

## Cómo solicitar beneficios por discapacidad

**No envíe este formulario antes de su primera día de discapacidad. Debe enviar su formulario de reclamo completado dentro de los 30 días calendario después de su primer día de discapacidad para evitar perder los beneficios. Guarde una copia de todos los formularios y documentación para sus registros.**

1. Si usa este formulario porque quedó discapacitado **mientras estaba empleado** o quedó discapacitado **dentro de las cuatro (4) semanas posteriores a la terminación del empleo**, debe enviar su reclamo completado a su empleador o a la compañía de seguros de su último empleador. Puede encontrar la compañía de seguros para personas con discapacidad de su empleador en el sitio web de la Junta de Compensación para Trabajadores, [www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov), usando la Búsqueda de cobertura del empleador.
2. Si usa este formulario porque quedó **discapacitado después de haber estado desempleado por más de cuatro (4) semanas posteriores a la terminación del empleo**, DEBE enviar su reclamo completado 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., complete y adjunte el formulario DB-450.1.

**Nota: Este formulario tiene una sección que debe completar su proveedor de atención médica y una sección que debe completar su empleador. Antes de entregar el formulario a su empleador, complete su sección y haga una copia para sus registros.**

- El proveedor de atención médica debe devolverle el formulario con la Parte B completada dentro de siete días. Si hay un retraso, debe esperar para enviarle el formulario a su compañía de seguros. Si la Parte B no está completada (o tiene respuestas incompletas) puede haber retrasos en el pago de los beneficios.
- Su empleador debe devolverle el formulario con la Parte C completada dentro de los tres días laborables. Si hay un retraso, no tiene que esperar para continuar; debe enviar el formulario a su compañía de seguros. No pueden negar su solicitud de beneficios por discapacidad solo porque su empleador no completó su sección.

### Cosas importantes que debe saber:

Recibirá una respuesta dentro de los 18 días posteriores a su primer día de licencia por discapacidad o cuando su empleador o compañía de seguros reciba su reclamo completado, lo que ocurra más tarde. Si su reclamo es rechazado, recibirá un Aviso de denegación de reclamo de beneficios por discapacidad (formulario DB-DEN) o un Aviso de rechazo total o parcial de 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 posteriores a su primer día de licencia por discapacidad o cuando su empleador o compañía de seguros reciba su reclamo completado, lo que ocurra 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 sobre su reclamo de beneficios por discapacidad, llame a la compañía de seguros de su empleador. Para obtener información general sobre los beneficios por discapacidad, visite [www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov) o llame a la Oficina de Beneficios para Personas con Discapacidad de la Junta al (877) 632-4996.

Instrucciones para el aviso y la evidencia del reclamo de beneficios por discapacidad (formulario DB-450)

#### PARTE A - INFORMACIÓN DEL EMPLEADO (debe completarla el empleado)

Debe responder todas las preguntas de esta parte.

**Pregunta 9:** Ingrese la mejor aproximación de su salario semanal bruto promedio. Complete la tabla usando el salario bruto de su último empleo antes de quedar discapacitado. Si tuvo más de un empleador en las 8 semanas anteriores a sufrir la discapacidad, incluya también toda la información salarial de esos empleadores.

Paso 1: Sume todos los salarios brutos recibidos (antes de cualquier deducción) durante las últimas ocho semanas previas al primer día de discapacidad, incluyendo las horas extras y las propinas ganadas. (Consulte el Paso 3 para obtener instrucciones sobre cómo calcular bonificaciones o comisiones).

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

Paso 3: Si recibió bonificaciones o comisiones durante las 52 semanas anteriores al primer día de discapacidad, agregue la cantidad semanal prorrateada al salario semanal promedio. Para determinar la cantidad semanal prorrateada, sume todos los bonos/comisiones obtenidos en las 52 semanas anteriores y después divida por 52.

#### PARTE B - DECLARACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA (debe completarla el proveedor de atención médica)

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

#### PARTE C - INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR (debe completarla el empleador)

El empleador debe completar esta parte y devolverla al empleado dentro de los tres días laborables posterior a su recepción.

**Pregunta 6:** Si continuó recibiendo salarios durante la discapacidad, especifique cómo se pagaron estos, ya sea mediante la continuación del salario, el uso de tiempo libre remunerado, el tiempo de enfermedad, etc.

