

NOTIFICACIÓN Y EVIDENCIA DE RECLAMACIÓN DE BENEFICIOS POR INCAPACIDAD

SOLICITANTE: LEA ATENTAMENTE LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES

1. UTILICE ESTE FORMULARIO SI SE ENFERMA O SUFRE ALGUNA INCAPACIDAD MIENTRAS ESTÉ TRABAJANDO O DENTRO DE LAS CUATRO (4) SEMANAS POSTERIORES A LA TERMINACIÓN DEL EMPLEO. UTILICE EL FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DB-300 SI SE ENFERMA O SUFRE ALGUNA INCAPACIDAD DESPUÉS DE HABER ESTADO DESEMPLEADO POR MÁS DE CUATRO (4) SEMANAS.
2. USTED DEBE LLENAR TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO DE LA PARTE A- "DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE". SUMINISTRE INFORMACIÓN PRECISA. VERIFIQUE TODAS LAS FECHAS.
3. ASEGÚRESE DE FECHAR Y FIRMAR LA RECLAMACIÓN (VER NUMERAL 12). SI NO PUEDE FIRMAR ESTE FORMULARIO DE RECLAMACIÓN, SU REPRESENTANTE PUEDE FIRMAR EN SU NOMBRE. EN TAL CASO, EL NOMBRE Y LA DIRECCIÓN DEL REPRESENTANTE, ASÍ COMO LA RELACIÓN CON USTED, SE DEBEN INDICAR DEBAJO DE LA FIRMA.
4. NO ENVÍE ESTA SOLICITUD POR CORREO HASTA QUE SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA HAYA LLENADO Y FIRMADO LA PARTE B: "DECLARACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA".
5. EL FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DILIGENCIADO SE DEBE ENVIAR POR CORREO A SU ÚLTIMO EMPLEADOR O A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE SU ÚLTIMO EMPLEADOR, EN UN PLAZO DE TREINTA (30) DÍAS DESPUÉS DE QUE SE ENFERME O SUFRA UNA INCAPACIDAD.
6. RECUERDE SACAR UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO DILIGENCIADO PARA SUS REGISTROS ANTES DE ENVIARLO.

PARTE A: DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE (Escriba en letra de imprenta o a máquina)
CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS

Número de Seguro Social

--	--	--	--	--	--	--	--

1. Mi nombre es.....

Primer nombre
Segundo nombre
Apellidos
2. Dirección.....

Número
Calle
Ciudad o pueblo
Estado
Código postal
Apto. No.
3. Tel. No.....
4. Fecha de nacimiento
5. ¿Está casado(a)? (Marque una casilla) Sí No
6. Mi incapacidad es (si se trata de una lesión, indique también cómo, cuándo y dónde ocurrió)
7. Sufrí la incapacidad el a. Trabajé ese día Sí No

Mes
Día
Año
- b. Desde entonces trabajo a cambio de sueldo o lucro. Sí No En caso afirmativo, indique las fechas
8. Escriba el nombre de su último empleador. Si tuvo más de un empleador durante las últimas ocho (8) semanas, méncionelos a todos.

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR			FECHAS DE EMPLEO		SALARIO SEMANAL PROMEDIO (Incluidos bonificaciones, propinas, comisiones, valor razonable de alimentos, alquiler, etc.)
RAZÓN SOCIAL	DIRECCIÓN COMERCIAL	Nº. DE TELÉFONO	DESDE	HASTA	
			DD MM AAAA	DD MM AAAA	

9. Mi trabajo consiste o consistía en

Ocupación
Nombre del sindicato y número local, si está afiliado
10. Durante el período de incapacidad que abarca esta reclamación
 - a. ¿Está recibiendo sueldo, salario o indemnización por despido?: Sí No
 - b. ¿Está recibiendo o reclamando:
 - (1) Indemnización por accidentes laborales debido a una incapacidad relacionada con su trabajo? Sí No
 - (2) Beneficios del seguro de desempleo? Sí No
 - (3) Indemnización por daños y perjuicios debido a lesiones personales? Sí No
 - (4) Beneficios bajo la Ley Federal de Seguridad Social por discapacidad de largo plazo? Sí No

SI LA RESPUESTA ES "SÍ" EN ALGUNA DE LAS PREGUNTAS DE 10a O 10b, SUMINISTRE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN:

He recibido reclamado de durante el período de a.....

11. Recibí beneficios por incapacidad en otro período o períodos de incapacidad dentro de las 52 semanas inmediatamente previas al inicio de la incapacidad actual Sí No
 En caso afirmativo, llene la siguiente información: He recibido dinero de Desde Hasta

Fecha
Fecha

12. Declaro que leí las instrucciones anteriores. Por medio de este formulario, presento la reclamación de beneficios por incapacidad y certifico que durante el período cubierto por esta reclamación estuve incapacitado; y que las declaraciones anteriores, incluidas las declaraciones adicionales que le acompañan, son verdaderas y completas a mi leal saber y entender.

CUALQUIER PERSONA QUE, A SABIENDAS Y CON INTENCIÓN DE COMETER FRAUDE, PRESENTE, HAGA PRESENTAR O PREPARE CON CONOCIMIENTO O CREYENDO QUE SERÁ PRESENTADA A O POR UN ASEGURADOR, O AUTOASEGURADOR, CUALQUIER INFORMACIÓN QUE CONTENGA DECLARACIONES SUSTANCIALES FALSAS, O QUE OCULTE HECHOS SUSTANCIALES, SERÁ CULPABLE DE UN DELITO Y ESTARÁ SUJETA A MULTAS SUSTANCIALES Y ENCARCELAMIENTO.

