

---

# ¿LESIONADO EN EL TRABAJO?

Guía para el Empleado sobre  
la Compensación Obrera en el  
Estado de Nueva York



LA JUNTA DE COMPENSACIÓN OBRERA  
DEL ESTADO DE NUEVA YORK

[www.WCB.NY.Gov](http://www.WCB.NY.Gov)

1-877-632-4996

---

## Índice

Servicios en Español .....	1
Responsabilidades del Trabajador .....	1
Que es Compensacion Obrera? .....	2
¿Quién está Cubierto? ¿Quién no está Cubierto? .....	3
Cuidado Médico .....	4
Cargos de Farmacia .....	4
Reclamaciones Objetadas- cómo resolverlo .....	4
Enfermedad Ocupacional .....	5
Pérdida de Audición Ocupacional .....	5
Beneficios Sustitutos de Sueldos [Efectivo] .....	6
Beneficios Seguro Social .....	6
Clasificaciones de Incapacidad .....	7
Reclamaciones Objetadas- cómo resolverlo .....	8
Beneficios por Incapacidad en Casos Objetados .....	8
Rehabilitación y Trabajo Social .....	9
Beneficios por Ingresos Reducidos .....	9
Beneficios por Muerte .....	9
Discriminación .....	9
Itinerario para su Caso .....	10
Preguntas Frecuentes sobre la Ley .....	11
Declaración de Privacidad .....	13
Directorio .....	14

Este folleto es una presentación general y simplificada de las provisiones y procedimientos de la Compensación por Accidentes de Trabajo. No sustituye la ley ni la asesoría jurídica.

La Junta de Compensación Obrera no discrimina debido a la raza, color, procedencia nacional, sexo, religión, edad, discapacidad u orientación sexual en cuanto al empleo o a la prestación de servicios.

Fraude a la Junta de Compensación Obrera es un crimen castigable con multas y hasta siete años de prisión. Para informar fraude, llame al 1-888-363-6001.

## Servicios en Español

Todos los reclamantes tienen los mismos derechos a beneficios, independientemente del idioma que hablen. La Junta tiene varios servicios disponibles en español, de manera que usted pueda participar en su caso aunque no hable inglés. Formas importantes como la C-3, que se usa para informar una lesión, está disponible en español. Si usted necesita una vista ante un Juez de Compensación, la Junta le proveerá un intérprete que traducirá lo que allí se diga a español. No hay penalidad ni costo por este servicio. Usted siempre podrá llevar un intérprete a cualquier examen médico. Si su médico [ o el médico del seguro, si tiene que ver uno] no habla español, lleve alguien con usted que pueda servirle de intérprete.

El status migratorio no importa en la Junta. La Junta le exhorta a que esté activo en su caso, haga preguntas y pida explicaciones. Si no sabe lo que está pasando, pregunte. Usted tiene derecho a saber y hay recursos disponibles para explicarle en español.

---

---

## Responsabilidades del Trabajador

1. Trata de regresar al trabajo tan pronto como sea físicamente posible. Su patrono puede tener trabajo liviano o temporero para usted.
  2. Usted es responsable de buscar trabajo para el que esté físicamente cualificado. Esto puede significar trabajar en áreas distintas a su ocupación previa.
  3. Proveer todas las respuestas y documentos requeridos por la Junta y el seguro en el tiempo requerido.
  4. Comunicar a la Junta y a todas las partes de cambios de dirección.
  5. Asistir a todas las vistas y citas. Llegar a tiempo.
  6. Contestar las preguntas en forma completa y honestamente.
  7. Participe activamente en su caso. No se desconecte del caso.
  8. Entienda los acuerdos a que llegue.
  9. Haga preguntas a su representante y a la Junta.
- 
-

## Que es Compensacion Obrera?

La compensación obrera es una forma de seguro. La mayoría de los patronos tiene que proveer este seguro para los trabajadores que se lesionan o se enferman en su trabajo. Provee cuidado médico y parte del salario que se pierde por afectarse la capacidad de trabajar. Los patronos pagan este seguro y no pueden requerirle pago alguno al trabajador. Los beneficios son pagados por la compañía de seguros o por el propio patrono si es su propio asegurador.. Los beneficios son pagados de acuerdo a la ley y la Junta de Compensación Obrera garantiza que sean provistos correctamente.

La Junta de Compensación Obrera es una agencia del estado que supervisa cómo los patronos y aseguradores manejan los reclamos de trabajadores lesionados. Una reclamación es pagada si el asegurador acepta que la lesión o enfermedad está relacionada con el trabajo o si la Junta lo ordena. Un patrono o un asegurador pueden cuestionar una reclamación. Si eso ocurre, la Junta tratará de resolver la disputa en el término de 90 días. Por ejemplo, el asegurador puede creer que el accidente no ocurrió en el trabajo o puede alegar que el seguro no cubría al patrono al momento de la lesión. Otras disputas pueden surgir. Cualquiera que sea la razón, la Junta tratará de resolver lo más pronto posible.

Usted no tiene que perder tiempo de su trabajo para radicar una reclamación. Nadie tiene que ser encontrado en falta para usted recibir beneficios. Los reclamantes no reciben menos si fueron descuidados, ni reciben más si el patrono está en falta. Sin embargo, el trabajador pierde el derecho a beneficios si la lesión resulta exclusivamente por el uso de drogas o alcohol o por el intento de lastimar a alguien o a sí mismo.

## ¿Quién está Cubierto?

- Trabajadores en todo negocio con intención de ganar dinero.
- Empleados de condados y municipalidades.
- Ayudantes en escuelas públicas incluyendo los de la ciudad de Nueva York. Maestros “shop” en la ciudad de Nueva York están cubiertos; otros maestros en la ciudad están en otros sistemas.
- Empleados del estado de Nueva York, incluyendo algunos trabajadores voluntarios.
- Trabajadores domésticos empleados por más de 40 horas semanales por el mismo patrono. Esto incluye cuidadores de niños a tiempo completo, acompañantes y empleadas domésticas que viven en la casa.
- Trabajadores agrícolas cuyos patronos pagaron \$1,200 o más por trabajos agrícolas en el pasado año calendario.
- Cualquier persona la Junta determine es un empleado.

Entidades sin fines pecuniarios, miembros de órdenes religiosas, empleados del clero y maestros y empleados domésticos empleados menos de 40 horas a la semana pueden voluntariamente tener cubierta. No es obligatorio.

## ¿Quién no está Cubierto?

- Personas que trabajan en instituciones educativas, religiosas o caritativas que no enseñan o hacen trabajo manual.
- Personas cubiertas por leyes federales de Compensación Obrera. Esto incluye trabajadores postales, varios negocios marítimos, trenes interestatales y empleados federales.
- Personas que trabajan en el patio o realizando varias tareas en la casa ocupada de una sola familia. [Un menor manejando maquinaria de motor, incluyendo podadoras de grama está cubierto] Puede haber cubierta bajo una póliza de propietario de casa.
- Algunos empleados de gobiernos extranjeros.
- Oficiales de la policía de la ciudad de Nueva York, bomberos, maestros y trabajadores sanitarios están cubiertos por otro sistema. Otros policías uniformados y bomberos también pueden estar excluidos.
- Agentes de bienes raíces y representantes de ventas de medios de comunicación que han firmado contratos como contratantes independientes.
- Propietarios únicos, socios y corporaciones de una dos personas sin empleados pueden estar cubiertos pero no es obligatorio por ley.

## Cuidado Médico

Un trabajador que se lesiona en su trabajo o se enferma por razones relacionadas con su trabajo puede pagar su cuidado médico bajo una reclamación por compensación obrera. El cuidado médico está cubierto independientemente si usted pierde o no tiempo de su trabajo. Se paga en adición a cualquier beneficio que usted reciba por salarios perdidos.

Proveedores de servicios de salud deben estar autorizados por la Junta para atender pacientes de compensación obrera. La Junta tiene una lista de proveedores que están autorizados para tratarlo. Puede conseguir un médico en [www.wcb.ny.gov/hps/HPSearch.jsp](http://www.wcb.ny.gov/hps/HPSearch.jsp), o llamando al 1-800-781-2362. Usted puede recibir cuidado de cualquiera de estos proveedores, o por su propio médico si él o ella están registrados. Los proveedores enviarán la factura directamente al seguro o a la Junta. **No pague ninguna factura a menos que la Junta desestime su caso.** Usted también puede recibir reembolso por viajes a y desde las oficinas del proveedor.

