

**NOTIFICACIÓN Y PRUEBA DE RECLAMO POR BENEFICIOS POR DISCAPACIDAD****Cómo solicitar beneficios por discapacidad**

No envíe este formulario antes de su primera fecha de discapacidad. Debe presentar su formulario de reclamo completado dentro de los **30 días calendario siguientes a su primer día de discapacidad** para evitar perder beneficios. Conserve una copia de todos los formularios y la documentación para sus archivos.

1. Si está usando este formulario porque quedó discapacitado **mientras estaba empleado** o quedó discapacitado **dentro de las cuatro (4) semanas luego de la finalización de su empleo**, su reclamo completo deberá enviarse a la aseguradora de su último empleador. Podrá encontrar la aseguradora por discapacidad de su empleador en el sitio web de la Junta de Compensación Obrera, [www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov), usando la búsqueda de cobertura del empleador.
2. Si está usando este formulario debido a que **quedó discapacitado luego de haber estado desempleado durante más de cuatro (4) semanas después de la finalización de su empleo**, su reclamo completo DEBE ser enviado por correo a: **Workers' Compensation Board, Disability Benefits Bureau, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029**. Si respondió "sí" a la pregunta 13.B.4, por favor complete y adjunte el formulario DB-450.1.

**Nota: Este formulario tiene una sección a completar por su proveedor de atención médica, y una sección a completar por su empleador. Antes de proporcionar el formulario a su empleador, complete su sección y realice una copia para conservar.**

- El proveedor de atención médica debe entregarle el formulario con la Parte B completada dentro de los siete días. Si hay un retraso, debe esperar para presentar el formulario a su aseguradora. Si la Parte B no está completa (o tiene respuestas incompletas), podría haber un retraso en el pago de beneficios.
- Su empleador debe devolverle el formulario con la Parte C completada dentro de un período de tres días hábiles. Si hay un retraso, no tiene que esperar para proseguir; debe enviarle el formulario a su aseguradora. No pueden denegar su solicitud de beneficios por discapacidad exclusivamente porque su empleador no completó su sección.

**Nota importante:**

Recibirá una respuesta dentro de los 18 días siguientes al primer día de licencia por discapacidad o el recibo de su reclamo completado por parte del empleador o la aseguradora, cual suceda más tarde. Si su reclamo es rechazado, recibirá una Notificación de Rechazo del Reclamo de Beneficios por Discapacidad (Formulario DB-DEN) o una Notificación de Rechazo Total o Parcial del Reclamo de Beneficios por Discapacidad (Formulario DB-451). Si recibe un Formulario DB-DEN, recibirá un formulario DB-451 con información adicional dentro de los 45 días siguientes al primer día de licencia por discapacidad o el recibo de su reclamo completado por parte del empleador o la aseguradora, cual suceda más tarde.

Si no recibe una respuesta dentro de los 18 días (o el Formulario DB-451 dentro de los 45 días) o si tiene preguntas acerca de su reclamo por beneficios por discapacidad, por favor llame a la aseguradora de su empleador. Para información general acerca de beneficios por discapacidad, por favor visite [www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov) o llame a la Oficina de Beneficios por Discapacidad de la Junta al (877) 632-4996.

**Instrucciones para la notificación y prueba de reclamo por beneficios por discapacidad (Formulario DB-450)****PARTE A - INFORMACIÓN DEL EMPLEADO** (a completar por el empleado)

Debe contestar todas las preguntas en esta parte.

**Pregunta 9:** Ingrese la mejor estimación de su salario semanal bruto. Complete la tabla usando sus salarios brutos de su último empleador antes de la discapacidad. Si tuvo más de un empleador en las últimas 8 semanas antes de su discapacidad, también incluya toda la información salarial de esos empleadores.

Paso 1: Sume todos los salarios brutos recibidos (antes de las deducciones) en las últimas ocho semanas anteriores al primer día de discapacidad, incluidas horas extra y propinas ganadas. (Consulte el Paso 3 para ver instrucciones sobre cómo calcular bonos y/o comisiones).

Paso 2: Divida los salarios brutos calculados en el paso uno por ocho (o la cantidad de semanas trabajadas si fueron menos de ocho) para calcular el salario semanal promedio.

Paso 3: Si recibió bonos y/o comisiones durante las 52 semanas anteriores al primer día de discapacidad, agregue el importe semanal prorrateado al salario semanal promedio. Para determinar el importe semanal prorrateado, sume todos los bonos/las comisiones obtenidos en las 52 semanas anteriores y luego divídalos por 52.

**PARTE B - DECLARACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA** (a completar por el proveedor de atención médica)

El proveedor de atención médica debe completar esta declaración en su totalidad y entregarla dentro de los siete días siguientes a la recepción de este formulario.

