



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

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

A. SU INFORMACIÓN (empleado)

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

B. SU/S EMPLEADOR/ES

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

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

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

D. SU LESIÓN O ENFERMEDAD

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

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