**Pregunta 8:** Ingrese los salarios que recibió el empleado durante las últimas ocho semanas anteriores al primer día de discapacidad. La cantidad bruta pagada es el salario semanal bruto del empleado, incluyendo las horas extras y las propinas obtenidas durante esa semana, más la cantidad prorrateada semanal de cualquier bonificación o comisión recibida durante las 52 semanas anteriores. (Para conocer más información sobre los pasos, consulte la Pregunta 9 en las instrucciones de la Parte A). Calcule el salario semanal promedio bruto sumando las cantidades brutas pagadas y luego dividiendo el total por ocho (o la cantidad de semanas trabajadas si es menos de ocho).

**AVISO Y EVIDENCIA DEL RECLAMO DE BENEFICIOS POR DISCAPACIDAD**

**PARTE A - INFORMACION DEL RECLAMANTE** (Imprima o ingrese los datos)

1. Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_  
 2. Dirección postal (calle y número de apartamento): \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 3. Número de teléfono durante el día: \_\_\_\_\_ Dirección de email: \_\_\_\_\_  
 4. Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 5. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 6. Sexo:  M  F  X  
 7. Describa su discapacidad (si hay una lesión, indique también cómo, cuándo y dónde ocurrió): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 8. Fecha cuando quedó discapacitado: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ¿Trabajó ese día?:  Sí  No  
 ¿Se recuperó de esta discapacidad?:  Sí  No Si es así, indique la fecha que pudo regresar a trabajar: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 ¿Trabajó desde entonces por un salario o por ganancias?:  Sí  No Si es así, 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 todos los empleadores. El salario semanal promedio se basa en todos los salarios ganados en las últimas ocho (8) semanas trabajadas.

ÚLTIMOS EMPLEADORES ANTES DE QUEDAR DISCAPACITADO			PERÍODO DE EMPLEO		
Nombre de la empresa o sociedad	Dirección	Número de teléfono	Primer día (MM/DD/AAAA)	Último día de trabajo (MM/DD/AAAA)	Salario semanal promedio (incluye bonos, propinas, comisiones, valor razonable de la pensión, alquiler, etc.)

**Ingrese los salarios totales ganados en las últimas 8 semanas antes del primer día de discapacidad abajo (incluya los salarios que recibió de todos los empleadores listados arriba)**

Número de semana	Último día trabajado (MM/DD/AAAA)	Cantidad de días trabajados	Cantidad bruta pagada
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
		<b>Salario semanal bruto promedio calculado:</b>	

10. Mi trabajo es o era: \_\_\_\_\_ 11. Miembro del sindicato:  Sí  No Si la respuesta es "Sí": \_\_\_\_\_  
Ocupación Nombre del sindicato o número de local  
 12. ¿Presentó un reclamo o recibió beneficios de desempleo antes de esta discapacidad?  Sí  No  
 Si **no** reclamó o si reclamó pero **no** recibió beneficios del seguro de desempleo después del ÚLTIMO DÍA TRABAJADO, explique los motivos detalladamente: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Si recibió beneficios por desempleo, indique todos los períodos cobrados: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



**PARTE A - INFORMACION DEL RECLAMANTE** (Imprima o ingrese los datos)

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

A. ¿Recibe sueldo, salario o indemnización por despido?  Sí  No

B. ¿Recibe o reclamó:

1. Beneficios por desempleo?  Sí  No      2. Licencia familiar pagada?  Sí  No

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

4. Beneficios por accidente automovilístico sin culpa?  Sí  No    • ¿hubo daños personales o que incluyan a terceros?  
 Sí  No

5. Beneficios por discapacidad a largo plazo según la Ley Federal del Seguro Social por esta discapacidad?  Sí  No

**SI LA RESPUESTA ES "SÍ" EN CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS DEL PUNTO 13, COMPLETE LO SIGUIENTE:**

Yo:  recibí  reclamé a: \_\_\_\_\_ por el período: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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

Si es así, pagado por: \_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

15. En el año (52 semanas) antes de que comenzara su discapacidad, ¿solicitó una licencia familiar pagada?  Sí  No

Si es así, pagado por: \_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

16. Si quedó discapacitado mientras estaba empleado o dentro de las cuatro semanas posteriores a su último día de trabajo, ¿le dio su empleador sus derechos según la Ley de Discapacidad dentro de los 5 días posteriores a su aviso o solicitud de formularios de discapacidad?  Sí  No

---

Por la presente reclamo Beneficios por discapacidad y certifico que durante el periodo cubierto por este reclamo estuve discapacitado. Leí las instrucciones de este formulario y certifico que las declaraciones de arriba, incluyendo las declaraciones adjuntas, son, a mi leal saber y entender, verdaderas y completas.