**PARTE C - INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR** (a completar por el empleador)

El empleador debe completar esta sección y entregarla al empleado dentro de los tres días hábiles siguientes a su recepción.

**Pregunta 6:** Si se continuaron los salarios durante la discapacidad, especifique de qué manera se pagaron los salarios: a través de la continuación de salarios, uso de tiempo libre pago, tiempo por enfermedad, etc.

**Pregunta 8:** Ingrese los salarios ganados por el empleado en las últimas ocho semanas anteriores al primer día de discapacidad. El importe bruto pago es la paga semanal bruta del empleado, incluidas horas extra y propinas obtenidas en esa semana, más el importe semanal prorrateado de cualquier bono o comisión recibido durante las 52 semanas anteriores. (Para pasos detallados, consulte la Pregunta 9 en las instrucciones de la Parte A). Calcule el salario bruto semanal promedio sumando los importes brutos pagados y luego dividiendo el total por ocho (o la cantidad de semanas trabajadas si son menos de ocho).

**NOTIFICACIÓN Y PRUEBA DE RECLAMO POR BENEFICIOS POR DISCAPACIDAD**

**PARTE A - INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE** (Por favor completar en letra de imprenta o a máquina)

1. Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_  
 2. Dirección postal (Calle y nro. de apartamento ): \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 3. Número de teléfono durante el día: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 4. N.º del Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 5. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 6. Género:  M  F  X  
 7. Describa su discapacidad (si es una lesión, también describa, cómo, cuándo y dónde ocurrió): \_\_\_\_\_

8. Fecha en que quedó discapacitado: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ¿Trabajó ese día?:  Sí  No  
 ¿Se ha recuperado de esta discapacidad?:  Sí  No Si la respuesta es Sí, fecha en la que pudo volver al trabajo: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 ¿Ha trabajado desde entonces por salario o beneficios?:  Sí  No Si la respuesta es sí, indique las fechas: \_\_\_\_\_

9. Nombre del último empleador antes de la discapacidad. Si tuvo más de un empleador en las ocho (8) semanas anteriores, nombre a todos los empleadores: El Salario Semanal Promedio se basa en todos los salarios ganados en las últimas ocho (8) semanas trabajadas.

ÚLTIMO(S) EMPLEADOR(ES) ANTES DE LA DISCAPACIDAD			PERÍODO DE EMPLEO		Salario semanal promedio (Incluya bonos, propinas, comisiones, valor razonable de alojamiento, renta, etc.)
Compañía o nombre del oficio	Dirección	Teléfono	Primer día (MM/DD/AAAA)	Último día trabajado (MM/DD/AAAA)	

Ingrese los salarios totales obtenidos en las últimas 8 semanas antes del primer día de discapacidad a continuación (incluya salarios para todos los empleadores arriba indicados)

Semana Nro.	Último día trabajado (MM/DD/AAAA)	Nro. de días trabajados	Importe bruto pagado
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
		<b>Salario bruto semanal promedio calculado:</b>	

10. Mi empleo es o era: \_\_\_\_\_  
Ocupación  
 11. Miembro del sindicato:  Sí  No Si la respuesta es "Sí": \_\_\_\_\_  
Nombre del sindicato o número local  
 12. ¿Reclamaba o recibía beneficios por desempleo antes de esta discapacidad?  Sí  No  
 Si no solicitó o si solicitó pero no recibió beneficios por seguro de desempleo luego del ÚLTIMO DÍA TRABAJADO, explique las razones en detalle: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Si recibió beneficios por desempleo, proporcione todos los períodos cobrados: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**PARTE A - INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE** (Por favor completar en letra de imprenta o a máquina)

13. Para el período por discapacidad cubierto por este reclamo:

A. ¿Está recibiendo sueldos, salarios o pago por separación del empleo?  Sí  No

B. Recibe o reclama:

1. ¿Beneficios por desempleo?  Sí  No 2. ¿Permiso Familiar Pagado?  Sí  No

3. ¿Compensación obrera por discapacidad relacionada con el trabajo?  Sí  No

4. ¿Accidente automotor sin atribución de culpa?  Sí  No ¿o lesión personal que involucra a un tercero?  Sí  No

5. ¿Beneficios por discapacidad a largo plazo de acuerdo con la Ley Federal del Seguro Social para esta discapacidad?  Sí  No

**SI LA RESPUESTA "SÍ" ESTÁ MARCADA EN CUALQUIERA DE LOS PUNTOS DE 13, COMPLETE LO SIGUIENTE:**

He:  recibido  reclamado de: \_\_\_\_\_ para el período \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ a: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

