

How to respond to a workplace injury:

- For life-threatening medical emergencies, call **911**.
- For non-life-threatening injuries, call the **24/7 Nurse Line at (844) 581-0828** to report the incident and get your employee the right care.

STATEMENT OF RIGHTS

TO ALL WORKERS WHO ARE INJURED WHILE WORKING OR WHO SUFFER FROM AN OCCUPATIONAL DISEASE

YOU MAY BE ENTITLED TO WORKERS' COMPENSATION BENEFITS

1. You should file a claim for benefits within two years of the date you are injured, unless your injury is very minor, requiring no medical treatment and causing no lost time from work. If you do not file within two years your right to benefits may be lost. Obtain and file a claim form (Form C-3, or VF-3 for volunteer firefighters, or VAW-3 for volunteer ambulance workers) with the nearest Workers' Compensation Board office (see addresses below).
2. You may be entitled to lost time benefits if your work-related injury keeps you from work for more than seven days, compels you to work at lower wages or results in permanent disability to any part of your body. You may be entitled to rehabilitation services if you need help returning to work. (In volunteer firefighters' and volunteer ambulance workers' cases, compensation for lost time or loss of earning capacity may be payable from date of injury.)
3. You are entitled to obtain any necessary medical treatment related to your injury and you should do so immediately.
4. For the treatment of your work-related injury or illness, you may choose any physician, podiatrist, chiropractor, or psychologist (upon referral from an authorized physician) who is Board authorized and who is accepting workers' compensation patients. If, however, your employer is involved in a certified preferred provider organization (PPO) arrangement, you must obtain initial treatment for any workers' compensation injury or illness from the preferred provider organization. Employers participating in this statutory program are required to provide their employees with written notification describing their employees' rights and obligations under the program.
5. You should inform your doctor to file copies of medical reports concerning your claim with the Workers' Compensation Board and your employer's insurance company, which is indicated at the bottom of this form.
6. You should not pay any medical providers directly for treatment of your work-related injury or illness. They should send their bills to your employer's insurance carrier. If there is a dispute, the provider must wait until the Board makes a decision before it attempts to collect payment from you. If you do not pursue your claim or the Board rules that your injury is not work-related, you may be responsible for the payment of the bills.
7. The employer is liable for the replacement or repair of an employee's prosthesis (e.g., artificial members, false teeth, eyeglasses), which has been lost or damaged in the course of employment, whether or not there was bodily injury to the employee. You are also entitled to be reimbursed for drugs, crutches or any apparatus properly prescribed by your doctor, and transportation and other necessary expenses going to and from your doctor's office or hospital. (You should get receipts for all such expenses.)
8. You are entitled to be represented by an attorney or licensed representative, but it is not required. If you do hire an attorney or licensed representative, you should not pay him/her directly. Any fee will be set by the Board and will be deducted from your award.
9. Lost time and medical benefits are payable directly without a formal direction from the Board, unless your claim is disputed. If your claim is disputed on the grounds that your injury is not work-related or did not arise in the line of volunteer firefighter or ambulance worker duties, then you may qualify for disability benefits for non-work injuries. For more information on entitlement to disability benefits, contact the Workers' Compensation Board office nearest you.
10. You should go back to work as soon as you are able; compensation is never as high as your wage. If you need help returning to work, or with family or financial problems because of your injury, you should contact the nearest Board office and ask for a rehabilitation counselor or social worker.
11. Your employer may not ask you to waive your right to compensation nor may your employer deduct any money from your pay to contribute to the payment of workers' compensation insurance premiums. Further, you cannot be discharged or discriminated against because you filed a claim for workers' compensation benefits.

IF YOU HAVE DIFFICULTY IN OBTAINING A CLAIM FORM OR NEED HELP IN FILLING IT OUT, OR IF YOU HAVE ANY OTHER QUESTIONS OR PROBLEMS ABOUT A JOB-RELATED INJURY OR DISEASE, CONTACT ANY OFFICE OF THE WORKERS' COMPENSATION BOARD.

This information is a simplified presentation of your rights under the Workers' Compensation Law. It is provided, as required by Section 110 of the Workers' Compensation Law, by your employer's insurance carrier:

INSERT NAME AND ADDRESS OF INSURANCE CARRIER

**KENNETH J. MUNNELLY
CHAIR**

NYS Workers' Compensation Board, Centralized Mailing, PO Box 5205, Binghamton, NY 13902-5205

THE WORKERS' COMPENSATION BOARD EMPLOYS AND SERVES PEOPLE WITH DISABILITIES WITHOUT DISCRIMINATION.

**A TODO EMPLEADO LESIONADO EN EL TRABAJO O QUE SUFRA DE ENFERMEDAD OCUPACIONAL:
USTED PUEDE TENER DERECHO A BENEFICIOS DE COMPENSACION OBRERA**

