

**Información del reclamo - TODA COMUNICACIÓN DEBE INCLUIR ESTOS NÚMEROS**

Fecha de la lesión o enfermedad: \_\_\_\_\_ Número de caso WCB: \_\_\_\_\_

**Información del trabajador lesionado**

Marcar si tiene una nueva dirección

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_

Dirección de correo: \_\_\_\_\_ Línea 2: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ País: EE. UU.

Número telefónico durante el día: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

N.º del Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Género:  M  F  X

**Información del empleador**

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Dirección de correo: \_\_\_\_\_ Línea 2: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ País: EE. UU.

Número telefónico del empleador: \_\_\_\_\_ Número de identificación fiscal: \_\_\_\_\_

El número de identificación fiscal es el (seleccione uno):

Número del Seguro Social (Social Security Number, SNN)  Número de Identificación del Empleador (Employer Identification Number, EIN)

**Motivo de esta solicitud - Instrucciones:** Marque todas las opciones que correspondan. Asegúrese de adjuntar los formularios adicionales, informes médicos, correspondencias, etcétera, según se requiera en cada casilla. Si la información adicional ya se envió, no la adjunte, pero procure identificarlo en el espacio al final de este formulario\*\* mediante el número de formulario o título y la fecha en la que se le envió a la Junta. Firme y feche el formulario abajo.

**Pagos por compensación:**

- a. No trabajo desde el \_\_\_\_\_ y no estoy recibiendo pagos. **Documentación médica que indique que se requiere discapacidad. Marque todo lo que corresponda:**
- He presentado un reclamo por una lesión relacionada con el trabajo.
  - Mi empleador no está pagando mis salarios.
  - Mi reclamo no ha sido denegado.
  - No he recibido una decisión que me impida recibir una compensación.
  - He intentado resolver el problema con la aseguradora.
- b. He dejado de recibir mis pagos o han sido reducidos.
- c. He regresado a trabajar desde el \_\_\_\_\_ con el salario completo.
- d. Estoy ganando menos dinero del que ganaba antes de lesionarme. **Adjunte el talón de pago actual y los informes médicos de su médico.**
- e. Tuve dos o más empleadores en la fecha del accidente o lesión (empleo concurrente). **Adjunte el pago bruto semanal antes de su lesión y la declaración del segundo empleador con respecto al tiempo perdido.**
- f. Fui liberado de prisión el \_\_\_\_\_ y no estoy recibiendo pagos. **Adjunte el informe médico que muestre una discapacidad médica y la liberación de los documentos de custodia.**
- g. No me han pagado como se indicó en la decisión presentada el \_\_\_\_\_

**Gastos médicos:**

- h. Mi Solicitud de Autorización Previa (PAR) fue rechazada por la aseguradora. **Adjunte el rechazo de la PAR.** Solo se puede solicitar la revisión de la WCB si:
- La categoría de rechazo fue Administrativa o Sin Jurisdicción. **Adjunte los documentos que prueben por qué el rechazo fue incorrecto.**
  - La PAR para servicios especiales de la Guía de Tratamientos Médicos (Medical Treatment Guidelines, MTG) o para la Variación de la MTG fue rechazada por motivos Médicos. (el proveedor médico no busca una revisión de la MDO)
  - La PAR no correspondiente a la MTG de más de \$1,000 fue otorgada en parte.
- i. Mis medicamentos, equipo médico duradero, MTG Variance o MTG Special Services PAR fueron denegados u otorgados parcialmente por parte de la oficina del director médico. **Se adjunta el "Aviso de decisión" en relación con el tratamiento.**



- j. Mi discapacidad ahora es permanente. **Adjunte el Informe de Mejoría Médica Máxima (Maximum Medical Improvement, MMI)/Discapacidad Permanente del Médico (Formulario C-4.3).**
  - Seleccione esta casilla si era menor de 25 años de edad al momento del accidente.
- k. Mi condición médica ha cambiado. **Adjunte los formularios médicos.**
- l. Mi solicitud para reembolso médico y de transporte fue denegada o no ha sido tratada. **Adjunte los recibos y el Formulario C-257.**

**Otros asuntos:**

- m. Tengo información nueva o información solicitada por la Junta relacionada con (**Adjunte los documentos**):
  
- n. Otro (explique en el espacio proporcionado abajo):

**\*\*Información de referencia del documento (fecha, nombre y título, identificación del formulario):** \_\_\_\_\_

**Firma del trabajador lesionado:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

## Para el trabajador lesionado: Información general sobre el uso de este formulario

Puede presentar este formulario (RFA-1W) y cualquier documento adjunto con la Junta de Compensación Obrera cuando desee que la Junta tome una medida específica en su reclamo o si necesita alertar a la Junta sobre cualquier problema o situación que afecte su reclamo. Muchas de las acciones o situaciones más frecuentemente solicitadas se enumeran como problemas de pago de compensación (elementos desde la a hasta la g) o problemas médicos (elementos desde la h hasta la l), pero no están limitadas a dichos elementos enumerados. Seleccione todo lo que corresponda o agregue información o explicaciones adicionales en el espacio proporcionado (m o n).

Complete la información de identificación en la parte superior del Formulario RFA-1W y envíe el formulario CON TODA LA INFORMACIÓN QUE CORRESPONDE ADJUNTA\*, a:

**Junta de Compensación Obrera**  
**PO Box 5205**  
**Binghamton, NY 13902-5205**

**Dirección para presentación por correo electrónico: [wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov](mailto:wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov)**

La Junta lo contactará a usted y a todas las partes cuando tome una medida sobre su reclamo.

\*Después de cada casilla, verá la información necesaria en negrita. Por ejemplo, si usted le está informando a la Junta que su discapacidad ahora es permanente (casilla j), la información requerida es el Informe de MMI/Discapacidad Permanente del Médico (Formulario C-4.3).

**DEBE ENVIAR UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO A LA ASEGURADORA O DIRECTAMENTE AL EMPLEADOR O A SU ADMINISTRADOR EXTERNO SI EL EMPLEADOR ES AUTOASEGURADO.**

Si tiene otras inquietudes, puede contactar al **ABOGADO PARA TRABAJADORES LESIONADOS de la Junta al (800) 580-6665**. La información adicional sobre otros servicios de la Junta se puede obtener en el sitio web de la Junta: **[www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov)**. Si desea hacer seguimiento de su reclamo en línea, puede registrarse en eCase mediante las instrucciones de registro disponibles en el sitio web de la Junta a través del enlace de eCase.

Usted tiene derecho a representación legal. Un abogado no puede cobrarle directamente por la representación en un reclamo por compensación laboral. Si hay una adjudicación en su reclamo, cualquier solicitud de tarifa legal debe ser aprobada por la Junta y la aseguradora la deducirá de la adjudicación y se le pagará directamente al abogado.

**Tratamiento médico:** Medicamento/Equipo Médico Durable/Tratamiento/Prueba- Este formulario se utiliza cuando se rechazó una solicitud médica y usted solicita asistencia a la Junta en relación con uno de los motivos enumerados en la casilla h. Si aún no se ha solicitado la autorización previa y es un requisito, su proveedor de atención médica debe presentar una Solicitud de Autorización Previa (PAR). Puede encontrar información sobre la presentación de Solicitudes de Autorización Previa o facturas médicas impagas en el sitio web de la WCB [www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov).

**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.**

### **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 [Título 5 del Código de los Estados Unidos, (United States Code, U.S.C.), sección 552a].**

La autoridad de la Junta de Compensación Obrera (Junta) para solicitar que el trabajador 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), sección 20 y su autoridad administrativa de acuerdo con la WCL, sección 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 aplicables.