



AVISO Y PRUEBA DE RECLAMO DE BENEFICIOS POR DISCAPACIDAD

Lea detenidamente las instrucciones en la página 2 para evitar retrasos en la tramitación. Debe responder todas las preguntas de la Parte A y las preguntas 1 hasta la 3 de la Parte B. Los proveedores de atención médica deben completar la Parte B en la página 2.

PARTE A: INFORMACIÓN DEL DEMANDANTE (escriba en letra de imprenta o a máquina)

1. Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____
2. Dirección de correo (calle y n.º de apto.): _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
3. N.º de teléfono durante el día: _____ Correo electrónico: _____
4. N.º de Seguro Social: _____-_____-_____ 5. Fecha de nacimiento: ____/____/____ 6. Género: Masculino Femenino
7. Describa su discapacidad (si es una lesión, indique también cómo, cuándo y dónde ocurrió): _____
8. Fecha en que quedó discapacitado: ____/____/____ ¿Estaba trabajando ese día?: Sí No
¿Se recuperó de esa discapacidad?: Sí No Si respondió Sí, fecha en que pudo regresar a trabajar: ____/____/____
¿Ha trabajado desde ese momento por salarios o beneficios?: Sí No Si respondió Sí, enumere las fechas: _____
9. Nombre del último empleador antes de la discapacidad. Si tuvo más de un empleador en las últimas ocho (8) semanas, nómbrelos a todos. El salario semanal promedio se basa en todos los salarios percibidos en las últimas ocho (8) semanas trabajadas.

ÚLTIMO EMPLEADOR ANTES DE LA DISCAPACIDAD			PERÍODO DE EMPLEO			Salario semanal promedio (incluya bonos, propinas, comisiones, valor razonable de la pensión, alquiler, etc.)
Nombre de la empresa o marca	Dirección	Número de teléfono	Primer día	Último día trabajado		
			Mes Día Año	Mes	Día	Año
OTRO EMPLEADOR (durante las últimas ocho (8) semanas)			PERÍODO DE EMPLEO			Salario semanal promedio (incluya bonos, propinas, comisiones, valor razonable de la pensión, alquiler, etc.)
Nombre de la empresa o marca	Dirección	Número de teléfono	Primer día	Último día trabajado		
			Mes Día Año	Mes	Día	Año
			Mes Día Año	Mes	Día	Año

10. Mi empleo es o era: _____ 11. Miembro del sindicato: Sí No Si respondió "Sí": _____
Ocupación Nombre del sindicato o número local
12. ¿Estaba reclamando o recibiendo beneficios por desempleo antes de esta discapacidad? Sí No
Si **no** reclamó o si reclamó pero **no** recibió beneficios del seguro de desempleo *después del* ÚLTIMO DÍA TRABAJADO, explique detalladamente las razones: _____

Si recibió beneficios por desempleo, mencione todos los períodos en los cuales los recaudó: _____

13. Durante el período de discapacidad cubierto por este reclamo:
 - A. ¿Está recibiendo salarios, sueldos o pago por separación del empleo? Sí No
 - B. Está recibiendo o reclamando:
 1. ¿Beneficios de desempleo? Sí No
 2. ¿Permiso Familiar Pagado? Sí No
 3. ¿Una compensación obrera por una discapacidad relacionada con el trabajo? Sí No
 4. ¿Accidente automotor sin atribución de culpa? Sí No o ¿lesiones personales que involucren a terceros? Sí No
 5. ¿Beneficios por discapacidad a largo plazo según la Ley Federal del Seguro Social para esta discapacidad? Sí No

SI RESPONDIÓ "SÍ" EN CUALQUIERA DE LOS PUNTOS EN LA PREGUNTA 13, COMPLETE LO SIGUIENTE:

He: recibido reclamado de: _____ para el período: ____/____/____ al: ____/____/____

14. En el año (52 semanas) antes del comienzo de su discapacidad, ¿recibió beneficios por discapacidad por otros períodos de discapacidad? Sí No
En caso afirmativo, pagado por: _____ del: ____/____/____ al: ____/____/____
15. En el año (52 semanas) antes del comienzo de su discapacidad, ¿recibió un Permiso Familiar Pagado? Sí No
En caso afirmativo, pagado por: _____ del: ____/____/____ al: ____/____/____
16. Si quedó discapacitado cuando estaba empleado o dentro de las cuatro semanas posteriores a su último día trabajado, ¿su empleador puso a su disposición sus derechos según la Ley de Discapacidad dentro de los 5 días siguientes a su aviso o solicitud de los formularios de discapacidad? Sí No

Por la presente reclamo los beneficios por discapacidad y certifico que durante el período cubierto por este reclamo me encontraba discapacitado. He leído las instrucciones de la página 2 de este formulario y certifico que las declaraciones anteriores, incluida cualquier declaración adjunta, son verdaderas y están completas según mi leal saber y entender.