1. Usted deberá presentar una reclamación de beneficios dentro del término de dos años del día en que fue lesionado, a menos que la lesión sea tan pequeña que no requiera tratamiento médico y que no cause interrupción en su jornada de trabajo. Si no radica dentro del término de dos años, puede perder sus derechos a beneficios. Consiga y radique una forma de reclamación (Forma C-3, o VF-3 para bomberos voluntarios, o VAW-3 para empleados voluntarios de ambulancias) en la oficina más cercana de la Junta de Compensación Obrera (direcciones más abajo).
2. Usted tiene derecho a compensación si su lesión relacionada con el trabajo le impide trabajar por más de siete días, le obliga a trabajar a sueldo más bajo ó resulta en incapacidad permanente de cualquier parte de su cuerpo. Usted puede tener derecho a servicios de rehabilitación si necesita ayuda para regresar al trabajo. (Bomberos voluntarios y Trabajadores de Ambulancia Voluntarios pueden ser compensados desde el mismo día de su lesión.)
3. Usted tiene derecho a recibir tratamiento médico relacionado con su lesión y debe obtenerlo inmediatamente.
4. Para el tratamiento de cualquier lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, usted puede escoger cualquier médico, podiatra, quiropráctico ó psicólogo (si es referido por un médico autorizado) que esté autorizado y acepte pacientes de la Junta de Compensación Obrera. Sin embargo, si su patrono está autorizado a participar en una organización certificada de proveedores preferidos (PPO), usted deberá obtener tratamiento inicial para cualquier lesión o enfermedad relacionada con el trabajo de la correspondiente entidad. Patronos que participen en esta programa establecida por ley están obligados a proveer a sus empleados notificación escrita explicando sus derechos y obligaciones bajo el programa a que esté acogido.
5. Usted deberá requerir de su Médico que radique copias de los informes médicos de su caso en la Junta de Compensación Obrera y en la compañía de seguros de su patrono, que se indica al final de esta forma.
6. No pague a ningún proveedor médico directamente por tratamiento de su lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. Ellos deben enviar sus facturas al asegurador de su patrono. Si el caso es cuestionado, el proveedor deberá esperar hasta que la Junta decida el caso, antes de iniciar gestión de cobro alguna contra usted. Si usted no tramita su caso ó la Junta falla que su lesión o enfermedad no está relacionada con el trabajo, usted podría ser responsable del pago de las facturas.
7. El patrono es responsable de la sustitución y reparación de aquellos implementos médicos que han sido perdidos o se han deteriorado como consecuencia del empleo, sin que importe el que el empleado haya onosufrido lesión (Ej. miembros artificiales, dentadura postiza, espejuelos). Usted también tiene derecho a ser reembolsado por medicinas, muletas, o cualquier otro implemento debidamente recetado por su médico y por transportación u otro gasto necesario para ir al médico ó al hospital. (Obtenga recibos para justificar gastos.)
8. No es obligatorio el estar representado en ninguno de los procedimientos de la Junta, pero es un derecho que usted tiene, el estar representado por abogado ó por representante licenciado si usted así lo desea. Si es representado, no pague al abogado ó al representante licenciado. Cuando la Junta decida su caso, los honorarios serán determinados por la Junta y descontados de sus beneficios.
9. La compensación se paga inmediatamente, sin esperar por la adjudicación del caso, excepto cuando la reclamación es cuestionada. Si la reclamación es cuestionada en base a que la incapacidad no fue causada por un accidente relacionado con su trabajo ó por una enfermedad ocupacional ó por una lesión en el cumplimiento de su deber como bombero voluntario ó como miembro voluntario del cuerpo de ambulancia, usted puede tener derecho a recibir beneficios por incapacidad (para lesiones fuera del trabajo). Si su reclamación es cuestionada y no está recibiendo beneficios por incapacidad, comuníquese con cualquier oficina de la Junta.
10. Regrese a su trabajo tan pronto pueda. La compensación nunca es tan alta como su sueldo. Si necesita ayuda para regresar al trabajo ó para resolver problemas financieros ó personales por causa de la lesión sufrida, comuníquese con la oficina más cercana de la Junta y solicite hablar con un trabajador social o con un consejero de rehabilitación.
11. Su patrono no puede solicitar que usted le releve de su derecho a compensación, ni puede descontar cantidad alguna de su paga para contribuir al pago de las primas del seguro. Usted no podrá ser despedido ni penalizado por radicar una reclamación en la Junta.

SI TIENE DIFICULTAD EN CONSEGUIR UN FORMULARIO DE RECLAMACIÓN O NECESITA AYUDA PARA LLENARLO Ó TIENE DUDAS SOBRE CUALQUIER SITUACIÓN RELACIONADA CON UNA LESIÓN O ENFERMEDAD COMUNIQUESE CON LA OFICINA MAS CERCANA DE LA JUNTA.

Este resumen es una compilación de los puntos más importantes de sus derechos bajo la ley de compensación obrera. La sección 110 de la ley requiere de su patrono ofrecerle esta información.

INSERT NAME AND ADDRESS OF INSURANCE CARRIER

**KENNETH J. MUNNELLY
PRESIDENTE**

NYS Workers' Compensation Board, Centralized Mailing, PO Box 5205, Binghamton, NY 13902-5205



YOU WERE
INJURED
ON THE JOB

WHAT NOW?

File an employee's
claim for compensation

Form C-3

with the NYS Workers'
Compensation Board
if you lost time and/or
received treatment.

WCB.NY.GOV | (877) 632-4996



Workers'
Compensation
Board

Filing Form C-3 is easy

Visit: wcb.ny.gov

File a claim online.

File a paper Form C-3

The form is available from employers, at wcb.ny.gov, and at Workers' Compensation Board offices.

Call: (877) 632-4996

Representatives are available to answer your questions regarding filing the **Form C-3**.

Remember

You must tell your employer you were hurt on the job, in writing, within 30 days.

The NYS Workers' Compensation Board is here to help

Call: **(877) 632-4996**

Monday-Friday, 8:30 a.m. to 4:30 p.m.

Email: **General_Information@wcb.ny.gov**

Visit: **wcb.ny.gov**



facebook.com/NYSWCB



twitter.com/NYSWorkersComp



youtube.com/c/newyorkstateworkerscompensationboard

The New York State Workers' Compensation Board protects the rights of employees and employers by ensuring the proper delivery of benefits to those who are injured or ill, and by promoting compliance with the law. To learn more about the Workers' Compensation Board, visit wcb.ny.gov.



INJURED ON THE JOB?

**An Employee's Guide to
Workers' Compensation in
New York State**



New York State Workers' Compensation Board

Privacy Statement

All documents the Workers' Compensation Board has about your case are private. Under workers' compensation law, only the parties to your claim may receive information from your case file. Beyond you and your attorney or representative, the parties who may see information include

- your employer and your employer's attorney
- your employer's workers' compensation insurance carrier and its attorney

That insurance carrier may share information with health care providers it hires to examine you. Your health care providers will have to share your health information with that insurer when they bill for their services.

Anyone who obtains a court order authorizing access to your claim information is also included. Your information may also be shared with government entities if they are processing a claim for benefits or investigating fraud.

