulario lleno deberá presentarse a la aseguradora de beneficios por discapacidad del empleador.

Para evitar sanciones y para asegurar que se haga el pago puntual de los beneficios al reclamante, **es imprescindible que el empleador complete la Parte C, Employer’s Statement, y que la envíe a NYSIF el mismo día que el empleado entregue el Formulario DB-450 al empleador.** Puede enviar los formularios de reclamo de beneficios por discapacidad por correo postal o por fax a la Oficina de NYSIF de Albany (página 23). **No envíe copias a la WCB.**

## **Elegibilidad para recibir beneficios**

La elegibilidad para recibir beneficios se da cuando se presenta una discapacidad no laboral durante el empleo con un empleador con cobertura, con quien el empleado ha trabajado a tiempo completo por lo menos cuatro semanas consecutivas o a tiempo parcial por lo menos 25 días inmediatamente antes de la discapacidad.

Dicho empleado continúa siendo elegible durante un período de cuatro semanas después de que termina su contrato laboral y, si han transcurrido menos de cuatro semanas, tendrá cobertura desde el primer día de trabajo con un nuevo empleador que tenga cobertura.

Además, cualquier persona que reciba beneficios de seguro por desempleo al momento en que empiece en un nuevo trabajo con un empleador que tenga cobertura, estará cubierto desde el primer día de trabajo.

## **Si usted emplea trabajadores domésticos**

De conformidad con la Ley de Beneficios por discapacidad del estado de Nueva York, los empleadores que tengan uno o más empleados domésticos durante por lo menos 30 días deberán darles a sus trabajadores un seguro de beneficios por discapacidad. En las casas privadas, los empleados domésticos que trabajen por lo menos 40 horas a la semana para el mismo empleador deberán tener cobertura. Si el hogar emplea por lo menos a un empleado doméstico calificado, todos los empleados que trabajen en la casa a tiempo parcial deberán tener cobertura.

## **Pago de beneficios por discapacidad**

**Nunca se pagan beneficios por la primera semana de discapacidad.** Los beneficios por discapacidad son pagaderos a un empleado elegible a partir del octavo día consecutivo de discapacidad.

Según la ley, el primer pago de beneficios se hace en el día 14 después de que empieza la discapacidad y debe emitirse directamente al empleado en un plazo no mayor a cuatro días hábiles o dentro de los siguientes cuatro días después de haber presentado la constancia requerida del reclamo, lo que suceda después.

En lo sucesivo, los pagos se harán cada dos semanas en caso que la discapacidad continúe, pero no pueden exceder de 26 semanas durante cualquier período de 52 semanas consecutivas, sin importar la cantidad de períodos de discapacidad durante este período.

La tarifa de beneficios semanal para el seguro de beneficios por discapacidad que establece la ley de Nueva York equivale a la mitad del salario semanal promedio del empleado, pero los beneficios reglamentarios no pueden exceder de \$170 a la semana. El salario semanal promedio se determina al dividir los salarios brutos totales del empleado que correspondan a las ocho semanas inmediatamente anteriores y que incluya el último día trabajado antes de la discapacidad, entre la cantidad de semanas en las cuales el empleado trabajó por lo menos un día. Ocasionalmente se pueden usar otros métodos de cálculo para establecer una tarifa justa, particularmente si el empleado no trabajó para el último empleador cubierto durante todo el período de ocho semanas.

## **Beneficios por discapacidad de NYSIF mejorados**

Los empleadores que deseen un beneficio de seguro por discapacidad que sea más sustancial para los empleados que no están trabajando pueden optar por un seguro de beneficios por discapacidad de NYSIF mejorado que ofrece hasta cinco veces el beneficio reglamentario máximo con tarifas bajas para los empleadores calificados.