Si se objeta un cargo médico específico, el asegurador debe pagar los que no objete. También debe explicar por escrito por qué los servicios no fueron pagados y requerir cualquier información necesaria para pagarlos. Su médico puede pedirle que firme la Forma A-9. Esta forma indica que usted pagará la factura si la Junta no acepta su reclamación o si usted no prosigue con su caso antes de que sea aceptado.

## Organizaciones de Proveedores Preferidos

Si el asegurador tiene una cadena de proveedores para ofrecer cuidado médico, usted tiene que usar esos proveedores. Eso se llama Organizaciones de Proveedores Preferidos [PPO]. El asegurador tiene que notificarle esto. Si usted no está satisfecho con el cuidado que recibe del [PPO], usted puede seleccionar un proveedor autorizado fuera del [PPO] después de 30 días de tratamiento.

## Centros de Diagnóstico

El asegurador puede requerir el uso de su cadena de facilidades para exámenes de diagnóstico. Asegúrese de decirle a sus médicos y otros proveedores si la compañía de seguros requiere que usted use su cadena para exámenes de diagnóstico.

## Cargos de Farmacia

Usted puede ir a cualquier farmacia, a menos que el asegurador use una cadena. Asegúrese que la farmacia sepa que usted tiene un caso de compensación, porque muchos facturan directamente al asegurador. Sin embargo, la farmacia puede pedir que usted pague por la receta. El asegurador deberá reembolsarle el pago dentro del término de 45 días. La farmacia sólo puede cobrarle la cantidad especificada por ley, si usted paga será reembolsado. Usted no es responsable de ningún co-pago.

## Excepciones

1. *Exámenes:* El asegurador no podrá exigir que usted use una cadena de proveedores por exámenes de diagnóstico en una emergencia médica. No se puede exigir que usted use una cadena que no tenga proveedor o facilidades dentro de una *distancia razonable, que sería una milla desde su casa o trabajo en una área urbana o 10 millas en aéreas rurales o de suburbios.*

2. *Farmacia:* El asegurador no podrá exigir que usted use la cadena de farmacias si no es razonablemente posible en una emergencia médica. *Usted no tendrá que usar la cadena de farmacias si estas no ofrecen facilidades de ordenar por correo o no están localizadas a una distancia razonable de usted.*

### CLASE DE SERVICIOS CUBIERTOS

Médicos  
Osteopáticos  
Dentales  
Podiátricos  
Psicológicos [referidos]  
Tratamiento Quiropráctico  
Cirugía  
Cuido en Hospital

Exámenes de Laboratorio  
Medicinas Recetadas  
Servicios de Enfermería  
Aparatos Quirúrgicos  
Artefactos Prostéticos

Autorización Requerida en algunos casos.

## 5 Enfermedad Ocupacional

Una enfermedad ocupacional se contrae como resultado de su trabajo. Surge de un aspecto específico del trabajo que usted realiza. Por ejemplo, personas que remueven asbestos pueden contraer una enfermedad relacionada. Personas que trabajan con computadoras pueden sufrir el síndrome "carpal tunnel." Usted puede incapacitarse por una enfermedad ocupacional aunque no pierda tiempo de su trabajo.

Las reglas que gobiernan el término para radicar una reclamación por enfermedad ocupacional son complejas. Usted debe radicar tan pronto sepa que está enfermo o sospeche que tiene una enfermedad ocupacional.

Personas que se incapaciten por una enfermedad ocupacional reciben los mismos beneficios que recibirían por un accidente en el trabajo. En caso de muerte, los dependientes deberán radicar dentro del término de dos años desde la fecha de la muerte.

### Pérdida de Audición Ocupacional

La ley establece un término distinto para la radicación de una reclamación por pérdida de audición ocupacional y otras incapacidades. Un periodo de espera deberá pasar antes de radicar una reclamación. Este periodo es opcional de:

- Tres meses después que dejó el trabajo a donde estuvo expuesto al sonido nocivo, o
- Tres meses desde el día que usted fue removido del sonido nocivo a que estaba expuesto. La remoción puede incluir utilizar equipo protector, así que pídale en su trabajo. Usted puede llamar a OSHA al 1-800-321-OSHA para ayuda si fuera necesario.

La Junta considerará el último día del periodo que usted escoja como el día de incapacidad para determinar cuando sus beneficios comienzan.

Las reclamaciones de pérdida de audición ocupacional tienen términos diferentes. Usted podrá radicar más allá del término usual de dos años si lo hace dentro de 90 días de saber que la pérdida de audición es ocupacional.

## CÓMO RADICAR UNA RECLAMACIÓN

Usted debe notificar la lesión, por escrito, a su patrono dentro de los 30 días del accidente. **La Junta tiene que ser notificada dentro del término de dos años del accidente.** Usted tiene que radicar una reclamación por compensación lo más pronto posible.

Usted puede radicar la Forma C-3, Reclamación de Compensación por Empleado, una de tres maneras.

1. *En línea, ir a [www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov). Siga las instrucciones para completar la forma.*
2. *Llenar la forma C-3 en papel y enviarlo por correo a la oficina de la Junta más cercana. La forma C-3 está en las páginas centrales de este panfleto y las direcciones en la parte de atrás.*
3. *Llame al 1-866-396-8314. Un representante de la Junta le ayudará a completarla.*

Si fuera necesaria una vista, se le notificará por correo.

## Beneficios Sustitutos de Sueldos [Efectivo]

Los reclamantes que se incapacitan total o parcialmente por más de siete días reciben beneficios por sueldos perdidos. La cantidad que usted recibe se basa en su sueldo promedio semanal antes de la fecha de la lesión, incluyendo tiempo extra. Se basa en su ingreso bruto, no en la paga neta. La Junta determinará cuál es el promedio semanal de dos tercios de su ingreso y lo ajustará por el tiempo de su incapacidad:

$$2/3 \times \text{promedio semanal sueldo} \times \% \text{ incapacidad} = \text{beneficio semanal}$$

El beneficio semanal máximo es dos terceras partes del sueldo promedio semanal. Si usted sufre incapacidad total, usted recibirá dos terceras partes de su sueldo semanal, hasta el máximo [vea abajo]. Por ejemplo, si usted gana \$750 por semana y está totalmente [100%] incapacitado al día de hoy, usted recibe dos terceras partes de \$750. o sea \$500. por semana. Si usted está 100% incapacitado, recibe el máximo de beneficios.

Si usted está 50% incapacitado y gana \$750. Por semana, su beneficio es \$250. Para calcularlo: Dos terceras partes de su sueldo semanal promedio de \$750. equivale a \$500. Pero, como usted está 50% incapacitado, su beneficio es la mitad de \$500, o \$250.

La medida de beneficios se computa de la misma manera, esté usted temporera o permanentemente incapacitado. El beneficio semanal mayor se basa en el día del accidente. No aumenta cuando los beneficios máximos aumentan.

<b>Día de Accidente</b>	<b>Beneficio Sueldo Máximo Semanal</b>
Julio 1, 1992- Junio 30, 2007	\$400
Julio 1, 2007- Junio 30, 2008	\$500
Julio 1, 2008- Junio 30, 2009	\$550
Julio 1, 2009- Junio 30, 2010	\$600
Julio 1 de cada año posterior	2/3 del NYSAWW*

\* El sueldo promedio semanal para el Estado de Nueva York se calcula el 31 de marzo para el año previo calendario.

Si usted está incapacitado por más de 14 días, usted podrá recibir beneficios desde el primer día. Si no lo está, los primeros 7 días calendarios no están cubiertos. Cuidado médico para su lesión o enfermedad será provisto por el tiempo que se necesite, como lo determine la Junta.

**Nota: Si el asegurador objeta su caso, puede retener sus beneficios de sueldo hasta que la Junta ordene que se los paguen a usted.**

### Beneficios Seguro Social

Su lesión o enfermedad puede calificarlo para beneficios del Seguro Social por Incapacidad como también a compensación obrera. Personas con incapacidad permanente o incapacidad que dure al menos 12 meses puede cualificar. Comuníquese con una oficina del seguro social para más detalles.



