



AVISO Y PRUEBA DE RECLAMACIÓN POR BENEFICIOS DE DISCAPACITACIÓN

Use este formulario si quedó discapacitado mientras estaba empleado o si quedó discapacitado en un plazo de cuatro (4) semanas después de la terminación del empleo...

PARTE A: INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE (Escriba a máquina o en letra de molde)

- 1. Apellido: Primer nombre: Inicial del segundo nombre:
2. Dirección postal (Calle y número de apto.): Ciudad: Estado: Código postal: País:
3. N.º de teléfono durante el día: 4. Dirección de correo electrónico:
5. Número de Seguro Social: 6. Fecha de nacimiento: 7. Sexo:
8. Mi discapacidad es (si es una lesión, también indique cómo, cuándo y dónde ocurrió):
9. Quedé discapacitado o inelegible para el seguro de desempleo debido a esta discapacidad el:
Trabajé ese día:
¿Se recuperó de esta discapacidad? Si la respuesta es "Sí", ¿en qué fecha pudo volver al trabajo?
¿Ha trabajado desde entonces por sueldos o beneficios? Si la respuesta es "Sí", enumere las fechas:
10. Proporcione el nombre del último empleador. Si tuvo más de un empleador en las últimas ocho (8) semanas, enumere todos los empleadores.

Table with 3 main sections: ÚLTIMO EMPLEADOR, OTRO EMPLEADOR (en las últimas ocho (8) semanas), and PERÍODO DE EMPLEO. Columns include Name, Address, Phone, Start Date, End Date, and Average Weekly Wage.

- 11. Mi empleo es o era: Ocupación 12. Miembro del sindicato Si la respuesta es "Sí": Nombre del sindicato o el número local
13. ¿Tenía un reclamo o estaba recibiendo el beneficio de desempleo antes de esta discapacidad? Si no presentó un reclamo o lo presentó pero no recibió beneficios del seguro por desempleo después del ÚLTIMO DÍA TRABAJADO, explique detalladamente las razones:
14. Durante el período de discapacidad cubierto por este reclamo:
A. ¿Está recibiendo sueldos, salarios o pago por separación del empleo?
B. ¿Está recibiendo o presentando un reclamo?
1. Compensación obrera por discapacidad relacionada con el empleo:
2. Licencia con goce de sueldo para asuntos familiares:
3. Accidente de vehículo motorizado sin culpa (marque la casilla de verificación): o lesión personal que implica a un tercero (marque la casilla de verificación):
4. Beneficios por discapacidad de largo plazo de acuerdo con la Ley Federal de Seguro Social por esta discapacidad:
SI LA RESPUESTA ES "SÍ" EN CUALQUIERA DE LOS INCISOS EN A PREGUNTA 14, COMPLETE LO SIGUIENTE:
He: recibido presentado reclamo de: para el período: al:
15. En el año (52 semanas) antes del inicio de su discapacidad, ¿ha recibido beneficios por discapacidad de otros períodos de discapacidad?
Si la respuesta es "Sí", complete la información que se solicita a continuación. Pagado por: del: al:
16. En el año (52 semanas) antes del inicio de su discapacidad, ¿ha recibido una licencia con goce de sueldo para asuntos familiares?
Si la respuesta es "Sí", complete la información que se solicita a continuación. Pagado por: del: al:

Por este medio solicito los beneficios por discapacidad y certifico que estuve discapacitado durante el período cubierto por este reclamo. Si mi discapacidad inició mientras estaba desempleado, certifico que había estado desempleado durante más de cuatro (4) semanas. Leí las instrucciones de la página 2 de este formulario y certifico que las afirmaciones anteriores, incluyendo cualquier declaración adjunta son verdaderas y están completas según mi leal saber y entender.

Firma del solicitante Fecha
Una persona puede firmar en nombre del reclamante solo si está legalmente autorizada para hacerlo y el reclamante es menor de edad, mentalmente incompetente o discapacitado. Si firma otra persona que no sea el reclamante, imprima la siguiente información, complete y envíe el Formulario OC-110A, Autorización del Reclamante para divulgar los expedientes de Compensación Obrera.

En representación del reclamante Dirección Relación con el reclamante

**PARTE B: DECLARACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA** (Escriba a máquina o en letra de molde)

EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA DEBE LLENAR LA DECLARACIÓN EN SU TOTALIDAD. EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA TRATANTE DEBE LLENARLA Y DEVOLVERLA AL RECLAMANTE EN EL TRANCURSO DE SIETE (7) DÍAS DESPUÉS DE LA RECEPCIÓN DE ESTE FORMULARIO. En el inciso 7-d debe proporcionar una fecha estimada. Si la discapacidad es causada o surge en relación con el embarazo, ingrese la fecha de parto estimada en el inciso 9. **LAS RESPUESTAS INCOMPLETAS PUEDEN OCASIONAR RETRASO EN EL PAGO DE LOS BENEFICIOS.**

1. Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_
2. Sexo:  Masculino  Femenino 3. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
4. Diagnóstico/análisis: \_\_\_\_\_ Código de diagnóstico: \_\_\_\_\_
- a. Síntomas del reclamante: \_\_\_\_\_
- b. Hallazgos objetivos: \_\_\_\_\_
5. ¿Se hospitalizó al reclamante?  Sí  No Del: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ al: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
6. Operación indicada:  Sí  No a. Tipo \_\_\_\_\_ b. Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