14. En el año (52 semanas) antes de que comenzara su discapacidad, ¿ha recibido beneficios por discapacidad para otros períodos de discapacidad?  Sí  No

Si la respuesta es sí, pagados por: \_\_\_\_\_ De: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ a: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

15. En el año (52 semanas) antes de que comenzara su discapacidad, ¿ha recibido Permiso Familiar Pagado?  Sí  No

Si la respuesta es sí, pagados por: \_\_\_\_\_ De: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ a: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

16. Si quedó discapacitado mientras estaba empleado o dentro de las cuatro semanas de su último día trabajado, ¿le brindó su empleador sus derechos de acuerdo con la Ley de Discapacidad dentro de los 5 días de su notificación o solicitud de formularios por discapacidad?  Sí  No

Por medio del presente reclamo Beneficios por Discapacidad y certifico que por el período cubierto por este reclamo estuve discapacitado. He leído las instrucciones en este formulario y certifico que las declaraciones anteriores, incluida cualquier declaración adicional, son, a mi leal saber y entender, verdaderas y completas.

\_\_\_\_\_  
Firma del Reclamante

\_\_\_\_\_  
Fecha

Una persona puede firmar en nombre del reclamante solo si están legalmente autorizadas a hacerlo y el reclamante es un menor o una persona mentalmente incompetente o incapacitada. Si firma otra persona que no sea el reclamante, complete la información a continuación y presente el Formulario OC-110A, Autorización del Reclamante para Divulgar Registros de Compensación Obrera.

\_\_\_\_\_  
En nombre del Reclamante

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Relación con el Reclamante

**PARTE B - DECLARACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA** (Por favor en letra de imprenta o a máquina)

**LA DECLARACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA DEBE COMPLETARSE EN SU TOTALIDAD. EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA QUE BRINDA LA ATENCIÓN DEBERÁ COMPLETAR ESTE FORMULARIO Y DEVOLVERLO AL RECLAMANTE DENTRO DE LOS SIETE (7) DÍAS SIGUIENTES A SU RECEPCIÓN** Si la discapacidad fue causada o surge de un embarazo, ingrese la fecha estimada de parto en el punto 7-e. **LAS RESPUESTAS INCOMPLETAS PODRÁN DEMORAR EL PAGO DE LOS BENEFICIOS.**

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

2. Género:  M  F  X 3. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

4. Diagnóstico/Análisis: \_\_\_\_\_ Código de diagnóstico: \_\_\_\_\_

a. Síntomas del reclamante: \_\_\_\_\_

b. Hallazgos objetivos: \_\_\_\_\_

5. ¿El reclamante fue hospitalizado?:  Sí  No Desde: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ hasta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

6. ¿Se indicó operación?  Sí  No a. Tipo \_\_\_\_\_ b. Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

7. INGRESE LAS FECHAS PARA LO SIGUIENTE	MES	DÍA	AÑO
a. Fecha de su primer tratamiento para esta discapacidad			
a. Fecha de tratamiento más reciente para esta discapacidad			
c. Fecha en la que el reclamante no pudo trabajar debido a esta discapacidad			
d. Fecha en la que el Reclamante podrá trabajar nuevamente (Incluso si existe duda considerable, estimar una fecha. Evitar usar términos tales como desconocido o indeterminado.)			
e. Si está relacionado con el embarazo, marque el casillero e ingrese la fecha <input type="checkbox"/> fecha estimada de entrega O <input type="checkbox"/> fecha real de entrega			

8. En su opinión, ¿es esta discapacidad el resultado de una lesión que surge del y en el curso del empleo o una enfermedad ocupacional?  Yes  No Si la respuesta es "Sí", ¿Se ha presentado el formulario médico a la Junta?  Sí  No

**Certifico que soy un:**

\_\_\_\_\_  
(Médico, Quiropráctico, Dentista, Podiatra, Psicólogo, Enfermero-Partero)

\_\_\_\_\_  
Licenciado o Certificado en el Estado de

\_\_\_\_\_  
Número de licencia

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta del Proveedor de Atención Médica

\_\_\_\_\_  
Firma del Proveedor de Atención Médica

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Dirección del Proveedor de Atención Médica

\_\_\_\_\_  
N.º de teléfono:

**PARTE C - INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR** (a completar por el empleador)

**1. Nombre legal completo y dirección de correo postal del negocio**

Nombre del negocio \_\_\_\_\_

Dirección de correo \_\_\_\_\_

Ciudad, estado \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_

País (si no es EE. UU.) \_\_\_\_\_

**2. FEIN del empleador:** \_\_\_\_\_

**3. Información de contacto:**

Nombre de contacto del empleador para preguntas relativas a la discapacidad: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto del empleador: \_\_\_\_\_