## Clasificaciones de Incapacidad

Su médico indicará qué por ciento de su lesión le incapacita. El asegurador puede diferir de esa interpretación. El asegurador puede requerir que usted vea a un médico de su selección para un *examen médico independiente*. La Junta decidirá en base a ambas opiniones, el grado de incapacidad de usted. El beneficio de sueldo perdido se determina en base al grado de incapacidad. Hay cuatro clases.

### **Incapacidad Total Temporera**

Usted no puede trabajar ni ganar salarios, pero solo temporalmente. Usted tiene derecho a todo beneficio de sueldo permitido.

### **Incapacidad Parcial Temporera**

Usted pierde la capacidad temporalmente para trabajar y ganar salarios. Usted recibe un porcentaje de su salario igual al porcentaje de su incapacidad. Por ejemplo, si usted tiene un 25% de incapacidad, usted recibe 25% de su adjudicación, por el tiempo que ha estado incapacitado.

Nota: Toda lesión, incluyendo aquellas que luego son encontradas *permanentes*, son al principio *temporeras*. Todos los beneficios están sujetos a los límites máximos semanales.

### **Incapacidad Total Permanente**

Usted pierde por completo la capacidad para trabajar y obtener ingresos. **No hay límite en el número de semanas de beneficios.**

### **Incapacidad Parcial Permanente. Pérdida No Clasificada**

Usted ha perdido parte de su capacidad para trabajar. Si usted fue lesionado antes del 13 de marzo, 2007, usted puede obtener beneficios mientras su incapacidad resulte en pérdidas de ingreso. Lesiones después de esa fecha pueden recibir hasta 10 años de beneficios, como se explica más abajo. [Usted puede solicitar reclasificación y beneficios adicionales después de ese periodo.] Aunque la incapacidad no afecte sus salarios, cuidado médico siempre será pagado.

### **Incapacidad Permanente Parcial. Pérdida Clasificada**

Esta categoría incluye pérdida de brazos, mano, dedos, piernas, pies, dedo del pie y su uso y pérdida de vista o audición. La ley especifica el número de semanas de beneficios que usted recibe de esta pérdida.

### **Desfiguración**

Personas cuyas caras, cabeza o cuellos son permanentemente desfigurados pueden obtener hasta \$20,000, dependiendo el alcance de la lesión y el día del accidente.

## Reclamaciones Objetadas- cómo resolverlo

Los aseguradores en muchas ocasiones aceptan una reclamación y empiezan a pagar los beneficios. Sin embargo, un asegurador puede objetar una reclamación por varias razones. Puede no estar de acuerdo con que usted fue lesionado, pueden creer que la lesión no ocurrió en el tiempo en que ellos ofrecían el seguro. O un sinnúmero de otras situaciones. Los examinadores de reclamaciones de la Junta y Conciliadores intentan en primera instancia resolver las controversias. Si no pueden, la Junta celebra vistas bajo la dirección de un Juez de Compensación. El Juez oye testimonio, revisa expedientes médicos y salarios y luego decide la controversia estableciendo la cantidad de la adjudicación cuando corresponda.

Cualquiera de las partes puede apelar esa decisión. Esto debe ser por escrito dentro de los 30 días de la decisión. Paneles de tres Comisionados de la Junta revisaran los casos apelados. Ellos pueden estar de acuerdo, cambiar parte de la decisión o rechazarla. Pueden también devolver el caso al Juez para más vistas. El asegurador no tiene que pagar beneficios por sueldos perdidos mientras el caso es revisado por tres comisionados. El asegurador puede aceptar parte del caso y apelar otra. Cuando eso ocurre, deberá pagar la parte aceptada mientras el caso es revisado. El asegurador tiene que pagar sus sueldos y facturas médicas si el panel de Comisionados sostiene la adjudicación del caso aunque lo apelen posteriormente.

Ambas partes pueden apelar la decisión, al panel completo de Comisionados. Si el panel completo acepta el caso, puede estar de acuerdo, cambiar o revocar la decisión.

Las apelaciones de decisiones de la Junta pueden llevarse dentro del término de 30 días a la División de Apelación, Departamento Tercero, Tribunal Supremo del Estado de Nueva York. Esta decisión puede ser apelada en la Corte de Apelaciones.

### Beneficios por Incapacidad en Casos Objetados

Si usted no está recibiendo beneficios porque su reclamación fue objetada, mientras tanto, usted puede recibir beneficios por incapacidad. Usted puede radicar la forma DB-450, disponible en <http://www.wcb.ny.gov/content/main/forms/DB-450SpanishInformationSheet.pdf> o llamando al **1-800-353-3092**. Usted devolverá cualquier pago por incapacidad de sus beneficios por sueldos perdidos.

Usted siempre tiene el derecho a abogado o representante licenciado. Estos no pueden ni pedir ni aceptar pagos de usted. La Junta determina los honorarios por servicios legales. **Ese pago se resta de los beneficios por sueldos perdidos.**

**Rehabilitación y Trabajo Social** Los servicios de rehabilitación ayudan a la gente a regresar al trabajo y a llevar una vida activa y productiva. Los servicios específicos están explicados más abajo.

La rehabilitación médica ayuda a la gente a alcanzar un máximo funcionamiento e independencia. Provee trabajadores con información y los ayuda a obtener cuidado médico, Acomodo razonable y otras necesidades especiales. Sólo un médico puede recomendar rehabilitación médica, hable con su médico si la necesita. Este servicio se coordina fuera de la Junta.

Rehabilitación vocacional ayuda a las personas a quienes su discapacidad les impide regresar a su trabajo usual. Los consejeros ayudan a trabajadores lesionados a conseguir empleo de acuerdo a sus capacidades. Esto también puede incluir consejo vocacional y referimiento a entrenamiento y colocación en empleo selectivo.

Los trabajadores sociales ayudan a personas cuando problemas familiares o financieros interfieren con su regreso al trabajo. También ayudan a personas a manejar su discapacidad y a discutir sus preocupaciones sobre rehabilitación. Otra de sus funciones es ayudar a los trabajadores a regresar al trabajo. La Junta tiene consejeros, trabajadores sociales y examinadores de reclamaciones que coordinan y supervisan otros servicios. Si usted puede beneficiarse de estos servicios, comuníquese con la Junta. Los números telefónicos están en la parte de atrás de este panfleto.

**Beneficios por Ingresos Reducidos** Si usted puede regresar a trabajar pero sus lesiones le impiden ganar los mismos sueldos que una vez tuvo, usted podría tener derecho a beneficios que pueden llegar hasta dos terceras partes de la diferencia. Esto se llama beneficios por ingresos reducidos.

## **Beneficios por Muerte**

Hay un beneficio para la familia de trabajadores que mueren de una lesión o enfermedad sufrida en el trabajo. El beneficio se paga independientemente de si el trabajador muere inmediatamente después de la lesión o más adelante.

El cónyugue y los hijos recibirán dos terceras partes del salario semanal promedio del trabajador, hasta la cantidad semanal máxima. El cónyugue y los hijos comparten ese beneficio semanal; ellos individualmente no reciben el beneficio completo. Los hijos reciben beneficios hasta la edad de 18 años, o hasta 23 si está asistiendo al colegio. Si un hijo es ciego o físicamente discapacitado él o ella recibirá el beneficio de por vida. El cónyugue recibe el beneficio hasta que se case de nuevo. Si el cónyugue contrae matrimonio, él o ella recibirían un pago final equivalente a dos años de beneficios.

El beneficio es pagadero primero al cónyugue y los hijos menores o nietos dependientes. Si no hay otros dependientes, se paga un beneficio diferente. Los padres sobrevivientes o la sucesión del trabajador fallecido podrían tener derecho a recibir \$50,000. Los gastos funerales también pueden ser pagados. Ese beneficio puede llegar hasta \$6,000 en los condados metropolitanos de Nueva York y hasta \$5,000 en todos los otros.

## **Discriminación**

Un patrono no puede despedirlo ni usar en su contra el que usted radique una reclamación de compensación obrera. Usted también está protegido de represalias por testificar en un caso de compensación obrera. El patrono no puede discriminar contra usted en contratación tampoco. Usted tiene dos años para radicar una querrela por discriminación. Llene la Forma DC-120 con la Junta. Usted puede llamar a una oficina de la Junta para pedirla o consígala en [www.wcb.ny.gov/content/main/forms/dc120.pdf](http://www.wcb.ny.gov/content/main/forms/dc120.pdf).

Si la Junta encuentra que un trabajador fue despedido injustamente, ordenará su restitución. El trabajador también recibirá la paga perdida por la discriminación.

