

Enfermedad o lesión profesional

DECLARACIÓN DE DERECHOS



Workers'
Compensation
Board

A todos los trabajadores que se lesionan mientras trabajan o que sufren una enfermedad profesional: pueden tener derecho a las prestaciones de compensación obrera

1. Puede tener derecho a las prestaciones por pérdida de salario si su enfermedad o lesión relacionada con el trabajo le impide trabajar durante más de siete días, le hace ganar un salario inferior o le provoca una incapacidad permanente. Los bomberos voluntarios y los trabajadores voluntarios de ambulancias pueden recibir la indemnización por el tiempo perdido o la pérdida de la capacidad de generar ingresos a partir de la fecha de la lesión o enfermedad.
2. Tiene derecho a recibir tratamiento médico relacionado con su lesión o enfermedad y debe recibirlo de inmediato. Puede acudir a cualquier profesional médico en caso de emergencia. Después debe acudir a un proveedor autorizado por la Junta de Compensación Obrera del Estado de Nueva York (la Junta) o a una clínica de salud ocupacional. Puede buscar un proveedor en wcb.ny.gov. No pague la consulta; el profesional médico facturará a la aseguradora de compensación de los trabajadores de su empleador. Si la aseguradora tiene una red de farmacias o de diagnóstico, debe recibir los servicios dentro de estas redes. La aseguradora debe informarle sobre sus redes de proveedores obligatorias y cómo utilizarlas.
3. Su empleador es responsable de reparar o sustituir cualquier prótesis (por ejemplo, miembros artificiales, dientes postizos, gafas) que se haya perdido o dañado en el transcurso del trabajo. También tiene derecho al reembolso de los medicamentos, muletas o cualquier equipo debidamente prescrito por su médico, así como el transporte y otros gastos necesarios para ir y volver de la consulta médica o del hospital (debe solicitar los recibos de todos esos gastos).
4. Su empleador no puede pedirle que renuncie a su derecho a una indemnización ni deducirle dinero de su salario para pagar las primas del seguro de accidentes de trabajo. Además, no puede ser despedido ni discriminado por haber presentado una reclamación de prestaciones.
5. Tiene derecho a ser representado por un abogado o representante autorizado, pero no es un requisito. Si contrata a un abogado o representante autorizado, no debe pagarle directamente. La Junta fijará sus honorarios y se deducirán de su indemnización.
6. Si se impugna su reclamación por considerar que su lesión o enfermedad no está relacionada con el trabajo o no se produjo en el ejercicio de las funciones de bombero voluntario o trabajador de ambulancias, es posible que se le exija que cubra los costos de su tratamiento médico. Puede calificar para recibir las prestaciones de incapacidad por lesiones no laborales. Para más información sobre las prestaciones por incapacidad, llame a la Junta al **(877) 632-4996**.

Nota: una rápida reincorporación al trabajo y un estilo de vida activo pueden ayudarle a mejorar más rápido. Si necesita ayuda para volver al trabajo, o para resolver problemas familiares o económicos debidos a su lesión o enfermedad, llame a la Junta al **(877) 632-4996** y solicite rehabilitación profesional o asistencia social.

Para presentar un reclamo:

1. Comunique a su empleador, por escrito, que se ha lesionado o enfermado debido a su trabajo, en los 30 días siguientes de producido el accidente o del inicio de la enfermedad.
2. Comunique su lesión o enfermedad a la Junta lo antes posible. Para hacerlo, solicite y presente una *Reclamación del Empleado (Formulario C-3)*. Nota: los bomberos voluntarios presentan la *Solicitud de Prestaciones para Bomberos Voluntarios (Formulario VF-3)*, los trabajadores voluntarios de ambulancias presentan la *Solicitud de Prestaciones para Trabajadores Voluntarios de Ambulancias (Formulario VAW-3)*.
IMPORTANTE: si no notifica a la Junta su lesión o enfermedad en el plazo de dos años, se arriesga a perder el derecho a las prestaciones.
3. Pídale a su médico que envíe copias de los informes médicos relativos a su reclamo a la Junta y a la compañía de seguros de su empleador a las direcciones que figuran en la parte inferior de este formulario.

SI NECESITA AYUDA PARA SOLICITAR UN FORMULARIO DE RECLAMACIÓN O PARA RELLENARLO, O SI TIENE ALGUNA OTRA PREGUNTA SOBRE UNA LESIÓN O ENFERMEDAD RELACIONADA CON EL TRABAJO, LLAME AL **(877) 632-4996**. UN REPRESENTANTE DE LA JUNTA LE AYUDARÁ.

Este documento es una presentación simplificada de sus derechos bajo la Ley de Compensación Obrera. La compañía aseguradora de su empleador la proporciona, tal como lo exige el artículo 110 de la Ley de Compensación Obrera:

ESTABLECIDO POR LA PRESIDENCIA,
JUNTA DE COMPENSACIÓN OBRERA
NYS Workers' Compensation Board,
Centralized Mailing, PO Box 5205,
Binghamton, NY 13902-5205

WCB.NY.GOV