Correo electrónico de contacto del empleador: \_\_\_\_\_

**4. ¿El empleado es miembro de un sindicato que proporciona los beneficios por discapacidad dispuestos por ley?**  Sí  No

\*Si la respuesta es sí, proporcione el nombre del Sindicato, su dirección e información de contacto \_\_\_\_\_

**5. Información del empleado:**

**Función del empleado:**  Empleado  Propietario  Socio  Cónyuge del empleador  Dueño  Copropietario

**Fecha de contratación del empleado (MM/DD/AAAA):** \_\_\_\_\_

**Fecha en que el empleado trabajó por última vez:** \_\_\_\_\_

**Fecha en que el empleado regresó a trabajar (si corresponde):** \_\_\_\_\_

**6. ¿Se continuaron los salarios durante la discapacidad?**  Sí  No

Si la respuesta es sí, ¿de qué tipo? (tiempo libre pago, tiempo por enfermedad, otro): \_\_\_\_\_

Si la respuesta es sí, ¿el empleador solicita un reembolso?  Sí  No

\*El reembolso solo está disponible si el empleador continuó con los salarios durante la discapacidad o el empleado usó tiempo por enfermedad

**7. ¿La discapacidad del empleado está relacionada con el trabajo?**  Sí  No

**8. Ingrese las últimas 8 semanas de salarios brutos del empleado inmediatamente antes de la discapacidad, empezando por la semana en que comenzó la discapacidad, y calcule el salario semanal bruto promedio (incluya bonos, propinas, comisiones, valor razonable de alojamiento, renta, etc. y consulte las instrucciones para más información)**

Semana Nro.	Fecha de finalización de la semana (MM/DD/AAAA)	Nro. de días trabajados	Importe bruto pagado
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
		<b>Salario bruto semanal promedio calculado:</b>	

**9. En las 52 semanas anteriores, ¿el empleado se tomó alguna de las siguientes licencias?**

Discapacidad del NYS  PFL  Tanto discapacidad como PFL  Ninguna

**Discapacidad:** Brinde las fechas específicas de discapacidad \_\_\_\_\_

**PFL:** Brinde las fechas específicas de PFL \_\_\_\_\_

**10. ¿El empleado sigue trabajando para usted?**  Sí  No

Si la respuesta es no, fecha en que se finalizó el empleo: \_\_\_\_\_

**11. Si el empleado recibió beneficios por desempleo, fecha en que recibió el beneficio por última vez:** \_\_\_\_\_

**PARTE C - INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR** (a completar por el empleador)

He leído y reconozco la información sobre fraude a continuación y afirmo que, a mi leal saber y entender, la información que he proporcionado es verdadera y correcta:

Nombre del empleador y cargo: \_\_\_\_\_

Firma del empleador: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto del empleador: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**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 los demandantes proporcionen 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

**NOTIFICACIÓN DE LA LEY DE TRANSFERENCIA Y RESPONSABILIDAD DE SEGURO MÉDICO (HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT, HIPAA):** Para adjudicar un reclamo de compensación obrera o de discapacidad, la WCL 13-a(4)(a) y 325-1.3 del título 12 de NYCRR requieren que los proveedores de atención médica completen de manera regular informes médicos de tratamiento para la Junta y la aseguradora o empleador. Conforme al artículo 164.512 del título 45 del CFR, estos informes médicos requeridos por ley están exentos de las restricciones de la HIPAA con respecto a la divulgación de información de salud.

**Divulgación de información:** La Junta no divulgará ninguna información acerca de su caso a ninguna parte no autorizada sin su consentimiento. Si elige que se divulgue dicha información a una parte no autorizada, deberá presentar con la Junta un Formulario OC-110A original firmado "Autorización del Demandante a Divulgar Registros de Compensación Obrera". Este formulario se encuentra disponible en el sitio web de la WCB ([www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov)) y puede accederse haciendo clic en el enlace "Forms" (Formularios). Si no tiene acceso a internet, llame al (877) 632-4996. En lugar del Formulario OC-110A, podrá también presentar una carta de autorización firmada y notariada.

**RECONOCIMIENTO SOBRE FRAUDE** - Un empleador o aseguradora, o cualquier empleado, agente o persona que A SABIENDAS REALICE UNA DECLARACIÓN O AFIRMACIÓN FALSA como un dato material en el curso de la información, investigación o ajuste de un reclamo por algún beneficio o pago conforme a este capítulo con el fin de evitar la entrega de dicho pago o beneficio SERÁ CULPABLE DE UN DELITO Y ESTARÁ SUJETA A MULTAS IMPORTANTES Y PRISIÓN.