## **Restricciones en el pago de beneficios por discapacidad**

**Estas restricciones se presentan únicamente para fines informativos. Bajo ninguna circunstancia podrá el empleador interceptar un reclamo.**

No se pagan beneficios por discapacidad:

**1.** Por cualquier período de discapacidad durante el cual el empleado no esté bajo el cuidado de un médico, podólogo, dentista, quiropráctico, psicólogo o una enfermera partera debidamente certificados.

**2.** En caso de cualquier lesión o enfermedad autoinfligida deliberadamente o por discapacidad ocurrida cuando el empleado perpetraba un hecho ilegal.

**3.** Por cualquier día en el que el empleado realice un trabajo por remuneración o ganancia.

**4.** Por cualquier día en que el empleado tenga derecho a recibir un pago del empleador o de un fondo en el que haya contribuido el empleador, por una cantidad igual o mayor que el beneficio prescrito por la Ley de Beneficios por Discapacidad.

**5.** Por cualquier período durante el cual el empleado normalmente podría haber sido descalificado por recibir seguro por desempleo.

**6.** Por discapacidad debido a un acto de guerra.

**7.** Por cualquier discapacidad que empiece antes de que el empleado sea elegible para recibir beneficios.

**8.** Por cualquier período durante el cual el empleado reciba beneficios de seguro de cualquier fuente gubernamental.

**9.** Por cualquier período durante el cual el empleado tiene derecho a recibir compensación de los trabajadores o algún otro beneficio reglamentario por discapacidad, excepto los beneficios de compensación de los trabajadores pagaderos por discapacidad parcial permanente incurrida previamente.

En todos los casos en los que el empleado presente el Formulario DB-450, este se debe enviar a NYSIF junto con la Parte C, Employer's Statement, para su trámite. **Se incluirán en la sección Employer's Statement todos los hechos que puedan afectar la resolución de un reclamo.**

## Compensaciones en contra de los beneficios

A las tarifas de beneficios semanales normales pagaderas de acuerdo a la Ley de Beneficios por Discapacidad se les deben deducir los montos que el empleado podría haber recibido por la misma discapacidad, o a los que tiene derecho, en los siguientes programas:

**1.** Cualquier beneficio pagado o pagadero de alguna anualidad o plan de pensiones de un empleador, si el empleador ha contribuido al costo de dicha anualidad o pensión.

**2.** Cualquier beneficio de discapacidad permanente o anualidad pagada o por pagar de un programa gubernamental, excepto el programa de discapacidad de veteranos.

## Reembolso de anticipo de beneficios de parte de un empleador durante una discapacidad

Si el empleador hace pagos anticipados de beneficios a un empleado durante cualquier período de discapacidad para el cual el empleado tiene derecho a recibir beneficios por discapacidad, el empleador tiene derecho a recibir un reembolso de la aseguradora por los beneficios que le pagó al empleado por la discapacidad existente.

**Para ser elegible para recibir reembolso, el empleador deberá presentar un reclamo de reembolso a la aseguradora antes de que esta empiece a hacer los pagos.** La solicitud de reembolso se puede hacer en la sección Employer's Statement en el Formulario DB-450.

La ley establece que no se hará ningún pago de beneficios por discapacidad por ningún día para el cual se haya pagado el salario completo. Si el empleador hace pagos anticipados al empleado discapacitado, el empleador deberá indicarle claramente al empleado que dichos pagos, totales o parciales, son beneficios anticipados y deberá especificarle el monto que constituyen los beneficios anticipados.

No se les podrá reembolsar a los empleadores los beneficios por ausencias, como vacaciones y ausencias con permiso.

## Reclamos impugnados de beneficios por discapacidad

La aseguradora deberá informarle al empleado los motivos por los que se le deniega el reclamo de beneficios por discapacidad, total o parcialmente, enviando por correo al empleado el **Formulario DB-451**, “Notice of Rejection of Claim for Disability Benefits”.