## Itinerario para su Caso

**Inmediatamente:** Obtenga tratamiento médico. Infórmele a su supervisor sobre el accidente y como ocurrió. También tiene que notificar a su patrono del accidente, por escrito, dentro de 30 días. Usted debe radicar una forma C-3 con la Junta también.

**Tratamiento dentro de 48 horas:** Su médico radica un informe médico con la Junta. Copias deben ser enviadas a usted a su representante, al patrono o a su compañía de seguros.

**Dentro de 10 días de notificación del accidente:** El patrono informa la lesión a la Junta y al asegurador.

**Dentro de 14 días de recibir notificación del accidente:**  
El asegurador le provee una declaración escrita de sus derechos legales dentro del término de 14 días de conocer sobre su accidente o con su primer cheque, lo que ocurra primero. Si usted tiene que usar la cadena de proveedores, el asegurador deberá proveer la información de los contactos disponibles.

**Dentro de 18 días del accidente:** El asegurador tiene que aceptar su reclamación o explicar porqué la objeta. Tiene que informarle a usted, a su representante y a la Junta de Compensación Obrera. Si usted no le notificó a su patrono a tiempo, la acción debe ser dentro de 10 días de tener conocimiento del accidente. Si su caso es objetado y usted está perdiendo tiempo de trabajo, radique para obtener beneficios por incapacidad.

**Cada 2 semanas:** El asegurador paga beneficios por sueldos perdidos [si el caso se acepta]. Les paga directamente a los proveedores médicos. El asegurador deberá notificar a la Junta si detiene o modifica sus

**Periódicamente:** Vea a su médico y obtenga el tratamiento recomendado. El médico someterá informes de progreso a la Junta y al asegurador.

## Preguntas Frecuentes sobre la Ley

**P. ¿Qué cubre la ley de Compensación Obrera?**

R. Lesiones en el trabajo, enfermedades relacionadas con el trabajo y enfermedades ocupacionales.

**P. ¿Qué pasa si usted no radica una reclamación de compensación obrera?**

R. Usted puede perder el derecho a beneficios por sueldos perdidos y cuidado médico. Usted debe radicar la forma C-3 informando su propia lesión o enfermedad, a pesar de que el asegurador de su patrono tiene que notificar a la Junta cuando acepta o objeta su caso.

**P. ¿Cómo se determina el beneficio en efectivo de la incapacidad total temporera?**

R. El beneficio por la incapacidad total temporera es dos terceras partes del salario promedio semanal ganado en el año anterior al accidente. Hay una cantidad máxima que usted puede recibir por semana [vea página 6]. Su beneficio máximo lo determina lo que esté en efecto **el día de la lesión**.

**P. ¿Se provee cuidado médico aunque no se pierda tiempo en el trabajo?**

R. Si. Se provee cuidado médico para su condición aunque no se pierda tiempo en el trabajo.

**P. ¿Debo esperar por cuidado médico?** R. No, pero los médicos deben pedir autorización para realizar procedimientos que cuesten más de \$1,000. cada uno. Este tope de \$1,000. se refiere a cada procedimiento, no al costo total del cuidado. Los aseguradores deben contestar los requerimientos dentro de 30 días. La autorización no es necesaria en caso de emergencia.

**P. ¿Puede un médico tratarme si el asegurador no responde al requerimiento de aprobación?**

R. Sí. Los aseguradores tienen 30 días para contestar un requerimiento de autorización. Si el asegurador no contesta en 30 días, el proveedor puede realizar el servicio. Si el servicio es un examen de diagnóstico y el asegurador requiere a los reclamantes que utilicen su cadena, el examen debe hacerse por un proveedor de la cadena.

**P. ¿Están los medicamentos prescritos cubiertos bajo la ley?**

R. Sí. Una vez se establece su reclamación, las farmacias pueden facturar directamente al asegurador. Usted podría recibir una tarjeta o documento que usted puede enseñar en la farmacia para demostrar su cubierta. Si el asegurador tiene una cadena de farmacias, el te lo dirá, y usted deberá usar esas farmacias. La única excepción es en una emergencia, o si la farmacia no ofrece ordenes por correo y no hay una farmacia razonablemente cerca de usted. Usted puede ser que tenga que pagar servicios de farmacia antes de que su reclamación sea establecida. El asegurador deberá reembolsarle cuando el caso se establezca. No hay co-pago.

**P. ¿Qué ocurre cuando un asegurador objeta una reclamación?**

R. Para objetar una reclamación, un asegurador deberá notificar la Junta dentro del término de 18 días de la incapacidad o dentro de 10 días de saber del accidente, el que sea más largo. El asegurador tiene que explicar porqué se disputa la reclamación. Entonces, usted podrá presentar su caso ante la Junta. Usted será notificado de una conferencia con antelación a la vista. La Junta trata de resolver la mayoría de los casos dentro de 90 días.

**P. Debo someterme a un examen médico cuando el patrono o el asegurador lo requiera?**

R. Sí. El asegurador puede requerir un examen médico por un proveedor cualificado que esté autorizado por la Junta, dentro de una distancia razonable para usted viajar. Negarse a ser examinado puede afectar su reclamación.

**P. Puede un asegurador suspender o cambiar los beneficios en efectivo?**

R. Sí, pero usted tiene derecho a una vista. El asegurador deberá someter evidencia a la Junta y la Junta decidirá. Un asegurador no podrá cambiar sus beneficios después que la Junta hace una decisión a menos que la Junta lo apruebe.

**P. Tengo que usar un abogado?**

R. No, pero un abogado puede ser beneficioso en casos objetados o complejos. Usted puede representarse usted mismo o usar un abogado o representante licenciado [la lista de representantes licenciados se encuentra en aquí. Las tarifas son aprobadas por la Junta y deducidas de sus beneficios. **No pague directamente a su representación.**

**P. Que puedo hacer si estoy en desacuerdo con la decisión de la Junta?**

R. Usted puede apelar por escrito dentro de 30 días desde que la decisión sea archivada. Usted debe explicar porqué usted está en desacuerdo con la decisión. Tres Comisionados de la Junta revisaran su caso. Si usted está en desacuerdo con esa revisión, usted podrá apelar ante el panel completo de Comisionados de la Junta de Compensación Obrera. Ellos podrían considerar o no su caso.

**P. Que puedo hacer si no estoy satisfecho con el resultado de la apelación?**

R. Usted podría apelar a la División de Apelación, Tercer Departamento, dentro de 30 días después que la decisión es notificada.

**P. Existen penalidades por declaraciones falsas en reclamaciones?**

R. Es un crimen hacer una falsa representación a sabiendas en un caso para obtener beneficios. La penalidad puede ser de hasta siete años de prisión y multas. Un reclamante también puede perder el derecho a beneficios. Es también un crimen que un asegurador traiga un hecho falso en un intento de denegar un beneficio a un trabajador sabiendo que el trabajador tiene el derecho a recibirlo.

**LEY DE AMERICANOS  
CON INCAPACIDADES**

La ley de 1990 para Americanos con Incapacidades prohíbe discriminar contra personas con impedimentos en el trabajo. Garantiza igual acceso a servicios gubernamentales, facilidades públicas, transportación y telecomunicaciones. Esta ley puede ayudar a trabajadores lesionados que quieren regresar a trabajar. Llame a NYS Comisión de Calidad de Cuido y Defensa para Personas con Impedimentos [traducción nuestra] al 1-800-949-4232 para más información.

## Declaración de Privacidad

Todos los documentos que la Junta de Compensación Obrera tiene sobre su caso, son privados. Bajo la ley de compensación obrera sólo las partes involucradas en su reclamación pueden recibir información sobre su caso. Aparte de usted, su abogado o representante, las partes que pueden ver la información incluyen a:

- su patrono y su abogado
- la compañía de seguros de su patrono y su abogado

Esa compañía de seguros puede compartir información con proveedores de salud que contrate para examinarlo a usted. Sus proveedores de salud tendrán que compartir su información con esa compañía de seguros cuando facture por sus servicios.

Cualquiera que obtenga una orden judicial autorizando acceso a la información de su reclamación también está incluido. Su información también puede ser compartida con entidades gubernamentales que estén procesando reclamaciones de beneficios o investigando fraude. Nadie puede divulgar información a nadie que no esté autorizada a verla.

