

Nombre del reclamante: _____ Número de Seguro Social: _____

New York State Workers' Compensation Board, Disability Benefits Bureau
Formulario DB-450.1, Declaración del reclamante respecto a un accidente sin culpa o una lesión personal

Instrucciones para el reclamante: Llene este formulario si quedó discapacitado después de haber estado **desempleado durante más de cuatro (4) semanas** e indicó en el Formulario DB-450 que su discapacidad puede ser el resultado de una lesión debida a un accidente de vehículo motorizado sin culpa o a la negligencia o conducta incorrecta de un tercero, es decir, una persona individual, una firma, etc.

La Sección 227 de la Ley de Beneficios por Discapacidad establece que el Presidente de la Junta de Compensación Obrera puede tener un gravamen por la cantidad de beneficios que se le han pagado a usted, contra el producto de cualquier recuperación que usted pueda recibir de un tercero, ya sea por juicio, acuerdo o de otra manera.

La Ley establece que usted podría perder sus derechos a los Beneficios por discapacidad y posiblemente reembolsar los pagos que ya recibió, si:

1. Acepta un acuerdo de un tercero por un monto menor que los beneficios establecidos por la Ley de Beneficios por discapacidad, sin el consentimiento escrito del Presidente de la Junta de Compensación Obrera.
2. Firma cualquier exención o liberación de responsabilidad de su reclamo contra un tercero, independientemente de que usted haya o no recibido algún pago.

Debe completar este formulario y enviarlo con su formulario DB-450 lleno para que no haya ningún retraso en el pago de sus Beneficios por discapacidad.

DECLARACIÓN DEL RECLAMANTE SOBRE EL ACCIDENTE

1. Fecha del accidente	2. Lugar donde ocurrió el accidente (Dirección completa, ciudad, estado, código postal)
------------------------	--

3. Causa del accidente: Vehículo motorizado Compensación de los trabajadores Otro

4. a. ¿Inició una acción contra tal parte? Sí No
b. Si la respuesta es "No", ¿tiene intención de iniciar esa acción? Sí No
Si su respuesta es "Sí", proporcione el nombre y la dirección de la parte (o las partes):

5. Si contrató a un abogado, proporcione la siguiente información:

Nombre y dirección del abogado

N.º de teléfono:

6. ¿Ha acordado un monto por la lesión? Sí No

Si su respuesta es sí, proporcione: Monto del acuerdo (\$)

Fecha del acuerdo:

7. ¿Ha recibido pago por atención médica que no sea de su propio seguro o plan de salud? Sí No

Si la respuesta es "Sí", proporcione Nombre y dirección de la compañía de seguros o de otro tercero pagador

Accidente de vehículo motorizado: Llene esta sección y adjunte el formulario MV-104, Informe del accidente o Informe policíaco del accidente

8. ¿Está presentando/recibiendo un reclamo o tiene intención de presentar un reclamo/recibir beneficios de seguro sin culpa? Sí No

Hubo un vehículo comercial implicado: Sí No

Si la respuesta es "Sí", está tomando una acción de tercero: Sí Si la respuesta es "No", explique.

Explicación:

Daños por otra lesión personal que implica a un tercero

9. ¿Estaba esta parte asegurada para tal acción? Sí No

Nombre y dirección de la compañía de seguros:

N.º de póliza

10. ¿Estaba asegurado para este accidente? Sí No

Si la respuesta es "Sí", proporcione el nombre y la dirección de la compañía de seguros

N.º de póliza

Por este medio certifico que las afirmaciones anteriores, incluyendo cualquier declaración adjunta son verdaderas y están completas según mi leal saber y entender.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