La aseguradora deberá enviar por correo un aviso de denegación al empleado en un plazo de 45 días contados a partir de la fecha en que se reciba la constancia de discapacidad. Los empleados podrán presentar una apelación en un plazo de 26 semanas para lo cual deben completar el reverso del Formulario DB-451, “Claimant’s Request for Review” indicando los motivos de la apelación. El empleado deberá enviar por correo dos copias del formulario a WCB, Disability Benefits Bureau, 328 State Street, Schenectady, New York 12305-2318. El empleado debe conservar una copia.

Cuando un empleado presenta una “Request for Review” ante un rechazo de la aseguradora, la WCB establece una fecha para la audiencia y designa a un juez de lo contencioso administrativo para que resuelva el caso. Cualquiera de las partes podrá presentar evidencia y podrá ser representado por un abogado en la audiencia.

## Reclamos impugnados de Compensación de los trabajadores

Un empleado elegible podría tener derecho a recibir beneficios por discapacidad mientras un reclamo pendiente de beneficios de compensación de los trabajadores haya sido impugnado.

**Aunque el empleador tenga conocimiento de que hay un reclamo de compensación de los trabajadores pendiente para la misma discapacidad, el empleador debe completar la Parte C, Employer’s Statement, inmediatamente después de recibir el Formulario DB-450 del empleado, o al recibir la solicitud de NYSIF.**

La relación entre los beneficios por discapacidad y los reclamos impugnados de compensación de los trabajadores se describe en la página 10 de esta guía.

## **Formulario DB-300, Benefits for the Disabled Unemployed**

Un fondo especial administrado por la WCB ofrece beneficios por lesiones o enfermedades que resultan en discapacidad si el empleado no es elegible para recibir beneficios de ninguna otra fuente. Generalmente, los beneficios del fondo especial se pagan solo a los trabajadores desempleados cuya discapacidad haya iniciado más de cuatro semanas después del término de su empleo y que estén recibiendo beneficios por desempleo.

Los empleados que deseen reclamar beneficios del fondo especial debe presentar un **Formulario DB-300** ante la WCB. Si son elegibles para recibir el pago, este será emitido directamente por WCB. La aseguradora no se hace responsable por los beneficios. Los empleadores deberán satisfacer inmediatamente cualquier solicitud de la WCB de proporcionar datos del trabajo que estén relacionados con el empleado.



## **Formularios de beneficios por discapacidad**

Es muy importante que haga su presentación a tiempo.

### **Formularios que debe usar el empleador**

- \* DB-271 Statement of Rights (ver página 17).
- \* DB-450 Employer's Statement - Parte 3 (ver página 18)

### **Formularios que debe presentar el empleado discapacitado**

- \* DB-450 Notice and Proof of Claim for Disability Benefits by Employed Claimant (ver página 15)
- \* DB-300 Notice and Proof of Claim for Disability Benefits by Employed Claimant (ver página 21)

### **Formularios que debe presentar la aseguradora**

- DB-451 Notice of Rejection of Claim for Disability Benefits (ver página 20)
- DB-470 Preliminary/Final Claim for Reimbursement of Benefits Paid under the New York Disability Benefits Law (ver página 10)

\* Disponible a través de [nysif.com](http://nysif.com); otros formularios incluidos disponibles [www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov)