Usted puede dar permiso escrito a cualquiera que usted quiera que tenga acceso a la información de su reclamación de dos formas.

1. Presentando la Forma OC-110A, original, Autorización del Reclamante para Divulgar el Expediente de Compensación por Accidentes de Trabajo. Este está disponible en [www.wcb.ny.gov/content/main/forms/oc110as.pdf](http://www.wcb.ny.gov/content/main/forms/oc110as.pdf), o llamando al 1.866.750.5157.

2. Presentando una carta o forma notarizada original que indique su autorización para que una persona o entidad pueda ver la información de su reclamación.

Usted puede autorizar en cualquier momento. Siempre es útil compartir una copia del documento con la persona autorizada para ver el expediente. Mucha gente autoriza a su cónyuge o hijos en el momento que radican su reclamación.

La ley prohíbe que posibles futuros patronos pidan información sobre su reclamación antes de emplearlo.

# Directorio de Servicios y Oficinas de la Junta de Compensación Obrera

## Oficinas de la Junta

**Servicios al Consumidor**

1.877-632-4996

**Representante de Trabajadores****Lesionados**

1.800.580.6665

**Proveedor de Cuidado Médico**

1.800.781.2362

**División de Revisión****Administrativa**

1.877.258.3441

**Línea para Referir Fraudes**

1.888.363.6001

**Beneficios por Incapacidad**

1.800.353.3092

## Oficinas de Distrito

**Oficina Distrito de Albany**

100 Broadway - Menands

Albany, NY 12241

1.866.750.5157

**Oficina Distrito de Binghamton**

State Office Bldg., 44 Hawley Street

Binghamton, NY 13901

1.866.802.3604

**Oficina Distrito de Buffalo**

Ellicott Square Building

295 Main Street - Suite 400

Buffalo, NY 14203

1.866.211.0645

**Oficina Distrito de Rochester**

130 Main Street West

Rochester, NY 14614

1.866.211.0644

**Oficina Distrito de Syracuse**

935 James Street

Syracuse, NY 13203

1.866.802.3730

Envíe la correspondencia a:

**PO Box 5205****Binghamton, NY • 13902-5205*****Oficina Distrito de Brooklyn***

111 Livingston Street

Brooklyn, NY 11201

1.800.877.1373

***Oficina Distrito de Hauppauge***

220 Rabro Drive, Suite 100

Hauppauge, NY 11788-4230

1.866.681.5354

***Oficina Distrito de Hempstead***

175 Fulton Avenue

Hempstead, NY 11550

1.866.805.3630

***Oficina Distrito de Manhattan***

215 W. 125th Street

New York, NY 10027

1.800.877.1373

***Oficina Distrito de Peekskill***

41 North Division Street

Peekskill, NY 10566

1.866.746.0552

***Oficina Distrito de Queens***

168-46 91st Avenue

Jamaica, NY 11432

1.800.877.1373





# Reclamación del empleado

# C-3S

Estado de Nueva York - Junta de Compensación Obrera (WCB)

Complete este formulario para solicitar los beneficios de compensación por una lesión laboral o una enfermedad relacionada con el trabajo. Complete con cuidado y use letra de imprenta. También puede completar este formulario en línea en [www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov).

Número de caso WCB (si lo sabe): \_\_\_\_\_

## A. INFORMACIÓN PERSONAL (Empleado)

1. Nombre completo: \_\_\_\_\_  
Nombre Segundo nombre Apellido
2. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
mes / día / año
3. Dirección postal: \_\_\_\_\_  
Número y calle/Apartado postal Ciudad Estado Código postal
4. N° de seguro social: \_\_\_\_\_ 5. N° de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ 6. Sexo:  Masculino  Femenino
7. ¿Necesita un traductor para su vista ante la Junta ?  Sí  No Si contesta Sí, cuál idioma? \_\_\_\_\_

## B. INFORMACIÓN SOBRE SU(S) EMPLEADOR(ES)

1. Empleador en donde se lesionó: \_\_\_\_\_ 2. N° de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
3. Dirección del trabajo: \_\_\_\_\_  
Número y calle/Apartado postal Ciudad Estado Código postal
4. Fecha de inicio del empleo: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 5. Nombre de su supervisor: \_\_\_\_\_  
mes / día / año
6. Indique nombre(s)/direccion(es) de otro(s) empleador(es) al momento de la lesión/enfermedad: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
7. ¿Perdió usted horas de trabajo del otro empleo con motivo de su lesión/enfermedad?  Sí  No

## C. SU TRABAJO en la fecha de la lesión o enfermedad

1. ¿Cuál era su puesto o descripción de trabajo? \_\_\_\_\_
2. ¿Qué tipo de actividades realizaba usted normalmente en el trabajo? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
3. ¿Su trabajo era? (marque uno)  A tiempo completo  A medio tiempo  Estacional  Voluntario  Otro: \_\_\_\_\_
4. ¿Cuál era su salario antes de impuestos por período de pago? \_\_\_\_\_ 5. ¿Con qué frecuencia se le pagaba? \_\_\_\_\_
6. ¿Recibía usted alojamiento o propinas además de su pago?  Sí  No En caso afirmativo, especifique: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## D. SU LESIÓN O ENFERMEDAD

1. Fecha de la lesión o del inicio de la enfermedad: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 2. Hora de la lesión: \_\_\_\_\_  AM  PM  
mes / día / año
3. ¿Dónde ocurrió la lesión/enfermedad? (por ej., 1 Main Street, Pottersville, en la puerta de acceso) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
4. ¿Era éste su lugar de trabajo habitual?  Sí  No En caso negativo, ¿por qué estaba usted en ese lugar? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
5. ¿Qué estaba haciendo cuando se lesionó o se enfermó? (por ej.: descargando un camión, copiando un informe) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
6. ¿Cómo ocurrió la lesión/enfermedad? (por ej.: pasaba por encima de una tubería y caí al piso) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
7. Explique detalladamente la naturaleza de su lesión/enfermedad, incluyendo las partes del cuerpo lesionadas (por ej.: me torcí el tobillo izquierdo y me corté la frente): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

SU NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA DE LA LESIÓN/ENFERMEDAD: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
mes / día / año

#### D. SU LESIÓN O ENFERMEDAD (cont.)

8. ¿Hubo algún objeto (por ej.: carretilla, martilla, ácido) involucrado en la lesión/enfermedad?  Sí  No  
En caso afirmativo, ¿cuál? \_\_\_\_\_
9. ¿La lesión ocurrió por estar utilizando u operando un vehículo motorizado licenciado?  Sí  No  
En caso afirmativo,  su vehículo  un vehículo del empleador  otro vehículo Número de placa (si lo sabe): \_\_\_\_\_  
Si su vehículo estuvo involucrado, indique el nombre y dirección de su asegurador: \_\_\_\_\_
10. ¿Ha notificado la lesión/enfermedad a su empleador (o supervisor)?  Sí  No En caso afirmativo, la notificación fue remitida a: \_\_\_\_\_ en forma:  verbal  escrita Fecha de notificación: \_\_\_\_\_  
mes / día / año
11. ¿Hubo algún testigo de la lesión?  Sí  No  Desconocido En caso afirmativo, indique los nombres: \_\_\_\_\_

#### E. REGRESO AL TRABAJO

1. ¿Dejó usted de trabajar debido a la lesión/enfermedad?  Sí  No En caso afirmativo, ¿en qué fecha? \_\_\_\_\_  
mes / día / año  
En caso negativo, pase a la Sección F.
2. ¿Ha regresado al trabajo?  Sí  No En caso afirmativo, ¿en qué fecha? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  tareas normales  tareas restringidas
3. Si ha regresado al trabajo, ¿para quién trabaja usted ahora?  Mismo empleador  Nuevo empleador  Independiente
4. ¿Cuál es su salario antes de impuestos por período de pago? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia se le paga? \_\_\_\_\_

#### F. TRATAMIENTO MÉDICO POR ESTA LESIÓN O ENFERMEDAD

1. ¿Cuál fue la fecha de su primer tratamiento? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  No recibí tratamiento (pase a la pregunta F-5)
2. ¿Recibió tratamiento en el lugar de la lesión?  Sí  No
3. ¿En dónde se le prestó el primer tratamiento médico por su lesión/enfermedad?  Ninguno  Sala de emergencias  
 Consultorio del doctor  Clínica/Hospital/Servicio de emergencia  Internamiento hospitalario por más de 24 horas  
Nombre y dirección del lugar en el que le prestó el primer tratamiento médico: \_\_\_\_\_  
Nº de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
4. ¿Aún está bajo tratamiento por esta lesión/enfermedad?  Sí  No  
Indique el nombre y dirección del/los doctor(es) que lo atiende(n) por esta lesión/enfermedad: \_\_\_\_\_  
Nº de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
5. ¿Recuerda alguna otra lesión en la misma parte del cuerpo o una enfermedad similar?  Sí  No  
En caso afirmativo, lo atendió un doctor?  Sí  No En caso afirmativo, indique los nombres y direcciones del/los doctor/es que lo atendieron y PRESENTE EL FORMULARIO C-3.3 JUNTO CON ESTE FORMULARIO: \_\_\_\_\_
6. ¿La lesión/enfermedad anterior estuvo relacionada con el trabajo?  Sí  No  
En caso afirmativo, ¿trabajaba usted para el mismo empleador que ahora?  Sí  No

Por la presente realizo una reclamación de beneficios conforme a lo dispuesto en la Ley de Compensación obrera. Con mi firma declaro que la información que aquí suministro es verdadera y exacta a mi mejor saber y entender.