\_\_\_\_\_  
Firma del reclamante

\_\_\_\_\_  
Fecha

Una persona puede firmar en nombre del reclamante solo si está legalmente autorizada para hacerlo y el reclamante es menor de edad, mentalmente incompetente o discapacitado. Si está firmado por otra persona que no sea el reclamante, escriba la información de abajo y complete y envíe el formulario OC-110A, Autorización del reclamante para revelar registros de compensación laboral.

\_\_\_\_\_  
En nombre del reclamante

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Relación con el reclamante

---

**PARTE B - DECLARACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA** (Imprima o ingrese los datos)

**LA DECLARACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA DEBE COMPLETARSE EN TU TOTALIDAD. EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA QUE ATIENDE DEBE COMPLETAR ESTA DECLARACIÓN Y DEVOLVERLA AL RECLAMANTE DENTRO DE LOS SIETE (7) DÍAS POSTERIORES A LA RECEPCIÓN DE ESTE FORMULARIO.** Si la discapacidad ocurre o surge en relación con el embarazo, ingrese la fecha aproximada de parto en el punto 7-e. **LAS RESPUESTAS INCOMPLETAS PUEDEN RETRASAR EL PAGO DE BENEFICIOS.**

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

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

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

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

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

5. ¿Tuvo que ser hospitalizado el reclamante?:  Sí  No De: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ A: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

7. INGRESE FECHAS PARA LO SIGUIENTE	MES	DÍA	AÑO
a. Fecha de su primer tratamiento para esta discapacidad			
b. Fecha de su tratamiento más reciente para esta discapacidad			
c. Fecha en que el reclamante no pudo trabajar por esta discapacidad			
d. Fecha en que el reclamante podrá volver a trabajar (Incluso si existen dudas considerables, dé una fecha aproximada. Evite el uso de términos como desconocido o indeterminado).			
e. Si está relacionado con el embarazo, marque la casilla e ingrese la fecha <input type="checkbox"/> aproximada de parto O <input type="checkbox"/> fecha de parto real			

8. En su opinión, ¿es esta discapacidad el resultado de una lesión derivada del empleo o de una enfermedad ocupacional?:

Sí  No Si responde "Sí", ¿se presentó información médica ante la Junta?  Sí  No

**Certifico que soy:**

(Médico, Quiropráctico, Dentista, Podólogo, Psicólogo, Enfermera-Partera)	Licenciado o Certificado en el Estado de	Número de licencia
Nombre en letra de molde del proveedor de atención médica	Firma del proveedor de atención médica	Fecha
Dirección del proveedor de atención médica	Número de teléfono	

Empleado que solicita licencia (nombre y apellido): \_\_\_\_\_

**PARTE C - INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR** (debe completarla el empleador)

**1. Nombre legal completo y dirección postal de la empresa**

Nombre comercial \_\_\_\_\_

Dirección postal \_\_\_\_\_

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

Código postal \_\_\_\_\_

País (si no es los EE. UU.) \_\_\_\_\_

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

Número de póliza: \_\_\_\_\_

**3. Información de contacto:**

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

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

Dirección de email de contacto del empleador: \_\_\_\_\_

**4. ¿Es el empleado miembro de un sindicato que da los beneficios legales por discapacidad?**  Sí  No

\*Si es así, dé el nombre, la dirección y la información de contacto del sindicato \_\_\_\_\_

**5. Información del empleado:**

**Rol del empleado:**  Empleado  Propietario  Pareja  Cónyuge del empleador  Dueño  Copropietario

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

**Semana laboral normal (marque las casillas para mostrar los días trabajados regularmente):**

Dom  Lun  Mar  Miér  Jue  Vie  Sáb

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

**Fecha en que el empleado regresó al trabajo (si corresponde):** \_\_\_\_\_

**6. Fecha en que cesaron los salarios de los empleados:** \_\_\_\_\_

**¿Continuaron los salarios durante la discapacidad?**  Sí  No

**Si su respuesta es sí, ¿de qué tipo?**  Vacaciones/licencia paga  Continuación del salario  Enfermedad  Otros (describa): \_\_\_\_\_

**Indique las fechas exactas:** De \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

**En caso afirmativo, ¿solicita el empleador un reembolso?**  Sí  No

\*El reembolso solo está disponible si el empleador continuó pagando el salario durante la discapacidad o si el empleado usó una licencia por enfermedad.