No one may disclose your information to anyone who is not authorized to see it.

You may give written permission to anyone you choose to access your claim information, in two ways.

1. File an original Form OC-110A, Claimant's Authorization to Disclose Workers' Compensation Records. This is available from www.wcb.ny.gov, under *Forms*, or by calling 1.877.632.4996.
2. File an original notarized letter or form where you authorize a particular person or entity to see your claim information.

You may submit an authorization at any time. It's always helpful to share a copy of that document with the person you authorize to see your records. Some people authorize their spouse or child to access their records when they initially file for benefits.

Prospective employers may not ask you to give them information about your workers' compensation claims before hiring you.

Table of Contents

Privacy Statement i

What is Workers' Compensation? 2

How to File a Claim 2

Who Is and Isn't Covered? 3

A Worker's Responsibilities 3

Medical Care 4

Rehabilitation and Social Work 5

Occupational Disease 5

Wage Replacement (Cash) Benefits 6

Reduced Earnings Benefits 6

Disability Classifications 7

Resolving Disputed Claims 8

Disability Benefits During a Dispute 8

Death Benefits 9

Social Security Benefits 9

Discrimination 9

A Timeline for Your Case 10

Common Questions 10

Directory of WCB Board Offices 12

The C-3 and C-3.3 forms follow the text of this document.

This pamphlet is a general, simplified presentation of workers' compensation provisions and procedures. It is not a substitute for the law or legal advice.

The Workers' Compensation Board does not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, religion, age, disability or sexual preference when providing services or in employment.

Workers' compensation fraud is a felony, punishable by fines and up to seven years imprisonment. To report fraud, call 1-800-367-4448.

What is Workers' Compensation?

Workers' compensation is a form of insurance. Most employers must carry this insurance for workers who are injured or become ill because of their jobs. It provides for medical care, and wages you lose because your ability to work is affected. Employers pay for this insurance and may not ask you to pay anything toward the cost. The benefits are paid by an insurance carrier, or by the employer if it insures itself. Benefits are paid according to the law, and the Workers' Compensation Board ensures they are correctly provided.

The Workers' Compensation Board is a state agency that oversees how employers and insurers handle the claims of injured workers. A claim is paid if the insurer agrees the incident is work-related, or if the Board orders it. An employer or its insurer can dispute the claim. If that happens, the Board will try to resolve the dispute within 90 days. For example, the insurer may believe the incident didn't occur at work. It may not even agree that it covered your employer when you were hurt. Other issues may also arise. Whatever the reason, the Board will try to resolve it as quickly as possible.

You don't need to lose time from work to file a claim. No one needs to be found at fault for you to receive benefits. Claimants don't receive less if they were careless, nor do they receive more if the employer is at fault. However, a worker loses the right to benefits if the injury results solely from using drugs or alcohol, or from trying to injure herself or someone else.

How To File a Claim

*You must report the injury, in writing, to your employer within 30 days of the accident. **The Board must be notified of your case within two years of the accident.** You must also file a claim for compensation as soon as possible.*

You may file Form C-3, Employee's Claim for Compensation, one of three ways.

- 1. Online, go to www.wcb.ny.gov and click **Workers** to complete the form.*
- 2. Complete a paper C-3 and mail it to the nearest Board office. A C-3 is in the center of this pamphlet, and Board addresses are on the back.*
- 3. Call 1-877-632-4996. A Board representative will complete it with you.*

You will be notified by mail if a hearing is necessary.

Who Is Covered?

- Workers in all for-profit businesses.
- County and municipal employees.
- Public school aides, including New York City aides. New York City shop teachers are covered; other New York City teachers are covered in another system.
- Employees of the state of New York, including some volunteer workers.
- Domestic workers employed 40 or more hours per week by the same employer. This includes full-time sitters, companions, and live-in maids.
- Farm workers whose employer paid \$1200 or more for farm labor in the previous calendar year.
- Anyone else the Board determines is an employee.

Religious, educational or charitable nonprofit entities may voluntarily cover their clergy and teachers. Domestic workers employed fewer than 40 hours a week and not living in the employer's residence may also be covered voluntarily by their employer. It isn't mandatory.

Who Isn't Covered?

- Volunteers at nonprofit organizations.
- Clergy and members of religious orders who are performing religious duties.
- People working at educational, religious or charitable institutions who teach or perform nonmanual labor.
- People covered by federal workers' compensation laws. This includes postal workers, certain maritime trades, interstate railroad, and federal employees.
- Anyone doing yard work or casual chores at a one-family, owner-occupied home. (A minor handling power-driven machinery, including a power lawn mower, is covered.) There may be limited coverage under a homeowner's policy.
- Certain foreign government employees.
- New York City police officers, firefighters, teachers and sanitation workers are covered by another system. Other uniformed police and firefighters may also be excluded.
- Certain real estate salespeople, insurance agents and media sales representatives who sign contracts stating that they are independent contractors.
- Sole proprietors, partners, and certain one/two person corporations without employees. They may cover themselves.

A Worker's Responsibilities

1. Try to return to work as soon as you're physically capable. Your employer may have transitional or light duty work for you.
 2. You're responsible for looking for work within your physical abilities. This may mean working outside your previous occupation.
 3. Respond to all inquiries and documents from the Board and the insurer in a timely manner.
 4. Advise the Board and other parties of address changes.
 5. Attend all hearings and appointments. Arrive on time.
 6. Answer questions thoroughly and honestly.
 7. Participate actively in your case. Don't let events happen around you.
 8. Understand any agreements you make.
 9. Ask questions of your representative and the Board.
-
-

Medical Care

A worker who is injured on the job or becomes ill from his work will have his health care for that condition paid under a workers' compensation claim. This care is covered whether or not you lose time from work. It is also paid in addition to any benefits you get for missed wages.

