



Usted se lesionó en el trabajo. ¿Qué debe hacer ahora?

La Junta de Compensación Obrera del Estado de Nueva York (New York State Workers' Compensation Board) (Junta) recibió un aviso que indicaba que usted se lesionó en el trabajo, por lo que preparamos un caso de compensación de los trabajadores en su nombre. Es posible que ya haya recibido tratamiento médico. Si todavía no lo ha hecho, debería recibir cualquier atención médica necesaria lo más pronto posible.

Para obtener asistencia con su reclamo, llame a la **Junta de Compensación Obrera** al **(877) 632-4996**.

Sus responsabilidades

- Debe informar por escrito a su empleador cuándo, dónde y cómo se lesionó. Hágalo tan pronto como sea posible dentro de los siguientes 30 días después de la lesión.
- Avise a sus proveedores de atención médica que tiene una lesión relacionada con el trabajo e indique el nombre de su empleador. No pague la atención que reciba ni use otro seguro médico. Su proveedor de atención médica presentará los informes médicos ante la Junta y ante su empleador o aseguradora. Si su caso entra en disputa, la Junta necesitará un informe médico de su lesión para empezar a resolver su reclamo.
- Usted deberá presentar un formulario **Employee Claim** (Reclamo del empleado, Formulario C-3S) en la que informará a la Junta sobre su lesión lo más pronto posible. Debe avisar sobre su lesión o enfermedad a la Junta dentro de los siguientes dos años. Si anteriormente ya se había lesionado la misma parte del cuerpo o si tuvo una enfermedad similar, debe también presentar un formulario **Limited Release of Health Information** (Divulgación limitada de información sobre la salud, Formulario C-3.3S).

Dos formas de presentar un reclamo

Visite wcb.ny.gov y seleccione **File a Claim (Presentar un reclamo)**.

Complete los formularios impresos que se adjuntan y envíelos por correo a la Junta.

Si tiene alguna pregunta sobre cómo presentar el Reclamo del empleado (Formulario C-3S), llame al **(877) 632-4996** y un representante de la Junta le ayudará.

Facturas de atención médica y de viaje

No le pague a su proveedor de atención médica ni al hospital por el tratamiento que recibió debido a esta lesión o enfermedad. Esas facturas las paga la aseguradora, a menos que la Junta emita una decisión que diga que su reclamo no es válido. Si su caso entra en disputa, se les pagará a los proveedores de atención médica si la Junta decide a su favor en el caso. *Sin embargo, si la Junta decide en su contra, o si usted no presenta un caso, usted tendrá que pagarle al proveedor de atención médica o al hospital (o enviarlo a la compañía donde tenga un seguro médico).*

El seguro de compensación de los trabajadores de su empleador cubre el equipo y los medicamentos necesarios médicamente que recete su proveedor de atención médica. También puede recibir reembolsos por millaje, transporte público u otros gastos necesarios incurridos cuando viaja para recibir el tratamiento. Asegúrese de obtener los recibos de estos gastos y enviarlos a la aseguradora de compensación de los trabajadores en un formulario **Claimant's Record of Medical and Travel Expenses and Request for Reimbursement** (Registro de gastos médicos y de viaje del reclamante y solicitud de reembolso, Formulario C-257S).

PAQUETE DE INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE

En general, usted puede elegir a cualquier proveedor de atención médica siempre que el proveedor esté autorizado por la Junta. Puede buscar a un proveedor de atención médica autorizado en su área por medio de la función **“Find a Doctor”** (Encuentre a un médico) que está en el sitio web de la Junta en **wcb.ny.gov**. También puede utilizar las clínicas de salud ocupacional. Sin embargo, si la aseguradora de compensación de los trabajadores de su empleador utiliza a una Organización de proveedor preferido (Preferred Provider Organization, PPO) que puede proporcionarle la atención médica para las lesiones relacionadas con compensación de los trabajadores, usted debe recibir el tratamiento inicial en la red de la PPO. Si esa aseguradora también tiene redes de farmacias y servicios de diagnóstico, usted debe recibir estos servicios dentro de esas redes. La aseguradora debe informarle sobre sus redes de proveedores requeridos y cómo utilizarlas.