Toda persona que con conocimiento y INTENCIÓN DE COMETER FRAUDE presente, haga presentar o prepare información que contenga FALSEDADES u omisiones de hechos materiales sabiendo o creyendo que será presentada a un asegurador o auto asegurador o que será presentada por éste SERÁ CULPABLE DE DELITO y estará sujeto a MULTAS SUSTANCIALES Y ENCARCELAMIENTO.

Firma del empleado: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

En representación del empleado: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Un tercero podrá firmar en nombre y representación del empleado únicamente si está legalmente autorizado para hacerlo y el empleado es un menor, es mentalmente incompetente o está incapacitado.

Certifico que según mi leal saber y entender, conocimiento y convicción, formado en respuesta a una pregunta realizada dentro de circunstancias razonables, que las declaraciones y otros hechos fácticos afirmados arriba tienen evidencia probatoria, o tendrán evidencia probatoria resultante de alguna oportunidad razonable de indagación o descubrimiento.

Firma del Abogado / Representante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Escriba el Nombre: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

Identificación, si tiene: R-\_\_\_\_\_ Si el representante es acreditado, No. de licencia: \_\_\_\_\_ Fecha de Caducidad: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



# Limited Release of Health Information (HIPAA)

# C-3.3

State of New York - Workers' Compensation Board

WCB Case No. (if you know it): \_\_\_\_\_

To Claimant: If you received treatment for a previous injury to the same body part or for an illness similar to the one described in your current Claim, fill out this form. This form allows the health care providers you list below to release health care information about your previous injury/illness to your employer's workers' compensation insurer. The federal HIPAA law (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996) says you have a right to get a copy of this form. If you do not understand this form, talk to your legal representative. If you do not have a legal representative, the Advocate for Injured Workers at the Workers' Compensation Board can help you. Call: 800-580-6665.

To Health Care Provider: A copy of this HIPAA-compliant release allows you to disclose health information. If you send records to the employer's workers' compensation insurer in response to this release, also mail copies to the Claimant's legal representative. (If no legal representative is listed below, send copies to the Claimant.) Health care providers who release records must follow New York state law and HIPAA.

This release is:

- **Voluntary.** Your health care provider(s) must give you the same care, payment terms, and benefits, whether you sign this form or not.
- **Limited.** It gives your health care provider(s) permission to release only those health records that are related to the previous illness/condition you describe below.
- **Temporary.** It ends when your current claim for compensation is established or disallowed and all appeals are exhausted.
- **Revocable.** You can cancel this release at any time. To cancel, send a letter to the health care provider(s) listed on this form. Also, send a copy of your letter to your employer's workers' compensation insurer and the Workers' Compensation Board. Note: You may not cancel this release with respect to medical records already provided.
- **For records only.** It gives your health care provider(s) listed on this form permission to send copies of your health care records to your employer's workers' compensation insurer.

This form does NOT allow your health care provider(s) to release the following types of information:

- HIV-related information
- Psychotherapy notes
- Alcohol/Drug treatment
- Mental Health treatment (unless you check below)
- Verbal information (your health care providers may not discuss your health care information with anyone)

Any medical records released will become part of your workers' compensation file and are confidential under the Workers' Compensation Law.

### A. YOUR INFORMATION (Claimant)

1. Name: \_\_\_\_\_ 2. Social Security Number: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
  3. Mailing Address: \_\_\_\_\_
  4. Date of Birth: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 5. Date of the current injury/illness: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
  6. Current injury/illness, including all body parts injured: \_\_\_\_\_
  7. Your legal representative's name and address (if any): \_\_\_\_\_
- Check here if you allow your health care provider(s) to release mental health care information.

### B. YOUR HEALTH CARE PROVIDER(S) (List all health care providers who treated you for a previous injury to the same body part or similar illness. If more than 2 providers attach their contact information to this form.)

1. Provider: \_\_\_\_\_ 2. Phone Number: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
3. Mailing Address: \_\_\_\_\_
4. Other provider (if any): \_\_\_\_\_ 5. Phone Number: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
6. Mailing Address: \_\_\_\_\_

### C. READ AND SIGN BELOW. I hereby request that the health care provider(s) listed above give my employer's workers' compensation insurer copies of all health records related to any previous injury/illness, to all body parts, described above.

\_\_\_\_\_  
Claimant's signature (ink only -- use blue ballpoint pen, if possible.)

\_\_\_\_\_  
Date

If the claimant is unable to sign, the person signing on his/her behalf must fill out and sign below:

\_\_\_\_\_  
Your name

\_\_\_\_\_  
Relationship to Claimant

\_\_\_\_\_  
Signature (ink only -- use blue ballpoint pen, if possible.)

\_\_\_\_\_  
Date



# Divulgación limitada de información sobre la salud (HIPAA)

# C-3.3

## Estado de Nueva York - Junta de Compensación Obrera (WCB)

WCB Case No. (if you know it) (Número de caso WCB [si lo sabe])

**Al reclamante:** Si usted recibió tratamiento por una lesión anterior en la misma parte del cuerpo o por una enfermedad similar a la que motiva ahora su reclamación, complete este formulario. Este formulario les permite a los proveedores de salud que usted señala a continuación divulgar a la compañía de seguros de compensación obrera de su empleador la información sobre su salud relacionada con su lesión/enfermedad anterior. La Ley federal HIPAA (Ley de portabilidad y responsabilidad del seguro de salud de 1996) establece que usted tiene derecho a recibir una copia de este formulario. Si no comprende este formulario, hable con su representante legal. Si no tiene un representante legal, el Representante de los obreros lesionados de la Junta de Compensación Obrera puede ayudarlo. Llame al 800-580-6665.

**Al proveedor de salud:** Una copia de esta divulgación, redactada según lo que establece la ley HIPAA, le permite divulgar información sobre la salud. Si envía los registros al asegurador de compensación obrera del empleador en respuesta a la presente divulgación, también debe enviar por correo copias al representante legal del reclamante. (Si a continuación no se especifica un representante legal, envíe las copias al reclamante). Los proveedores de salud que divulgan los registros deben cumplir con las leyes del estado de Nueva York y la HIPAA.

Esta divulgación es:

- **Voluntaria.** Su(s) proveedor(es) de salud deben otorgarle la misma atención, condiciones de pago y beneficios, independientemente de que usted firme este formulario o no.
- **Limitada.** Le otorga a su(s) proveedor(es) de salud permiso para divulgar únicamente los registros médicos que se relacionen con la enfermedad/afección anterior que usted describe a continuación.
- **Temporal.** Termina cuando se otorgue o desestime su actual reclamación de compensación y se hayan agotado todas las apelaciones.
- **Revocable.** Usted puede cancelar esta divulgación en cualquier momento. Para hacerlo, envíe una carta al (a los) proveedor(es) de salud que se indican en este formulario. Además, envíe una copia de su carta a la compañía de seguros de compensación obrera de su empleador y a la Junta de Compensación Obrera. Nota: No podrá cancelar esta divulgación en lo que se refiere a registros médicos que ya se hayan provisto.
- **Solamente para registros.** Le otorga a su(s) proveedor(es) de salud que se indica(n) en este formulario permiso para enviar copias de sus registros de salud a la compañía de seguros de compensación obrera de su empleador.