Health care providers must be authorized by the Board to see workers' compensation patients. The Board has lists of providers who are authorized to treat you. You can find a doctor on www.wcb.ny.gov under *Health Care Information*, or by calling 1-800-781-2362. You can receive care from any of these providers, or from your own doctor, if he or she is registered. The providers will send the bills directly to the insurer and the Board. **Do not pay any bills unless the Board disallows your case.** You may also receive reimbursement for travel to and from a health care provider's office.

If specific medical services are disputed, the insurer must pay any undisputed portion. It must also explain in writing why the services were not paid, and request any information needed to pay them. Your doctors may ask you to sign Form A-9. This states you'll pay the bills if the Board does not allow your claim, or if you drop your case before it's accepted.

Preferred Provider Organizations

If the insurer has a network of providers to care for injured workers, you must use those providers. This is called a Preferred Provider Organization (PPO). The insurer must notify you of this. If you aren't satisfied with the care you receive from the PPO, you may select an authorized provider outside the PPO after 30 days of treatment.

Diagnostic Networks

Insurers may also require you to use its network of facilities for diagnostic tests. Make sure to tell your doctors and other providers if the insurance carrier requires you to use its network for diagnostic test.

Pharmacy Charges

You can go to any pharmacy, unless the insurer uses a network. Make sure the pharmacist knows you have a workers' compensation case, because many will bill the carrier directly, rather than you. However, the pharmacy can ask you to pay for the prescription up front. The insurer must reimburse you within 45 days. The pharmacy can only charge you the amount specified by law, so even if you pay in advance, you will be fully reimbursed. You're not responsible for a copayment.

If you must use an insurer's network pharmacy, the insurer must tell you how you should use it. Those pharmacies are paid directly. You will not be responsible for any charges.

Exceptions

1. *Testing:* The insurer may not demand you use a network provider for a diagnostic test in a medical emergency. It may not demand you use a network that does not have a provider or facility within a *reasonable distance*, which is *one mile from your home or employment in an urban setting, and ten miles in a suburban or rural setting*.

2. *Pharmacy:* The insurer may not demand you use network pharmacies if it is not reasonably possible in a medical emergency. *You don't need to use network pharmacies if they don't offer mail order or aren't located a reasonable distance from you, either.*

TYPES OF SERVICES COVERED

Medical
Osteopathic
Dental
Podiatric
Psychological
(by referral)
Chiropractic Treatment
Surgery
Hospital Care

Laboratory Tests
Prescribed Drugs
Nursing Services
Surgical Appliances
Prosthetic Devices

Preauthorization is sometimes required.

Rehabilitation and Social Work

Rehabilitation services help people return to work, and to lead full and active lives. Specific services are explained below.

Medical rehabilitation helps people reach maximum independence and functioning. It provides workers with information and helps them obtain medical care, physical accommodation or other special needs. Only a physician may recommend medical rehabilitation, so talk to your doctor. This service is arranged outside the Board.

Vocational rehabilitation helps people whose disability prevents them from returning to their usual job. Counselors help injured workers find employment that fits their abilities. They also help develop a plan to return to work. This may include vocational counseling and referrals for training and selective job placement.

Social workers assist people when family or financial problems interfere with their returning to work. Social workers help people cope with their disability and discuss their concerns about rehabilitation. They can also help workers prepare to return to work.

The Board has counselors, social workers and claims examiners who coordinate and monitor other services. If you could benefit from these services, contact the Board. The office telephone numbers are on the back cover of this pamphlet.

Occupational Disease

An occupational disease is contracted as the result of your work. It arises from a specific aspect of the work that you perform. For example, people who remove asbestos may contract asbestosis. People who work on computers may suffer carpal tunnel syndrome.

You may be disabled by an occupational disease even if you don't lose time from work.

The rules governing the time limits for filing an occupational disease claim are complex. You should file as soon as you know you're ill, or suspect that you have an occupational disease.

People disabled by occupational diseases receive the same benefits they would for an on-the-job accident. In the case of death, the dependents must file within two years of the date of death.

Occupational Hearing Loss

The law states a different time period to file a claim for occupational hearing loss than from other disabilities. A waiting period must pass before you file a claim. That period is your choice of

- Three months after leaving the employment where you were exposed to the harmful noise, or
- Three months from the date you're removed from the harmful noise in the workplace. Removal can include wearing protective gear, so ask for it at work. You can contact OSHA at 1-800-321-OSHA for help if necessary.

The Board will consider the last day of whichever period you choose as the date of disability in determining when your benefits begin.

Occupational hearing loss claims have different time limits. You may file beyond the typical two-year limit if you do it within 90 days of learning the hearing loss is job-related.

Wage Replacement (Cash) Benefits

Claimants who are totally or partially disabled for more than seven days receive benefits for lost wages. The amount you receive is based on your average weekly wage for the 52 weeks prior to the date of injury, including overtime. It's based on your gross earnings, not your take-home pay. The Board will use two-thirds of your average weekly wage, and then adjust it by the extent of your disability:

$$2/3 \times \text{average weekly wage} \times \% \text{ of disability} = \text{weekly benefit}$$

The weekly maximum benefit is two-thirds your average weekly wage. If you suffer a total disability, you get two-thirds your weekly wage, up to the maximum (see below). For example, if you earn \$750 per week and are totally (100%) disabled as of today, you receive two-thirds of \$750, or \$500 per week. You're 100% disabled, so you receive all of the benefit.

If you're 50% disabled and earned \$750 per week, your benefit is \$250. To calculate it: two-thirds your \$750 average weekly wage equals \$500. Then, because you are 50% disabled, your benefit is half of \$500, or \$250.

The benefit rate is computed the same way, whether you are temporarily or permanently disabled. The maximum weekly wage benefit is based on accident date. It does not increase as maximum benefits increase.

Date of Accident	Weekly Maximum Wage Benefit
July 1, 1992 - June 30, 2007	\$400
July 1, 2007 - June 30, 2008	\$500
July 1, 2008 - June 30, 2009	\$550
July 1, 2009 - June 30, 2010	\$600
July 1 each succeeding year	2/3 of NYSAWW*

* The New York State Average Weekly Wage.