**7. ¿Se relaciona la discapacidad del empleado con el trabajo?**  Sí  No

**8. Ingrese las últimas 8 semanas de salario bruto del empleado inmediatamente antes de la discapacidad a partir de la semana en que comenzó la discapacidad y calcule el salario semanal bruto promedio (incluye bonificaciones, propinas, comisiones, valor razonable de la pensión, alquiler, etc. y consulte las instrucciones para obtener más información)**

Número de semana	Fecha de finalización de la semana (MM/DD/AAAA)	Cantidad de días trabajados	Cantidad bruta pagada
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
		<b>Salario semanal bruto promedio calculado:</b>	

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

Discapacidad del NYS  PFL  Licencia por discapacidad y PFL  Ninguno

**Discapacidad:** Indique las fechas específicas para la licencia por discapacidad \_\_\_\_\_

**PFL:** Indique las fechas específicas para la PFL \_\_\_\_\_

**10. ¿Continúa trabajando el empleado?**  Sí  No

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

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

Leí y reconozco la información sobre fraude de abajo y afirmo que, a mi leal saber y entender, la información que di es verdadera y precisa.

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

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

**Número de teléfono de contacto del empleador:** \_\_\_\_\_

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

**Aviso de conformidad con la Ley de Protección de la Privacidad Personal de Nueva York (Ley de Funcionarios Públicos, Artículo 6-A) y la Ley Federal de Privacidad de 1974 (5 U.S.C. § 552a).**

La autoridad de la Junta de Compensación para Trabajadores (la Junta) para solicitar que los reclamantes den información personal, incluyendo su número de seguro social, se deriva de la autoridad de investigación de la Junta según la Ley de Compensación para Trabajadores (WCL) § 20 y su autoridad administrativa según WCL § 142. Esta información se recopila para ayudar a la Junta a investigar y administrar reclamos de la manera más rápida posible y para ayudarla a mantener registros de reclamos precisos. Dar su número de seguro social a la Junta es voluntario. No existe ninguna sanción por no dar su número de seguro social en este formulario; no resultará en una denegación de su reclamo ni en una reducción de los beneficios. La Junta protegerá la confidencialidad de toda la información personal en su poder, revelándola solo para el cumplimiento de sus deberes oficiales y según las leyes estatales y federales aplicables.

**AVISO DE HIPAA** - Para adjudicar un reclamo de compensación laboral o un reclamo de beneficios por discapacidad, WCL 13-a(4)(a) y 12 NYCRR 325-1.3, se exige que los proveedores de atención médica presenten informes médicos de tratamiento regularmente ante la Junta y el proveedor de seguro o empleador. Según 45 CFR 164.512, estos informes médicos requeridos legalmente están exentos de las restricciones de HIPAA sobre la revelación de información médica.

**Revelación de información:** La Junta no revelará ninguna información sobre su caso a ninguna parte no autorizada sin su consentimiento. Si decide que dicha información se revele a una parte no autorizada, debe presentar ante la Junta un formulario OC-110A original firmado "Autorización del reclamante para revelar registros de compensación laboral". Este formulario está disponible en el sitio web de WCB ([www.wcb.ny.gov](http://www.wcb.ny.gov)) y se puede acceder haciendo clic en el enlace "Formularios". Si no tiene acceso a Internet, llame al (877) 632-4996. En lugar del formulario OC-110A, también puede presentar una carta de autorización original firmada ante un notario.

**RECONOCIMIENTO DE FRAUDE** - Un empleador o compañía de seguros, o cualquier empleado, agente o persona que actúe en nombre de un empleador o compañía de seguros, que A SABIENDAS HACE UNA DECLARACIÓN O REPRESENTACIÓN FALSA sobre un hecho material para informar, investigar o ajustar un reclamo para cualquier beneficio o pago según este capítulo y así evitar la provisión de dicho pago o beneficio SERÁ CULPABLE DE UN DELITO Y SUJETO A MULTAS SUSTANCIALES Y ENCARCELAMIENTO.