Firma del demandante Fecha

Una persona puede firmar en nombre del demandante solo si está legalmente autorizada para hacerlo y el demandante es menor de edad, mentalmente incompetente o incapacitado. Si lo firma otra persona que no sea el demandante, imprima la siguiente información, complete y presente el Formulario OC-110A, Autorización del Demandante para Permitir Acceso a los Registros de Compensación Obrera.

En nombre del demandante Dirección Relación con el demandante

PARTE B: DECLARACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA (escriba en letra de imprenta o a máquina)

DEBE LLENAR COMPLETAMENTE LA DECLARACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA. EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA TRATANTE DEBE COMPLETARLA Y DEVOLVERLA AL DEMANDANTE EN EL TRANCURSO DE SIETE (7) DÍAS DESPUÉS DE LA RECEPCIÓN DE ESTE FORMULARIO. En el punto 7-d debe proporcionar una fecha estimada. Si la discapacidad es causada o surge en relación con el embarazo, indique la fecha estimada del parto en el punto 7-e. **LAS RESPUESTAS INCOMPLETAS PUEDEN OCASIONAR RETRASOS EN EL PAGO DE LOS BENEFICIOS.**

1. Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____
2. Género: Masculino Femenino 3. Fecha de nacimiento: ____/____/____
4. Diagnóstico/análisis: _____ Código de diagnóstico: _____
a. Síntomas del demandante: _____
b. Hallazgos objetivos: _____
5. ¿El demandante fue hospitalizado?: Sí No Del: ____/____/____ al: ____/____/____
6. ¿Se le indicó una cirugía?: Sí No a. Tipo _____ b. Fecha ____/____/____

7. INDIQUE LAS FECHAS DE LO SIGUIENTE:	MES	DÍA	AÑO
a. Fecha de su primer tratamiento por esta discapacidad			
b. Fecha de su tratamiento más reciente por esta discapacidad			
c. Fecha en que el demandante no pudo trabajar a causa de esta discapacidad			
d. Fecha en que el demandante podrá volver a realizar su trabajo (incluso si existe una duda de importancia, calcule la fecha. Evite usar términos como desconocida o indeterminada).			
e. Si se relaciona con el embarazo, marque la casilla y coloque la fecha <input type="checkbox"/> fecha estimada del parto O <input type="checkbox"/> fecha real del parto			

8. En su opinión, ¿esta discapacidad es el resultado de una lesión que surgió por el empleo y en el curso del empleo o de una enfermedad ocupacional?
 Sí No Si respondió "Sí", ¿se presentó el Formulario C-4 ante la Junta? Sí No

Certifico que soy:

(Médico, Quiropráctico, Odontólogo, Podiatra, Psicólogo, Enfermera Obstetra)	Licenciado o Certificado en el Estado de	Número de Licencia
Nombre en letra de imprenta del Proveedor de Atención Médica	Firma del Proveedor de Atención Médica	Fecha
Dirección del Proveedor de Atención Médica		N.º de teléfono:

AVISO IMPORTANTE PARA EL DEMANDANTE: LEA DETENIDAMENTE ESTAS INSTRUCCIONES

TENGA EN CUENTA: no feche ni presente este formulario antes de su primera fecha de discapacidad. Para que su reclamo sea procesado, deben completarse las Partes A y B.

1. Si está utilizando este formulario porque quedó discapacitado mientras estaba empleado o quedó discapacitado **en un plazo de cuatro (4) semanas después de la terminación del empleo**, su reclamo completo debe enviarse por correo a su empleador o a la compañía de seguros de su último empleador **en un plazo de treinta (30) días desde su primera fecha de discapacidad**. Puede encontrar la compañía de seguros por discapacidad de su empleador en el sitio web de la Workers' Compensation Board (Junta de Compensación Obrera), www.wcb.ny.gov, utilizando el Employer Coverage Search (Buscador de Cobertura del Empleador).