If you're disabled more than 14 days, you may get wage benefits from the first day. Otherwise, the first 7 calendar days of the disability are not covered. Medical care for your injury is provided as long as it's needed, as determined by the Board.

Note: If the insurer disputes your case, it may withhold your wage replacement benefit until the Board directs it to pay you.

Reduced Earnings Benefits

If you can return to work but your injury keeps you from earning the same wages you once did, you may be entitled to a benefit that will make up two-thirds of the difference. These are reduced earnings benefits.

Disability Classifications

Your doctor will state how much your injury disables you. The insurer may disagree with that judgment. That insurer can require you to see a doctor it chooses for an *independent medical exam*. The Board will decide how disabled you are (the *degree of disability*) from among those opinions. Your lost wage benefit is based on degree of disability. There are four classes.

Temporary Total Disability You cannot work and earn wages, but only on a temporary basis. You're entitled to the full allowable wage benefit.

Temporary Partial Disability You've temporarily lost some ability to work and earn full wages. You'll receive a percentage of your salary equal to the percentage of disability. For example, if you're 25% disabled, you'll get 25% of your award, for the time you're disabled.

Note: All injuries, even those later found *permanent*, are first *temporary*. All benefits are also subject to the maximum weekly amount.

Permanent Total Disability You completely lost the ability to work and earn wages. **There's no limit on the number of weeks of benefits.**

Permanent Partial Disability, Nonschedule Loss

You lost some part of your ability to work. If you were injured before March 13, 2007, you can get benefits as long as the disability results in wage loss. Injuries after then may receive up to 10 years of benefits, as shown below. (You can apply for reclassification, and additional benefits, after that period.) Even if the disability doesn't impact wages, medical care is always paid.

Permanent Partial Disability, Schedule Loss

This category involves loss of arm, hand, finger, leg, foot and toe or their use, and loss of eyesight or hearing. The law specifies the number of weeks in benefits you receive for this loss.

Disfigurement

People whose faces, head or neck are permanently disfigured may get up to \$20,000, depending upon the extent of injury and date of accident.

Resolving Disputed Claims

Insurers will often accept a claim and promptly begin paying benefits. However, an insurer can dispute a claim, for various reasons. It may not agree you were injured, it may not believe the injury occurred while it provided insurance, or any number of other situations. Board claims examiners and conciliators first attempt to resolve issues. If they can't, the Board will hold hearings in front of a workers' compensation law judge. The judge takes testimony, reviews your medical records and wages. Then, the judge decides the issue, and sets the amount of any award.

Either side may appeal that decision. This must be done in writing within 30 days of the decision. Three Board commissioners review appealed cases. They may agree, change part of a decision, or reject it. They may also return the case for more hearings. Insurers don't have to pay lost wage benefits while the case is being reviewed by the three commissioners. An insurer can accept part of a case and appeal another. In that instance, it must pay the accepted part of the award while the case is reviewed. The insurer must pay your wages and medical bills if your award is upheld by those commissioners, even if it appeals further.

Either side may appeal that decision, to the full Board of workers' compensation commissioners. If the full Board takes the case, it will either agree, change or overturn the decision.

Appeals from Board decisions may be taken within 30 days to the Appellate Division, Third Department, Supreme Court of the State of New York. That decision may be appealed in the Court of Appeals.

You always have the right to an attorney or licensed representative. That person may not ask for or take a fee from you. The Board determines the fee for legal services.

That fee is deducted from the lost wages award.

Disability Benefits During a Disput

If you aren't receiving benefits because your claim was disputed, you may get disability benefits in the meantime. You can file a DB-450 form, available from www.wcb.ny.gov and click *Workers*, or by calling 1-877-632-4996. You pay back any disability payments from your lost wage benefits.

Death Benefits

There is a benefit for the family of workers who die from an injury or illness suffered on the job. The benefit is payable whether the worker dies right after an injury or later.

The worker's spouse and children will receive two-thirds of the employee's average weekly wage, up to the weekly maximum amount. The spouse and children share that weekly benefit; they do not each receive the full benefit. Children receive the benefit until age 18, or until 23 if they attend college. If a child is blind or physically disabled, he or she will receive the benefit for life. The spouse receives the benefit until remarriage. If the spouse remarries, he or she gets a final payment equal to two years of benefits.

The benefit is payable first to a spouse and minor children or dependent grandchildren. If there are no other dependents, then a different benefit is paid. The surviving parents or the deceased worker's estate may be entitled to \$50,000. Funeral expenses may also be paid. That benefit is up to \$6,000 in metropolitan New York counties, and up to \$5,000 in all others.

Social Security Benefits

Your injury or illness may entitle you to Social Security Disability benefits, as well as workers' compensation. People with a permanent disability or a disability that lasts at least 12 months may qualify. Contact a Social Security Office to learn more.

Discrimination

An employer may not fire you or hold it against you if you file a workers' compensation claim. You're also protected from retaliation for testifying in a workers' compensation case. Employers may not discriminate against you in hiring, too. You have two years to make a discrimination complaint. File Form DC-120 with the Board. You can call a Board office for the form, or find it at www.ny.gov and click *Forms*.

If the Board finds that a worker was improperly fired, it will order the employee restored. The employee will also receive back pay lost by that discrimination.

AMERICANS WITH DISABILITIES ACT

The 1990 Americans with Disabilities Act prohibits discrimination against people with disabilities in employment. It ensures equal access to government services, public accommodations, transportation, and telecommunications. This law can help injured employees who want to return to work. Call the NYS Commission on Quality of Care and Advocacy for Persons with Disabilities at 1-800-949-4232 for more information.

A Timeline for Your Case

Immediately: Get medical treatment. Tell your supervisor about the accident and how it occurred. You must also notify your employer of the accident, in writing, within 30 days. You should file a C-3 form with the Board, too.

Within 48 hours of treatment: Your doctor files a medical report with the Board. Copies must also be sent to you and your representative, and to the employer or its insurance carrier.