## **Junta de Compensación Obrera (Workers' Compensation Board)**

**877-632-4996****Albany**

100 Broadway-  
Menands  
Albany, NY 12241  
866-750-5157

**Binghamton**

State Office Building  
44 Hawley Street  
Binghamton, NY 13901  
866-802-3604

**Brooklyn**

111 Livingston Street  
Brooklyn, NY 11201  
800-877-1373

**Buffalo**

107 Delaware Avenue  
Buffalo, NY 14202  
866-211-0645

**Hauppauge**

220 Rabro Drive,  
Hauppauge, NY 11788  
866-681-5354

**Hempstead**

175 Fulton Avenue  
Hempstead, NY 11550  
866-805-3630

**Manhattan**

215 W. 125th Street  
New York, NY 10027  
800-877-1373

**Peekskill**

41 North Division Street  
Peekskill, NY 10566  
866-746-0552

**Queens**

168-46 91st Avenue  
Jamaica, NY 11432  
800-877-1373

**Rochester**

130 West Main Street  
Rochester, NY 14614  
866-211-0644

**Syracuse**

935 James Street  
Syracuse, NY 13203  
866-802-3730

**Defensor de empresas****800-628-3331****Defensor de trabajadores  
lesionados****800-580-6665****Línea directa de  
asistencia para remisión  
de fraude****888-363-6001****Oficina de apelaciones****877-258-3441****Administración de  
proveedores médicos****800-781-2362****Oficina de cumplimiento****866-298-7830****Beneficios por  
discapacidad****800-353-3092**



## **Oficinas de NYSIF**

### **Reclamos y servicios de compensación de los trabajadores 888-875-5790**

#### **Albany**

1 Watervliet Avenue Ext.  
Albany, NY 12206-1649  
518-437-6400  
Augusto Bortoloni,  
Gerente Comercial  
Christopher Rattazzi,  
Gerente de Reclamos

#### **Binghamton**

Glendale Technology Park  
Building 16  
2001 Perimeter Rd. East  
Endicott, NY 13760  
607-741-5000  
Tom Racko,  
Gerente Comercial  
Joseph Pavlovich,  
Gerente de Reclamos

#### **Buffalo**

225 Oak Street  
Buffalo, NY 14203  
716-851-2000  
Ronald Reed,  
Gerente Comercial  
Edward Fries,  
Gerente de Reclamos

#### **Nassau**

8 Corporate Center Dr.,  
2nd Fl.  
Melville, NY 11747-3166  
631-756-4000  
Cliff Meister,  
Gerente Comercial  
Eric Parsons,  
Gerente de Reclamos

#### **Rochester**

100 Chestnut Street  
Rochester, NY 14604  
585-258-2000  
Lisa Ellsworth,  
Gerente Comercial  
Lynn Baxter,  
Gerente de Reclamos

#### **Suffolk**

8 Corporate Center Dr.,  
3rd Fl.  
Melville, NY 11747-3129  
631-756-4300  
Catherin Carillo,  
Gerente Comercial  
Andrew Schwartz,  
Gerente de Reclamos

#### **Syracuse**

1045 7th North Street  
Liverpool, NY 13088  
315-453-6500  
Patricia Albert,  
Gerente Comercial  
Michelle VanCamp,  
Gerente de Reclamos

#### **White Plains**

105 Corporate Park Dr.,  
Suite 200  
White Plains NY 10604  
914-701-2120  
Carl Heitner,  
Gerente Comercial  
Joseph DePierro,  
Gerente de Reclamos

#### **Ciudad de Nueva York**

199 Church Street  
New York, NY 10007

#### **Bronx/Queens**

212-587-7390  
Mike Rachek,  
Gerente Comercial  
Martha Golden,  
Gerente de Reclamos

#### **Brooklyn/Staten Island**

212-587-9208  
Samindra Sil,  
Gerente de Reclamos

#### **Lower Manhattan**

212-587-5435  
Leslie Javorsky,  
Gerente Comercial  
Louis Vassallo,  
Gerente de Reclamos

#### **Upper Manhattan**

212-312-0070  
John Zenkewich,  
Gerente Comercial  
Ye Xu,  
Gerente de Reclamos

### **Reclamos y servicios beneficios por discapacidad 866-697-4332**

(Especificar **DB Claims**  
o **DB Underwriting**)  
1 Watervliet Ave. Ext.  
Albany, NY 12206-1629

#### **Correo electrónico:**

Reclamos de beneficios por discapacidad, correo electrónico **box298@nysif.com**  
Aseguramiento de beneficios por discapacidad, correo electrónico **box398@nysif.com**

#### **Fax:**

Reclamos de beneficios por discapacidad **518-437-5201**  
Aseguramiento de beneficios por discapacidad **518-437-5278**