Este formulario NO autoriza a su(s) proveedor(es) de salud a divulgar los siguientes tipos de información:

- Información relacionada con el VIH
- Notas de terapia psicológica
- Tratamientos por abuso de alcohol o drogas
- Tratamiento de salud mental (a menos que usted lo indique a continuación)
- Información verbal (sus doctores no pueden hablar con nadie sobre su información de salud)

Los registros médicos divulgados se incorporarán a su expediente de compensación obrera y son confidenciales conforme a la Ley de compensación obrera.

**CONTESTA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, EN INGLÉS SI ES POSIBLE, EN LOS ESPACIOS PROVISTOS Y FIRMA AL FRENTE DE LA FORMA.**

### A. YOUR INFORMATION (Claimant) INFORMACIÓN PERSONAL (Reclamante)

1. Name (Nombre) 2. Social Security Number (Número de seguro social)
3. Mailing Address (Dirección postal)
4. Date of Birth (Fecha de nacimiento) 5. Date of the current injury/illness (Fecha de la lesión/enfermedad actual)
6. Current injury/illness, including all body parts injured (Descripción de la lesión/enfermedad actual, incluyendo todas las partes del cuerpo lesionadas)
7. Your legal representative's name and address (if any) (Nombre y dirección de su representante legal [si corresponde])  
Check here if you allow your health provider(s) to release mental health care information. (Marque aquí si autoriza a su(s) proveedor(es) de salud a divulgar información sobre tratamientos de salud mental.)

### B. YOUR HEALTH CARE PROVIDERS (List all health care providers who treated you for a previous injury to the same body part or similar illness. If more than 2 providers, attach their contact information to this form.)

**SU(S) PROVEEDOR(ES) DE SALUD** (Enumere todos los proveedores de salud que le han tratado por lesiones previas a las mismas áreas del cuerpo ó por enfermedades semejantes. Si son más de 2 proveedores, adjunte su información de contacto a este formulario.)

1. Provider (Proveedor de salud) 2. Phone Number (Nº de teléfono)
3. Mailing Address (Dirección postal)
4. Other provider (if any) (Otro proveedor [si corresponde]) 5. Phone Number (Nº de teléfono)
6. Mailing Address (Dirección postal)

### C. READ AND SIGN BELOW

I hereby request that the health care provider(s) listed above give my employer's workers' compensation insurer copies of all health records related to any previous injury/illness, to all body parts, described above. **LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN.** Por la presente solicito que los proveedores de salud aquí enumerados le provean al asegurador de compensación obrera de mi patrono copias de todos los records médicos relacionados a cualquier lesión/enfermedad aquí enumeradas.

If the claimant is unable to sign, the person signing on his/her behalf must fill out and sign below: (Si el reclamante no puede firmar, la persona que firme el formulario en su nombre y representación debe llenar y firmar a continuación)

\_\_\_\_\_  
Claimant's signature (Firma del reclamante) use solo tinta - preferiblemente azul Date (Fecha)

\_\_\_\_\_  
Your name (Su nombre) Relationship to Claimant (Relación con el reclamante) Signature(Firma) Date(Fecha)

## Instrucciones para completar el Formulario C-3, "Reclamación de indemnización del empleado"

Complete este formulario y envíelo a la oficina de distrito (DO, por sus siglas en inglés) de su zona de la Junta de Compensación Obrera para solicitar los beneficios de indemnización para trabajadores. Las direcciones aparecen al final de estas instrucciones. Si necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con la Junta de Compensación Obrera al 1-877-632-4996. También podrá completar este formulario en Internet en: <http://www.wcb.ny.gov/>

Si no tiene número de caso de la Junta de Compensación Obrera o no lo sabe, deje este campo sin completar. No es necesario para tramitar su reclamación. No olvide escribir su nombre y la fecha cuando ocurrió la lesión o enfermedad en la parte superior de la segunda página.

### Sección A. Información personal del empleado:

- Punto 1: Escriba su nombre completo (primer y segundo nombre y apellido).
- Punto 2: Escriba su fecha de nacimiento en el siguiente orden: mes/día/año. El año deberá tener cuatro cifras.
- Punto 3: Escriba su dirección postal. Incluya su casilla postal (PO Box), si corresponde, ciudad o pueblo, estado y código postal.
- Punto 4: Escriba su número de seguro social. Esto es muy importante para que su reclamación se tramite más rápido.
- Punto 5: Indique su número de teléfono principal con el código de la zona. Aquí podrá poner el número de su teléfono celular.
- Punto 6: Indique su sexo (masculino o femenino).
- Punto 7: Las vistas en la Junta son en Inglés. Si necesita un traductor para entender los procedimientos, la Junta se lo facilitará. Marque Si e indique el idioma.

### Sección B. Información de su/s empleador/es:

- Punto 1: Indique quién era su empleador cuando se lesionó o se enfermó.
- Punto 2: Escriba el número de teléfono de este empleador, ya sea su teléfono principal o el de su supervisor.
- Punto 3: Escriba la dirección postal de su empleador. Incluya la casilla postal (PO Box), si corresponde, ciudad o pueblo, estado y código postal.
- Punto 4: Indique fecha fué contratado por este patrono.
- Punto 5: Escriba el nombre de su supervisor directo, la persona de quien depende usted habitualmente.
- Punto 6: Si tiene más de un trabajo, indique los nombres y las direcciones de los demás empleadores para quienes trabaja usted además de los datos del empleo donde sufrió la lesión. Si necesita más espacio, use una hoja aparte.
- Punto 7: Marque 'Sí' en caso de haber perdido horas de trabajo en otro empleo con motivo de su lesión o enfermedad; de lo contrario, marque 'No'.

### Sección C. Descripción de su trabajo cuando ocurrió la lesión o enfermedad:

- Punto 1: Indique su puesto de trabajo actual o describa sus funciones (por ej.: empleado de almacén).
- Punto 2: Indique las tareas típicas que realiza en este trabajo (por ej.: mantener inventarios, descargar camiones, etc.).
- Punto 3: Marque el tipo de trabajo que tenía.
- Punto 4: Escriba su salario bruto (antes de impuestos) por período de pago.
- Punto 5: Indique cada cuánto le pagaban el sueldo (semanal, quincenalmente, etc.).
- Punto 6: Indique si le pagaban propinas o el alojamiento además del sueldo habitual. Si se los pagaban, descríbalos.

### Sección D. Su lesión o enfermedad:

- Punto 1: Escriba la fecha en que se lesionó o notó que estaba enfermo. Escriba la fecha en el siguiente orden: mes/día/año . El año deberá tener cuatro cifras. Si padece una afección o enfermedad laboral, ignore el punto 2.
- Punto 2: Escriba la hora en que se produjo la lesión. Marque si fue por la mañana o por la tarde.
- Punto 3: Indique el lugar en el que ocurrió la lesión o enfermedad; incluya la dirección del edificio y el lugar físico dentro de éste en el que se produjo la lesión o enfermedad.
- Punto 4: Marque si era su lugar de trabajo habitual. En caso contrario, explique por qué estaba ahí.
- Punto 5: Describa detalladamente qué estaba haciendo cuando se lesionó o se enfermó (por ej.: descargaba a mano cajas del camión). Esta información explica los acontecimientos que precedieron a la lesión.
- Punto 6: Describa detalladamente cómo se lesionó o se enfermó (por ej.: estaba sacando cajas pesadas de un camión). Aquí deberá mencionar a todas las personas y acontecimientos relacionados con la lesión o enfermedad.
- Punto 7: Indique detalladamente el tipo de lesión o enfermedad y su importancia e incluya las partes del cuerpo lesionadas. Sea lo más preciso posible. (Por ej.: Me dañé la espalda cuando trataba de levantar una caja pesada. Ahora siento dolor cuando me inclino o sostengo objetos aún más livianos).
- Punto 8: Indique si hubo algún objeto implicado en el accidente EXCLUYENDO los vehículos autorizados. Esos objetos pueden ser una herramienta (por ej.: un martillo), una sustancia química (por ej.: ácido), máquinas (por ej.: un elevador de horquilla o una prensa taladradora), etc.
- Punto 9: Indique si hubo un vehículo autorizado implicado en el accidente. Si lo hubo, marque si éste era suyo, de su empleador o de un tercero. Incluya número de tablilla [si lo sabe]. Si su vehículo estuvo implicado, escriba el nombre y la dirección de su compañía de seguros contra terceros.
- Punto 10: Marque si informó a su empleador o supervisor de la lesión o enfermedad. Si lo hizo, indique quién se ocupó de la notificación y si lo hizo oralmente o por escrito. Mencione la fecha en que se realizó la notificación.
- Punto 11: Marque si alguien vio cómo se produjo la lesión. Si alguien la presencié, escriba el nombre de esa/s persona/s.