Within 10 days of accident: The employer reports the injury to the Board and the insurer.

Within 14 days of receiving accident notification: The insurer gives you a written statement of your legal rights within 14 days of learning of the accident or with the first check, whichever is earlier. If you must use its provider network, the insurer must also give you that contact information.

Within 18 days of accident: The insurer must accept your claim or explain why it disputes it. It must inform you, any representative and the Workers' Compensation Board. If you didn't notify the employer promptly, it must act within 10 days of learning of the accident. If the case is disputed and you're losing time from work, file for disability benefits.

Every 2 weeks: The insurer pays lost wage benefits to you (if the case is accepted). It will pay your healthcare providers directly. The insurer must notify the Board if it stops or modifies your benefits.

Periodically: See your doctor and get treatment as recommended. The doctor will submit progress reports to the Board and insurer.

Common Questions about the Law

Q. What is covered under Workers' Compensation Law?

A. Injuries on the job and work-related illnesses, as well as occupational diseases.

Q. What if I don't file a claim for workers' compensation?

A. You may lose the right to benefits for lost wages and medical care. You should file a C-3 reporting your own injury or illness, even though your employer's insurer must notify this Board when it accepts or disputes your case.

Q. How is the cash benefit for temporary total disability determined?

A. The temporary total disability benefit is two-thirds of the average weekly wage you earned in the year before the accident. There is a maximum amount you can receive per week (see page 6). Your maximum benefit is set by what is in effect **on the date of the injury**.

Q. Is medical care provided even if no time is lost from work?

A. Yes. Medical care is provided for your condition even if no time is lost from work.

Q. Must I wait for medical care?

A. No, but physicians must request authorization to perform procedures that cost more than \$1,000 each. This \$1,000 threshold pertains to each procedure, not the total cost of care. Insurers must respond to the request within 30 days. Authorization is not necessary in case of an emergency.

Common Questions about the Law (continued)

Q. May a doctor treat me if the insurer does not answer a request for approval?

A. Yes. Insurers have 30 days to reply to an authorization request. If the insurer does not reply in 30 days, the provider may perform the services. If the service is a diagnostic test and the carrier requires claimants to use its network, the test must still be obtained from a network provider.

Q. Are prescription medications covered under the law?

A. Yes. Once your claim is established, pharmacies may bill the insurer directly. You may receive a card or document you can show a pharmacy stating you have coverage. If the carrier has a pharmacy network, it will tell you, and you must use those pharmacies. The only exceptions are in a medical emergency, or if the pharmacies don't offer mail order and there isn't a location reasonably close to you. You may have to pay the pharmacy for service before your claim is established. The carrier must then pay you when the case is established. There is no copayment.

Q. What happens when an insurance carrier contests a claim?

A. To contest a claim, a carrier must notify the Board within 18 days of the disability, or within 10 days of learning of the accident, whichever is later. The carrier must explain why it disputes the claim. You are then entitled to present your case to the Board. You will be notified of a pre-hearing conference. The Board seeks to resolve most cases within 90 days.

Q. Must I have a medical examination when the employer or insurer requests it?

A. Yes. The insurer may have you examined by a qualified provider who is authorized by this Board, within a reasonable distance for you to travel. Refusing this exam may affect your claim.

Q. May an insurer suspend or change the cash benefits?

A. Yes, but you are then entitled to a hearing. A carrier must submit evidence for the change to the Board, and the Board decides. A carrier may not change your benefit after the Board decides it without the Board's approval.

Q. Do I have to use an attorney?

A. No, but an attorney can be helpful in disputed and complex cases. You may represent yourself, or use an attorney or a licensed representative (see www.wcb.ny.gov for a list of licensed representatives). Fees are approved by the Board and deducted from your award. **Do not pay your counsel directly.**

Q. What can I do if I disagree with the Board's decision?

A. You may appeal in writing within 30 days of the filing date of the decision. You must explain why you disagree with the decision. Three Board commissioners will review your case. If you disagree with that review, you can appeal to the full Workers' Compensation Board of Commissioners. They may or may not consider it.

Q. What can I do if I'm not satisfied with the outcome of the appeal?

A. You may appeal to the Appellate Division, Third Department, within 30 days after a decision is served.

Q. Are there penalties for falsehoods in claims?

A. It's a felony to willfully misrepresent a case to obtain benefits. Penalties include up to seven years imprisonment and fines. You may also lose the right to benefits. It's also a felony for an insurer to raise a false issue in an attempt to deny a worker benefits it knows the worker is entitled to receive.

Directory of WCB Services and Board Office

Board Services

Customer Service

1.877.632.4996

Advocate for Injured Workers

1.877.632.4996

Health Care Provider

1.800.781.2362

Fraud Referral Hotline

1.800.367.4448

Disability Benefits

1.877.632.4996

Board Offices - 1.877.632.4996

Albany District Office

Riverview Center
150 Broadway - Suite #195
Menands, NY 12204

Binghamton District Office

State Office Bldg.
44 Hawley Street
Binghamton, NY 13901

Brooklyn District Office

111 Livingston Street - 22nd Floor
Brooklyn, NY 11201

Buffalo District Office

Ellicott Square Building
295 Main Street - Suite 400
Buffalo, NY 14203

Long Island District Office

220 Rabro Drive - Suite 100
Hauppauge, NY 11788-4230

Manhattan District Office

215 W. 125th Street
New York, NY 10027

Queens District Office

168-46 91st Avenue - 3rd Floor
Jamaica, NY 11432

Rochester District Office

130 Main Street West
Rochester, NY 14614

Syracuse District Office

935 James Street
Syracuse, NY 13203

Please send claims-related mail to:

PO Box 5205 • Binghamton, NY • 13902-5205



Employee Claim

State of New York - Workers' Compensation Board

Fill out this form to apply for workers' compensation benefits because of a work injury or work-related illness. Type or print neatly. This form may also be filled out on-line at www.wcb.ny.gov.