7. INGRESE LAS FECHAS DE LO SIGUIENTE	MES	DÍA	AÑO
a. Fecha de su primer tratamiento por esta discapacidad			
b. Fecha de su tratamiento más reciente por esta discapacidad			
c. Fecha en que el reclamante no pudo trabajar debido a esta discapacidad			
d. Fecha en que el reclamante podrá volver a realizar su trabajo (Incluso si existe una duda considerable, calcule la fecha. Evite usar términos como se desconoce o no determinada).			
e. Si se relaciona con el embarazo, marque la casilla e ingrese la fecha <input type="checkbox"/> fecha de parto estimada o <input type="checkbox"/> fecha real del parto			

8. En su opinión, ¿es la discapacidad el resultado de una lesión surgida por el empleo y en el curso del empleo o de una enfermedad ocupacional?  
 Sí  No Si la respuesta es "Sí", ¿se presentó el Formulario C-4 a la Junta?  Sí  No

**Certifico que soy:**

_____ (Médico, quiropráctico, dentista, podiatra, psicólogo, enfermera partera)	_____ Licencia o Certificado del estado de _____	_____ Número de licencia _____
_____ Nombre en letra de molde del proveedor de atención médica	_____ Firma del proveedor de atención médica	_____ Fecha _____
_____ Dirección del proveedor de atención médica		_____ N.º de teléfono _____

**RECLAMANTE: LEA CON ATENCIÓN LAS INSTRUCCIONES.**

**TENGA EN CUENTA: No ponga la fecha ni presente el formulario antes de la primera fecha de discapacidad. Para que se procese un reclamo deben estar llenas las partes A y B.**

1. Si está usando este formulario porque quedó discapacitado **mientras estaba empleado** o quedó discapacitado **en un plazo de cuatro (4) semanas después de la terminación del empleo**, debe enviar por correo su reclamo completo **en el término de treinta (30) días al corredor de seguros de su empleador o de su último empleador**. Puede encontrar al corredor del seguro por discapacidad del empleador en el sitio web de la Junta de Compensación Obrera utilizando la Búsqueda de cobertura del empleador.

2. Si está usando este formulario porque quedó discapacitado **después de haber estado desempleado durante más de cuatro (4) semanas**, debe enviar por correo su reclamo completo a: **Workers' Compensation Board, Disability Benefits Bureau, 328 State Street, Schenectady, NY 12305**. Si respondió que "Sí" a la pregunta número 14.B.3, complete y adjunte el Formulario DB-450.1.

Si tiene alguna pregunta acerca de los reclamos de beneficios por discapacidad, comuníquese con la Oficina de Beneficios por Discapacidad de la Junta llamando al (800) 353-3092. Puede obtener información adicional en el sitio web de la Junta: [www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov), o bien, puede escribir a la Oficina de Beneficios por Discapacidad a la dirección indicada anteriormente.

**Notificación de conformidad con la Ley de Protección de la Privacidad Personal (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 Código de los EE. UU. [U.S. Code, U.S.C.], sección 552a).**  
La autoridad 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), Sección 20, y su autoridad administrativa según la Sección 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 registros de reclamos precisos. 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.

**AVISO DE HIPAA** - Para adjudicar un reclamo de compensación de los trabajadores o un reclamo de beneficios por discapacidad, La Ley de Compensación de los Trabajadores (Workers' Compensation Law, WCL) 13-a(4)(a) y 12 los Códigos, Normas y Reglamentos del Estado de Nueva York (New York Codes, Rules, and Regulations, NYCRR) 325-1.3 exigen que los proveedores de atención médica presenten regularmente informes médicos de tratamiento a la Junta y al corredor de seguros o al empleador. De conformidad con la sección 164.512 del título 45 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR) estos informes médicos obligatorios están exentos de las restricciones de la HIPAA respecto a la divulgación de la información médica.

**Divulgación de información:** La Junta no divulgará ningún tipo de información sobre su caso a un tercero no autorizado sin su consentimiento. Si decide que dicha información se divulgue a un tercero no autorizado, debe presentar ante la Junta el Formulario OC-110A original firmado, la Autorización del Reclamante para divulgar los expedientes de la Junta de Compensación Obrera, o bien una carta de autorización original firmada y con certificación notarial. Puede llamar por teléfono a la oficina local de la WCB para solicitar que le envíen el Formulario OC-110A, o bien, puede descargarlo desde nuestro sitio web en [www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov). Puede encontrarlo en Formularios en la Lista de todos los formularios comunes en la página web de la Junta de Compensación Obrera. Envíe por correo el formulario completado a la dirección que se indica más arriba.

Un empleador o compañía aseguradora, o cualquier empleado, agente o persona que actúe en nombre de un empleador o una compañía aseguradora, que A SABIENDAS HAGA UNA DECLARACIÓN O REPRESENTACIÓN FALSA en cuanto a un hecho material en el curso del informe, investigación o ajuste de un reclamo para obtener cualquier beneficio o pago bajo este capítulo con el propósito de evitar la provisión de dicho pago o beneficio SERÁ CULPABLE DE UN DELITO Y ESTARÁ SUJETO A MULTAS CONSIDERABLES Y PRISIÓN.