

ESTADO DE NUEVA YORK
JUNTA DE COMPENSACIÓN OBRERA

SOLICITUD PARA LA REAPERTURA DE UN RECLAMO, MÁS DE SIETE AÑOS DESPUÉS DEL ACCIDENTE

NOTIFICACIÓN: Este formulario deberá presentarse de inmediato ante el Presidente, la Junta de Compensación Obrera Workers' Compensation Board, WCB), junto con el informe del médico tratante (Formulario C-27) si se requiere, en la oficina de distrito en donde se cerró el caso. Se debe completar la información en el reverso.

RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS DE MANERA COMPLETA - IMPRIMA O TIPEE CON CLARIDAD

Nro. de caso de la WCB _____ Fecha del accidente _____ N.º del Seguro Social del Demandante _____

1. Nombre de la persona lesionada _____ Género O M O F O X Fecha de nacimiento _____

Dirección actual _____ Depto. N.º _____

2. Empleador (al momento del accidente) _____

Dirección _____

3. ¿Cuándo trabajó por última vez para este empleador? _____

4. Nombre del médico tratante actual _____

Dirección _____

5. Si el empleado lesionado falleció, indique la fecha de defunción _____

6. Naturaleza de la lesión _____

7. Establezca razones específicas por las que desea reabrir su caso _____

8. REGISTRE EL TRATAMIENTO MÉDICO DESDE EL ACCIDENTE (Enumere todos los médicos y hospitales):

Table with 3 columns: Médico u Hospital, Dirección, Período. Rows include 'Desde' and 'hasta' fields for recording medical treatment.

9. ¿Se le suministró algún aparato o dispositivo para su lesión o se le entregó con el tratamiento al momento de su accidente? ... Sí No

(a) Si responde "Sí", ¿quién lo suministró y quién lo pagó? _____

(b) ¿Se ha reemplazado o reparado dicho aparato? ... Sí No

(c) Si responde "Sí", ¿quién y en qué fecha? _____

10. ¿Su empleador o aseguradora le suministraron algún tratamiento médico o quirúrgico u atención en el hospital durante los últimos 8 años? ... Sí No

11. ¿Su empleador o aseguradora le suministraron o repararon algún aparato o dispositivo artificial durante los últimos 8 años? ... Sí No

12. ¿Demandó a alguien más además de presentar un reclamo por compensación como resultado de su accidente? Si responde "Sí", indique lo siguiente: ... Sí No

Nombre y dirección del abogado _____

Fecha de conciliación _____ Importe de la conciliación: \$ _____

Presente copia de los documentos de la conciliación, si los tiene disponibles.

(Complete la información en el reverso)

13. ¿Se le pagó alguna compensación durante los últimos 8 años? Sí No
 Si responde "Sí", brinde la siguiente información:
- (a) ¿Cuándo se hizo el último pago? _____
- (b) ¿Quién lo hizo? _____
- (c) ¿Se le asignaron tareas más livianas? Sí No
- (d) Si responde Sí a (c), ¿recibió beneficios por la reducción en sus ingresos? Sí No
14. ¿Sufrió alguna otra lesión desde que su caso se cerró? Sí No
 Si responde "Sí", indique lo siguiente:
- (a) Naturaleza de la lesión _____
- (b) Fecha del accidente _____
- (c) Nombre del empleador _____
- (d) Número de caso de la Junta de Compensación Obrera _____
- (e) Fecha de la última audiencia _____
15. ¿Trabaja actualmente? Sí No
 Si **no** trabaja actualmente ¿está retirado? Sí No
 Si **trabaja** actualmente, brinde la siguiente información:
- (a) Nombre de su último empleador _____
 Dirección _____
 N.º de registro U.I de NYS del Empleador (si lo conoce) _____
- (b) ¿Cuándo comenzó el período de discapacidad actual? _____
 (Fecha)
- (c) Indique la primera y última fecha en la que trabajó en ese puesto antes de la discapacidad actual:
 Primer día trabajado _____ Último día trabajado _____
- (d) ¿Recibe beneficios por discapacidad por su período de discapacidad actual? Sí No
 Si responde "Sí", ¿de quién? _____

CUALQUIER PERSONA QUE DELIBERADAMENTE TENGA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR A LAS CAUSAS A SER PRESENTADAS O PREPARE CON CONOCIMIENTO O CREENCIA DE QUE SERÁ PRESENTADA POR UNA ASEGURADORA O AUTOASEGURADORA, CUALQUIER INFORMACIÓN QUE CONTenga DECLARACIONES MATERIALMENTE FALSAS U OCASIONE CUALQUIER HECHO MATERIAL SERÁ CULPABLE DE UN DELITO Y ESTARÁ SUJETO A MULTAS IMPORTANTES Y PRISIÓN.

Firma del Demandante _____ N.º de teléfono _____ Fecha _____

Dirección de correo _____

IMPORTANTE

Se debe recibir autorización del Presidente de la Junta de Compensación Obrera antes de obtener tratamiento médico o suministros. De lo contrario, el demandante será responsable por dichos tratamientos médicos o suministros.

Notificación de conformidad con la Ley de Protección de Privacidad de Nueva York (Ley de Funcionarios Públicos, artículo 6-A) y la Ley de Privacidad Federal de 1974 (Art. 441a del título 5 del U.S.C.).

La autoridad de la Junta de Compensación Obrera (Junta) para solicitar que el demandante lesionado proporcione la información personal, incluido su número de seguro social, se deriva de la autoridad investigadora de la Junta de conformidad con la Ley de Compensación Obrera (Worker's Compensation Law, WCL), § 20 y su autoridad administrativa de acuerdo con la WCL, § 142. Esta información es recolectada 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 penalidad por no proporcionar su número de seguro social en este formulario; no traerá como consecuencia una denegación de su reclamo o una reducción en los beneficios. La junta protegerá la confidencialidad de toda la información personal en su posesión y la divulgará solo en cumplimiento de sus deberes oficiales de acuerdo con las leyes estatales y federales

IF YOU HAVE QUESTIONS OR NEED ADVICE ABOUT YOUR CLAIM, YOU MAY CALL OR VISIT THE NEAREST OFFICE OF THE WORKERS' COMPENSATION BOARD.
 SI TIENE ALGUNA PREGUNTA O NECESITA CONSEJO CON RESPECTO A SU RECLAMO, PUEDE LLAMAR O VISITAR LA OFICINA MÁS CERCANA DE LA JUNTA DE COMPENSACIÓN OBRERA