Beneficios por salarios perdidos

Usted tiene derecho a una parte de sus salarios perdidos, que se deben pagar rápidamente si su lesión le afecta en una o más de las siguientes formas:

1. Evita que usted pueda trabajar durante más de siete días.
2. Tiene una discapacidad permanente en parte de su cuerpo.
3. Su salario se reduce porque trabaja menos horas o hace otro tipo de trabajo.

Usted puede contratar a un abogado o a un representante autorizado para ayudarle con su reclamo, pero no es obligatorio. La Junta establece sus honorarios, que se pueden deducir de la adjudicación por salarios perdidos que usted reciba. Usted y su familia no deberán pagar nada directamente a su abogado o representante autorizado.

Si su caso entra en disputa, usted puede recibir los beneficios por discapacidad mientras se escucha el caso. Para obtener un formulario de **Notice and Proof of Claim for Disability Benefits** (Notificación Y Evidencia De Reclamación De Beneficios Por Incapacidad, Formulario DB-450S), visite **wcb.ny.gov**, llame a la Junta para obtener asistencia o visite una oficina de la Junta. Si se resuelve el caso a su favor, los beneficios por discapacidad se deducirán de la adjudicación por salarios perdidos.

Ayuda a su disposición

Algunas veces necesitará ayuda para regresar a trabajar. Su empleador podría asignarle trabajo más liviano o diferente que le permita trabajar mientras sana. Una lesión también puede ocasionar problemas familiares o financieros. La Junta tiene consejeros de rehabilitación vocacional y trabajadores que pueden ayudar. Llame a la Junta para obtener más información sobre los servicios disponibles y para recibir asistencia.

Si está preocupado por la dependencia de medicamentos opioides contra el dolor, llame a NYS OASAS HOPELine al **877-8-HOPENY (877-846-7369)**.

¿Qué sucede después?

Su empleador o la compañía de seguros de compensación de los trabajadores se comunicará con usted si se acepta su reclamo. Cuando esto suceda, sus proveedores de atención médica recibirán el pago y empezarán los beneficios de salarios perdidos. Si su caso está en disputa, la Junta le notificará que está resolviendo el caso y puede solicitar información adicional si fuera necesario.

INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO

Junta de Compensación Obrera,
incluye los beneficios por
discapacidad

(877) 632-4996

general_information@wcb.ny.gov

wcb.ny.gov



La solicitud de eCase de la Junta le permite ver en línea el contenido de la carpeta de su caso. Para obtener información general o inscribirse en eCase, visite el sitio web de la Junta en wcb.ny.gov



**Workers'
Compensation
Board**

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. ¿Recuerda haber sufrido otra lesión en la misma parte del cuerpo o haber sufrido una enfermedad parecida? Sí No
Si responde "Sí", ¿lo trató un médico? Sí No Si responde "Sí", dé los nombres y domicilios de el/los médico/s que lo trataron y **COMPLETE Y PRESENTE EL FORMULARIO C-3.3 JUNTO CON ESTE FORMULARIO:**

6. ¿La lesión/enfermedad anterior se relacionó con el trabajo? Sí No
Si responde "Sí", ¿trabajaba para el mismo empleador que trabaja actualmente? Sí No

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

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

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

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

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

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

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

Nombre en letra de imprenta: _____ Cargo: _____

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

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

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

Sección A. Su información (empleado):

En la Sección A, escriba su nombre, dirección y demás información solicitada.

Nota sobre el Punto 7: Las audiencias de la Junta se realizan en inglés. Si necesita a un intérprete, seleccione **Sí** e indique el idioma en que lo necesita.

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

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

Sección B. Sus empleadores:

En la Sección B, escriba el nombre, dirección, número de teléfono y otra información del empleador con el que estaba trabajando al momento de la lesión o enfermedad.

Nota: Su empleador es la compañía o agencia que emite su pago de salario. Si usted es un contratista en un sitio de trabajo u oficina, la agencia de personal o el proveedor que lo contrató es su empleador, no el sitio de trabajo o la oficina a donde se presenta a trabajar.

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

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

Sección D. Su lesión o enfermedad:

En la Sección D, escriba su lesión o enfermedad.

Punto 1: Escriba la fecha en que se lesionó o la primera fecha en que notó que se había enfermado.

Si esta es una enfermedad o una enfermedad ocupacional, salte el punto 2. La fecha en que se lesionó debe estar en el formato mes/día/año. El año debe estar escrito como cuatro dígitos, por ejemplo, 2015.