2. Si está utilizando este formulario porque quedó **discapacitado después de haber estado desempleado por más de cuatro (4) semanas**, su reclamo completo DEBE enviarse por correo a: **Workers' Compensation Board, Disability Benefits Bureau, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029**. Si respondió "Sí" a la pregunta 13.B.3, complete y adjunte el Formulario DB-450.1.

Si no recibe una respuesta dentro del plazo de 45 días o si tiene preguntas sobre su reclamo de beneficios por discapacidad, llame a la compañía de seguros de su empleador. Para obtener información general sobre los beneficios por discapacidad, visite www.wcb.ny.gov o llame a la Board's Disability Benefits Bureau (Oficina de Beneficios por Discapacidad de la Junta) al (877) 632-4996.

Notificación de conformidad con la Ley de Protección de la Privacidad Personal de Nueva York (artículo 6-A de la Ley de Funcionarios Públicos) y la Ley Federal de Privacidad de 1974 (Título 5 del Código de Estados Unidos [United States Code, U.S.C.], sección 552a). La autoridad de la Workers' Compensation Board (de la Junta) para solicitar que los demandantes proporcionen la información personal, incluido su número de Seguro Social, proviene de la autoridad investigadora de la Junta según la Ley de Compensación Obrera (Workers' Compensation Law, WCL), sección 20, y su autoridad administrativa de acuerdo con la sección 142 de la WCL. Esta información se recopila para ayudar a la Junta a investigar y administrar los reclamos de la manera más conveniente posible y para ayudarla a mantener los registros de reclamos precisos. Proporcionar su número de Seguro Social a la Junta es voluntario. No hay penalización por no proporcionar su número de Seguro Social en este formulario; no traerá como consecuencia una denegación de su reclamo ni una reducción en los beneficios. La Junta protegerá la confidencialidad de toda la información personal que esté bajo su cargo, la divulgará solo en cumplimiento de sus obligaciones oficiales y de acuerdo con la ley estatal y federal aplicable.

AVISO DE LA LEY DE TRANSFERENCIA Y RESPONSABILIDAD DE SEGURO MÉDICO (HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT, HIPAA): para adjudicar un reclamo de compensación obrera o un reclamo de beneficios por discapacidad, la sección 13-a(4)(a) de la WCL y la subparte 325-1.3 del Título 12 de los Códigos, Normas y Reglamentos del Estado de Nueva York (New York Codes, Rules and Regulations, NYCRR) exigen que los proveedores de atención médica presenten de manera regular informes médicos de tratamiento a la Junta y a la compañía de seguros o al empleador. Según la sección 164.512 del Título 45 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), estos informes médicos exigidos por ley están exentos de las restricciones de la HIPAA respecto a la divulgación de información médica.

Divulgación de información: la Junta no divulgará ninguna información sobre su caso a ninguna parte no autorizada sin su consentimiento. Si desea que esta información sea divulgada a una parte no autorizada, debe presentar ante la Junta un Formulario OC-110A, "Autorización del Demandante para Permitir Acceso a los Registros de Compensación Obrera", original firmado. Este formulario está disponible en el sitio web de la WCB (www.wcb.ny.gov) y puede obtenerse haciendo clic en el enlace "Forms" ("Formularios"). Si no tiene acceso a internet, llame al (877) 632-4996 o visite nuestro Centro del Servicio al Cliente más cercano para obtener una copia del formulario. En lugar del Formulario OC-110A, puede presentar una carta de autorización original firmada y notariada.

Un empleador o compañía aseguradora, o cualquier empleado, agente o persona que actúe en nombre de un empleador o compañía aseguradora, que A SABIENDAS HAGA UNA DECLARACIÓN O REPRESENTACIÓN FALSA en cuanto a un hecho material en el curso del informe, investigación o ajuste de un reclamo para obtener cualquier beneficio o pago según este capítulo con el fin de evitar la provisión de ese pago o beneficio SERÁ CULPABLE DE UN DELITO Y ESTARÁ SUJETO A MULTAS CONSIDERABLES Y PRISIÓN.