WCB Case Number (if you know it): _____

A. YOUR INFORMATION (Employee)

- 1. Name: _____
First MI Last
- 2. Date of Birth: ____/____/____
- 3. Mailing address: _____
Number and Street/PO Box/Apartment No. City State Zip Code
- 4. Social Security Number: _____ - _____ - _____
- 5. Phone Number: (____) _____
- 6. Gender: Male Female
- 7. Will you need a translator if you have to attend a Board hearing? Yes No If yes, for what language? _____

B. YOUR EMPLOYER(S)

- 1. Employer when injured: _____
- 2. Phone Number: (____) _____
- 3. Your work address: _____
Number and Street City State Zip Code
- 4. Date you were hired: ____/____/____
- 5. Your supervisor's name: _____
- 6. List names/addresses of any other employer(s) at the time of your injury/illness: _____

- 7. Did you lose time from work at the other employment(s) as a result of your injury/illness? Yes No

C. YOUR JOB on the date of the injury or illness

- 1. What was your job title or description? _____
- 2. What types of activities did you normally perform at work? _____

- 3. Was your job? (check one) Full Time Part Time Seasonal Volunteer Other: _____
- 4. What was your gross pay (before taxes) per pay period? _____
- 5. How often were you paid? _____
- 6. Did you receive lodging or tips in addition to your pay? Yes No If yes, describe: _____

D. YOUR INJURY OR ILLNESS

- 1. Date of injury or date of onset of illness: ____/____/____
- 2. Time of injury: _____ AM PM
- 3. Where did the injury/illness happen? (e.g., 1 Main Street, Pottersville, at the front door) _____

- 4. Was this your usual work location? Yes No If no, why were you at this location? _____

- 5. What were you doing when you were injured or became ill? (e.g., unloading a truck, typing a report) _____

- 6. How did the injury/illness happen? (e.g., I tripped over a pipe and fell on the floor) _____

- 7. Explain fully the nature of your injury/illness; list body parts affected (e.g., twisted left ankle and cut to forehead): _____

YOUR NAME: _____
First MI Last

DATE OF INJURY/ILLNESS: ____/____/____

D. YOUR INJURY OR ILLNESS *continued*

8. Was an object (e.g., forklift, hammer, acid) involved in the injury/illness? Yes No If yes, what? _____
9. Was the injury the result of the use or operation of a licensed motor vehicle? Yes No
If yes, your vehicle employer's vehicle other vehicle License plate number (if known): _____
If your vehicle was involved, give name and address of your motor vehicle insurance carrier: _____
10. Have you given your employer (or supervisor) notice of injury/illness? Yes No
If yes, notice was given to: _____ orally in writing Date notice given: ____/____/____
11. Did anyone see your injury happen? Yes No Unknown If yes, list names: _____

E. RETURN TO WORK

1. Did you stop work because of your injury/illness? Yes, on what date? ____/____/____ No, skip to Section F.
2. Have you returned to work? Yes No If yes, on what date? ____/____/____ regular duty limited duty
3. If you have returned to work, who are you working for now? Same employer New employer Self employed
4. What is your gross pay (before taxes) per pay period? _____ How often are you paid? _____

F. MEDICAL TREATMENT FOR THIS INJURY OR ILLNESS

1. What was the date of your first treatment? ____/____/____ None received (skip to question F-5)
2. Were you treated on site? Yes No
3. Where did you receive your first off site medical treatment for your injury/illness? none received Emergency Room
 Doctor's office Clinic/Hospital/Urgent Care Hospital Stay over 24 hours
Name and address where you were first treated: _____
_____ Phone Number: (____) _____
4. Are you still being treated for this injury/illness? Yes No
Give the name and address of the doctor(s) treating you for this injury/illness: _____
_____ Phone Number: (____) _____
5. Do you remember having another injury to the same body part or a similar illness? Yes No
If yes, were you treated by a doctor? Yes No If yes, provide the names and addresses of the doctor(s) who treated you and **COMPLETE AND FILE FORM C-3.3 TOGETHER WITH THIS FORM:**

6. Was the previous injury/illness work related? Yes No
If yes, were you working for the same employer that you work for now? Yes No

I am hereby making a claim for benefits under the Workers' Compensation Law. My signature affirms that the information I am providing is true and accurate to the best of my knowledge and belief.

Any person who knowingly and with INTENT TO DEFRAUD presents, causes to be presented, or prepares with knowledge or belief that it will be presented to, or by an insurer, or self-insurer, any information containing any FALSE MATERIAL STATEMENT or conceals any material fact, SHALL BE GUILTY OF A CRIME and subject to substantial FINES AND IMPRISONMENT.

Employee's Signature: _____ Print Name: _____ Date: ____/____/____

On behalf of Employee: _____ Print Name: _____ Date: ____/____/____

An individual may sign on behalf of the employee only if he or she is legally authorized to do so and the employee is a minor, mentally incompetent or incapacitated.

I certify to the best of my knowledge, information and belief, formed after an inquiry reasonable under the circumstances, that the allegations and other factual matters asserted above have evidentiary support, or are likely to have evidentiary support after a reasonable opportunity for further investigations or discovery.

Signature of Attorney/Representative (if any): _____ Date: ____/____/____

Print Name: _____ Title: _____

ID No., if any: R _____ If Licensed Representative, License No.: _____ Expiration Date: ____/____/____



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



Número de caso de la WCB (si lo conoce): _____

Al Reclamante: Si usted recibió tratamiento por una lesión anterior en la misma parte del cuerpo o por una enfermedad parecida a la descrita en su actual reclamo, complete este formulario. Este formulario autoriza a los prestadores de salud que usted indique a continuación a divulgar información sobre su salud con respecto a su lesión/enfermedad anterior a la compañía aseguradora de compensación laboral de su empleador. 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 entiende este formulario, póngase en contacto con su representante legal. Si no tiene representante legal, el Defensor de Trabajadores Lesionados de la Junta de Compensación Obrera podrá ayudarlo. Llame al: 800-580-6665.