Reclamación firmada el

Fecha
Firma del solicitante

Si firma una persona diferente al solicitante, escriba debajo: nombre, dirección y relación del representante.

Divulgación de información: La Junta no divulgará información sobre su caso a terceros no autorizados sin su consentimiento. Si usted desea que tal información se entregue a un tercero no autorizado, deberá presentar ante la Junta un Formulario OC-110A original firmado, "Autorización del solicitante para la divulgación de los registros de indemnización por accidentes laborales," o una carta de autorización original firmada y autenticada ante un notario. Puede llamar a la oficina local de WCB más cercana a usted para solicitar que le envíen el Formulario OC-110A o puede descargarlo de nuestra página web, www.wcb.ny.gov. Se encuentra bajo el título *Common Forms Online* (Formularios comunes en línea). Envíe por correo el formulario de autorización diligenciado o la carta a la dirección que se indica más adelante.

SI TIENE DUDAS RELACIONADAS CON LA RECLAMACIÓN DE BENEFICIOS POR INCAPACIDAD, COMUNÍQUESE CON LA OFICINA MÁS CERCANA DE LA JUNTA DE COMPENSACIÓN PARA EL TRABAJADOR DE NUEVA YORK, O ESCRIBA A: WORKERS' COMPENSATION BOARD, DISABILITY BENEFITS BUREAU, 100 BROADWAY-MENANDS, ALBANY, NY 12241-0005

NOTIFICACIÓN Y EVIDENCIA DE RECLAMACIÓN DE BENEFICIOS POR INCAPACIDAD

IMPORTANTE: UTILICE ESTE FORMULARIO ÚNICAMENTE SI EL SOLICITANTE SE ENFERMA O SUFRE ALGUNA INCAPACIDAD MIENTRAS ESTÁ TRABAJANDO O DENTRO DE LAS CUATRO (4) SEMANAS POSTERIORES A LA TERMINACIÓN DEL EMPLEO. DE LO CONTRARIO, UTILICE EL FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DB-300.

PARTE B: DECLARACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA (Escriba en letra de imprenta o a máquina) LA DECLARACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA DEBE LLENARSE POR COMPLETO Y EL FORMULARIO SE DEBE ENVIAR POR CORREO A LA ASEGURADORA O AL EMPLEADOR AUTOASEGURADO O DEVOLVERSE AL SOLICITANTE EN UN PLAZO DE SIETE DÍAS A PARTIR DE LA RECEPCIÓN DEL FORMULARIO. En el numeral 7d, proporcione una fecha aproximada. realice un cálculo. Si la incapacidad es ocasionada por embarazo o surge en relación con él, introduzca la fecha estimada del parto en la sección "Observaciones".

1. Nombre del solicitante 2. Fecha de nacimiento 3. Sexo Masculino Femenino
4. Diagnóstico/Análisis Código del diagnóstico.....
- a. Síntomas del solicitante
- b. Resultados objetivos
5. ¿El solicitante estuvo hospitalizado? Sí No Desde Hasta
6. ¿Se indicó una operación? Sí No a. Tipo b. Fecha
7. Introduzca las fechas correspondientes:
- | | Mes | Día | Año |
|--|-----|-----|-----|
| a. Fecha de su primer tratamiento para esta incapacidad | | | |
| b. Fecha del tratamiento más reciente al que se ha sometido para esta incapacidad..... | | | |
| c. Fecha en la que el solicitante no pudo trabajar debido a esta incapacidad | | | |
| d. Fecha en la que el solicitante podrá realizar sus labores | | | |
- (Incluso si no se conoce con exactitud, proporcione una fecha aproximada. Evite el uso de términos como desconocida o indeterminada.)
8. En su opinión, ¿esta incapacidad es el resultado de una lesión derivada del trabajo o una enfermedad ocupacional durante el curso del mismo? Sí No
- En caso afirmativo, ¿ya presentó el Formulario C-4 ante la Junta de Compensación Obrera? Sí No
- Observaciones (adjunte una hoja adicional, si es necesario)
- (Si la incapacidad está relacionada con embarazo, escriba la fecha aproximada del parto)

Declaro que ejerzo como <input type="checkbox"/> Quiropráctico <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Dentista <input type="checkbox"/> Podólogo <input type="checkbox"/> Enfermera-Partera	Con licencia del estado de	Número de licencia
--	----------------------------	--------------------

CUALQUIER PERSONA QUE, A SABIENDAS Y CON INTENCIÓN DE COMETER FRAUDE, PRESENTE, HAGA PRESENTAR O PREPARE CON CONOCIMIENTO O CREYENDO QUE SERÁ PRESENTADA A O POR UN ASEGURADOR, O AUTOASEGURADOR, CUALQUIER INFORMACIÓN QUE CONTENGA DECLARACIONES SUSTANCIALES FALSAS, O QUE OCULTE HECHOS SUSTANCIALES, SERÁ CULPABLE DE UN DELITO Y ESTARÁ SUJETA A MULTAS SUSTANCIALES Y ENCARCELAMIENTO.

Firma del proveedor de atención médica Fecha

Nombre del proveedor de atención médica (En letra de imprenta) Tel:

Dirección de la oficina

Número	Calle	Ciudad o pueblo	Estado	Código postal
--------	-------	-----------------	--------	---------------

AVISO DE HIPAA: Para adjudicar una reclamación de indemnización por accidentes laborales, WCL13-a(4)(a) y 12 NYCRR 325-1.3 exigen que los proveedores de atención médica presenten periódicamente informes médicos de tratamiento ante la Junta y la aseguradora o el empleador. En virtud de 45 CFR 164.512, estos informes médicos exigidos por la ley están exentos de las restricciones establecidas por HIPAA para la divulgación de información médica.