### Sección E. Regreso al trabajo:

- Punto 1: Si dejó de trabajar como consecuencia de su lesión o enfermedad laboral, marque 'Sí' e indique la fecha en que dejó de hacerlo. Si sigue trabajando, marque 'No' y pase a la próxima sección.

### Sección E. Regreso al trabajo (continuación):

- Punto 2: Si ya regresó al trabajo, marque 'Sí'. También indique la fecha en que comenzó nuevamente a trabajar y si retomó sus Tareas Habituales o si realiza Tareas Limitadas o Restringidas. (Si no ha retomado todas las tareas que solía realizar antes de la lesión o enfermedad, entonces realiza Tareas Limitadas).
- Punto 3: Si se ha reincorporado a su trabajo, indique para quién trabaja ahora.
- Punto 4: Escriba su salario bruto (antes de impuestos) por período de pago por el trabajo que realiza ahora. Indique cada cuánto le pagan a usted el sueldo (semanal, quincenalmente, etc.).

### Sección F. Tratamiento médico por esta lesión o enfermedad:

- Punto 1: Si no recibió ningún tratamiento médico por esta lesión o enfermedad, marque 'No recibí tratamiento' y pase al punto 5. De lo contrario, escriba la fecha en que recibió tratamiento por primera vez por esta lesión o enfermedad y complete los demás puntos de esta sección.
- Punto 2: Marque si el primer tratamiento que recibió por esta lesión o enfermedad fue en el trabajo.
- Punto 3: Marque el lugar en el que recibió tratamiento médico por primera vez fuera del trabajo por esta lesión o enfermedad. Indique el nombre, la dirección y el teléfono (con el código de la zona) del centro médico.
- Punto 4: Si todavía sigue recibiendo tratamiento médico por esta misma lesión o enfermedad, marque 'Sí' e indique el nombre, la dirección y el teléfono (con el código de la zona) del/de los médico/s que le atienden; de lo contrario, marque 'No'.
- Punto 5: Si cree que ya tenía una lesión en la misma parte del cuerpo o una enfermedad similar, marque 'Sí' e indique si le atendió un médico por esta enfermedad o lesión. Si lo hizo, indique el nombre y la dirección del/de los médico/s que le atendieron y complete y envíe el formulario C-3.3 junto con éste.
- Punto 6: Si tenía una lesión o enfermedad anterior, marque si era laboral. Si lo era, marque si la lesión o enfermedad ocurrió mientras trabajaba para el empleador actual.

Firme el Formulario C-3 en el espacio para la "Firma del Empleado" en la página 2, imprima su nombre y escriba la fecha en la que firma el formulario. Si alguna tercera persona está firmando a nombre del empleado, esa persona debe firmar en la segunda línea para las firmas. Si tiene representación legal, su representante debe llenar y firmar la sección de certificación para abogados/representantes al final de la página 2.

### LO QUE TODO TRABAJADOR DEBE HACER EN CASO DE LESIÓN O ENFERMEDAD OCUPACIONAL:

1. Avisar inmediatamente a su patrono ó a su supervisor cuando, donde y como sufrió la lesión.
2. Obtener atención médica inmediatamente.
3. Pedirle a su médico que presente informes a la Junta y a su patrono, ó a la compañía de seguros.
4. Llenar esta forma de reclamación para compensación y enviarla a la oficina mas cercana de la Junta de Compensación. (vease abajo.) El no presentar reclamación dentro de dos años a partir de la fecha de la lesión puede ser motivo de que se le rechace la reclamación. Si necesita que le ayuden a llenar esta forma, llame por telefono o vaya a la oficina mas cercana de la Junta de Compensación Obrera.
5. Acudir a todas las audiencias cuando se le notifique que comparezca.
6. Volver a su trabajo lo mas pronto que le sea posible; la compensación nunca es tan alta como su sueldo.

### SUS DERECHOS:

1. Por lo general usted tiene derecho a ser atendido por el médico de su preferencia, siempre y cuando esté autorizado por la Junta. Si su patrono está participando en un acuerdo de organización de proveedores con preferencia (P.P.O.) su tratamiento inicial deberá obtenerlo de la entidad que su patrono haya designado para proveer cuidado médico para lesiones relacionadas con la compensación obrera.
2. NO PAGUE NADA a su médico ni al hospital. Esas facturas serán pagadas por la compañía de seguros si su caso no ha sido cuestionado. Si el caso es disputado, su médico y el hospital deberán esperar hasta que la Junta decida el caso. Si usted dejara de proseguir su caso o si la Junta fallara en su contra, le corresponde pagar a su médico y al hospital.
3. También tiene usted derecho a ser reembolsado por gastos de medicamentos, muletas o cualquier aparato apropiadamente prescrito por su médico y por transportación u otros gastos necesarios para visitar el consultorio de su médico ó el hospital. (Obtenga comprobantes de esos gastos.)
4. Usted tiene derecho a compensación si su lesión le deja impedido de trabajar por mas de siete días, o le obliga a trabajar a sueldo mas bajo ó resulta con incapacidad permanente en alguna parte de su cuerpo.
5. La compensación es pagadera directamente y sin tener que esperar la decisión, excepto cuando se cuestione la reclamación.
6. Los empleados lesionados o las personas a cargo de un empleado fallecido podrán representarse a sí mismos ante la Junta o contratar a un abogado o representante autorizado para que los represente. Si contrataran a un abogado o representante autorizado, los honorarios por sus servicios quedarán a consideración de la Junta. Si ésta los aprueba, el empleador o la compañía de seguros se los pagará, deduciéndolos de los beneficios de compensación que haya que pagarle. Los empleados lesionados o las personas a cargo de un empleado fallecido no deben pagar nada directamente al abogado o representante autorizado que los represente en un caso de indemnización.
7. Si necesita ayuda para volver al trabajo, ó si tiene problemas familiares o economicos por motivo de su lesión, comuníquese con la oficina de la Junta de Compensación Obrera que le quede mas cerca y pida una reunión con un consejero de rehabilitación o con un trabajador social.

Para presentar este formulario, deberá enviarlo directamente a la oficina de distrito (DO) de la Junta de Compensación Obrera que corresponda a la dirección que se menciona a continuación:

Albany DO: 100 Broadway-Menands, Albany NY 12241 866-750-5157 (para accidentes en los siguientes condados: Albany, Clinton, Columbia, Dutchess, Essex, Franklin, Fulton, Greene, Hamilton, Montgomery, Rensselaer, Saratoga, Schenectady, Schoharie, Ulster, Warren, Washington).

Binghamton DO: State Office Building, 44 Hawley Street, Binghamton NY 13901 866-802-3604 (para accidentes en los siguientes condados: Broome, Chemung, Chenango, Cortland, Delaware, Otsego, Schuyler, Sullivan, Tioga, Tompkins).

Buffalo DO: **295 Main Street, Suite 400**, Buffalo NY 14203 866-211-0645 (para accidentes en los siguientes condados: Cattaraugus, Chautauqua, Erie, Niagara).

Rochester DO - 130 Main Street West, Rochester NY 14614 866-211-0644 (para accidentes en los siguientes condados: Allegany, Genesee, Livingston, Monroe, Ontario, Orleans, Seneca, Steuben, Wayne, Wyoming, Yates).

Syracuse DO: 935 James Street, Syracuse NY 13203 866-802-3730 (para accidentes en los siguientes condados: Cayuga, Herkimer, Jefferson, Lewis, Madison, Oneida, Onondaga, Oswego y St. Lawrence).

Central de correo para la zona sur del Estado: PO Box 5205, Binghamton NY, 13902-5205 para todos los DO en NYC 800-877-1373; en Hempstead 866-805-3630; en Hauppauge 866-681-5354; en Peekskill 866-746-0552 (para accidentes en los siguientes condados: Bronx, Kings, Nassau, New York, Orange, Putnam, Queens, Richmond, Rockland, Suffolk, Westchester).