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

Punto 3: Indique el lugar donde ocurrió la lesión o enfermedad, incluyendo la dirección del edificio y el lugar físico en el edificio donde ocurrió la lesión o enfermedad.

Punto 4: Indique si este es su lugar normal de trabajo. Si no lo es, explique por qué se encontraba en ese lugar.

Punto 5: Describa en detalle lo que estaba haciendo al momento de la lesión o enfermedad (por ejemplo, descargar a mano las cajas que estaban en un camión).

Esto explica los eventos antes de la lesión.

Punto 6: Describa con detalle la forma como ocurrió la lesión o enfermedad (por ejemplo, yo estaba sacando una caja pesada de un camión). Esto debería incluir a todas las personas y eventos involucrados en la lesión o enfermedad.

Punto 7: Indique completamente la naturaleza y extensión de su enfermedad o lesión e incluya todas las partes del cuerpo lesionadas. Sea lo más específico posible (por ejemplo, me lesioné la espalda tratando de levantar una caja pesada. Me duele al agacharme o hasta sostener objetos más livianos).

Punto 8: Indique si hubo algún objeto involucrado en el accidente **que no haya sido** un vehículo motorizado autorizado. Otros objetos pueden incluir una herramienta (por ejemplo, martillo), una sustancia química (por ejemplo, ácido), maquinaria (por ejemplo, montacargas o perforadora), etc.

Punto 9: Indique si estuvo involucrado un vehículo motorizado autorizado en el accidente. Si es así, indique si el vehículo motorizado era suyo, de su empleador o de un tercero. Incluya el número de placa (si lo conoce). Si su vehículo estuvo involucrado, escriba el nombre y la dirección de la compañía de seguros encargada del seguro de responsabilidad de automóvil.

Punto 10: Indique si le avisó a su empleador o supervisor sobre su lesión o enfermedad. Si lo hizo, indique a quién le avisó al igual que si fue verbalmente o por escrito. Incluya la fecha en que dio el aviso.

Punto 11: Indique si alguien más vio lo que ocurrió. Si alguien más lo vio, incluya los nombres.

Sección E. Reincorporación al trabajo:

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

Punto 2: Si ya regresó a trabajar, marque Sí. Además, indique la fecha en que empezó a trabajar de nuevo, al igual que si regresó a sus Obligaciones normales o si está con Obligaciones limitadas o restringidas. (Si todavía no ha regresado por completo a las obligaciones laborales que tenía antes de la lesión o enfermedad, entonces está con Obligaciones limitadas).

Punto 3: Si ya regresó a trabajar, indique para quién trabaja ahora.

Punto 4: Escriba su salario bruto (salario antes de los impuestos) por período de pago para el trabajo que realiza ahora. Indique con qué frecuencia recibe un pago de salario (semanal, bisemanal, etc.).

Sección F. Tratamiento médico por la lesión o enfermedad:

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

Punto 2: Indique si lo trataron primero en el trabajo debido a esta lesión o enfermedad.

Punto 3: Indique el lugar fuera del sitio de trabajo donde recibió por primera vez el tratamiento médico por la lesión o enfermedad. Incluya el nombre y dirección del centro médico, al igual que el número de teléfono (con código de área).

Punto 4: Si todavía está recibiendo tratamiento para la misma lesión o enfermedad, marque Sí e indique el nombre y dirección de los médicos que lo están tratando, al igual que el número de teléfono (con código de área); de lo contrario, marque No.

Punto 5: Si cree que ya tenía una lesión en la misma parte del cuerpo o una enfermedad similar, marque Sí e indique si recibió tratamiento de un médico para esa lesión o enfermedad. Si recibió tratamiento de un médico, indique los nombres y direcciones de los médicos que lo trataron y **complete y presente el Formulario C-3.3S junto con este formulario.**

Punto 6: Si tuvo una enfermedad o lesión anterior, marque si esa lesión o enfermedad anterior estaba relacionada con el trabajo. Si la respuesta es Sí, indique si la lesión o enfermedad ocurrió mientras trabajaba con su empleador actual.

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

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

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

Sus derechos:

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

Este formulario se debe presentar enviándolo directamente a la siguiente dirección:

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

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