Al prestador de salud: Una copia de esta divulgación de conformidad con la HIPAA lo autoriza a revelar información sobre la salud. Si en respuesta a esta divulgación, usted envía registros a la aseguradora de compensación laboral del empleador, también envíe copias por correo al representante legal del Reclamante. (Si a continuación no figura ningún representante legal, envíe copias al Reclamante.) Los prestadores de salud que divulgan registros deben ceñirse a la ley del estado de Nueva York y la HIPAA.

Esta divulgación es:
• Voluntaria. Su/s prestador/es de salud debe/n brindarle la misma atención, condiciones de pago y beneficios, ya sea que usted haya firmado o no este formulario.
• Limitada. Autoriza a el/los prestador/es de salud a divulgar sólo aquellos registros médicos relacionados con la enfermedad/condición que describe a continuación.
• Temporaria. Finaliza cuando se acepte o se desestime su actual reclamo de compensación y se hayan agotado todas las instancias de apelación.
• Revocable. Usted puede cancelar esta divulgación en cualquier momento. Para esto, envíe una carta a el/los prestador/es de salud que figuran en este formulario. También envíe una copia de la carta que escribió a la aseguradora de compensación laboral de su empleador y a la Junta de Compensación Obrera. Nota: Usted no podrá cancelar esta divulgación con respecto a registros médicos ya brindados.
• Sólo para registros. Le otorga permiso a el/los prestador/es de salud que figuran en este formulario para enviar copias de sus registros médicos a la compañía aseguradora de compensación laboral de su empleador.

Este formulario NO permite a su/s prestador/es de salud divulgar los siguientes tipos de información:
• Información relacionada con el VIH
• Notas sobre terapia psicológica
• Tratamiento por alcoholismo/drogadicción
• Tratamiento de salud mental (a menos que usted lo marque a continuación)
• Información verbal (sus prestadores de salud no pueden discutir información de su salud con nadie)

Todo registro médico que se haya divulgado pasará a integrar su expediente de compensación laboral y será de carácter confidencial en virtud de la Ley de Compensación Laboral.

A. SU INFORMACIÓN (Reclamante)

- 1. Nombre: _____ 2. Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____
3. Dirección postal: _____
4. Fecha de nacimiento: ____/____/____ 5. Fecha de la lesión/enfermedad actual: ____/____/____
6. Lesión/enfermedad actual, incluyendo todas las partes del cuerpo afectadas: _____
7. Nombre y domicilio de su representante legal (si corresponde): _____

Marque aquí si autoriza a su/s prestador/es de salud a divulgar información sobre su tratamiento salud mental.

B. SU/S PRESTADOR/ES DE SALUD (Liste todos los prestadores de salud que lo atendieron por una lesión anterior en la misma parte del cuerpo o una enfermedad parecida. Si son más de 2 prestadores, adjunte a este formulario la información de contacto de los mismos.)

- 1. Prestador: _____ 2. Número de teléfono: (____) _____
3. Dirección postal: _____
4. Otro prestador (si aplica): _____ 5. Número de teléfono: (____) _____
6. Dirección postal: _____

C. LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN. Por la presente, solicito que el/los prestador/es de salud que figuran más arriba entreguen a la aseguradora de compensación laboral de mi empleador copias de todos los registros médicos relacionados a cualquier lesión/enfermedad anterior, en cualquier parte de mi cuerpo, descripta precedentemente.

Firma del reclamante (use sólo tinta y, si es posible, bolígrafo azul).

Fecha

Si el reclamante no puede firmar, la persona que firme en su nombre deberá completar y firmar a continuación:

Su nombre

Relación con el Reclamante

Firma (use sólo tinta y, si es posible, bolígrafo azul).

Fecha

Instructions for Completing Employee Claim (Form C-3)

Please complete this form and send it to the Workers' Compensation Board centralized mailing address listed at the end of these instructions. If you need additional help completing this form, contact the Workers' Compensation Board at **1-877-632-4996**. You may also fill this form out online at **wcb.ny.gov**. If you do not have or know your Workers' Compensation Board Case Number, please leave this field blank. It is not required to process your claim. Remember to enter your name and the date of your injury/illness on the top of page two.

Section A - Your Information (Employee):

In Section A, enter your name, address and other requested information.

Note on Item 7: Board hearings are conducted in English. If you need a translator, select **Yes** and indicate the language needed.

Section B - Your Employer(s):

In Section B, enter the name, address, phone number and other information of the employer you were working for at the time of the injury/illness.

Note: Your employer is the company or agency that issues your paycheck. If you are a contractor at a work site or office, the staffing agency or vendor who hired you is your employer, not the work site or office where you report to work.

Section C - Your Job on the Date of the Injury or Illness:

In Section C, enter your job title, work activities and pay information.

Section D - Your Injury or Illness:

In Section D, enter your injury or illness information.

Item 1: Enter the date you were injured or the first date you noticed you became ill.

If this is an illness or occupational disease, skip item 2. The date you were injured must be in month/day/year format. The year should be written as four digits, e.g., 2015.

Item 2: Enter the time when the injury occurred. Check whether it was AM or PM.

Item 3: Indicate the location where the injury/illness occurred, including the address of the building and the physical location in the building where the injury/illness happened.

Item 4: Check whether this was your normal work location. If it was not, explain why you were at this location.

Item 5: Describe in detail what you were doing at the time of the injury/illness (e.g., unloading boxes from a truck by hand).

This explains the events leading up to the injury.

Item 6: Describe in detail how the injury/illness occurred (e.g., I was lifting a heavy box off a truck). This should include all people and events involved in the injury/illness.

Item 7: Indicate fully the nature and extent of your injury/illness, including all body parts injured. Be as specific as possible (e.g., I strained my back trying to lift a heavy box. It hurts to bend over or hold even lighter objects now).

Item 8: Indicate if some object was involved in the accident **other than** a licensed motor vehicle. Other objects may include a tool (e.g., hammer), a chemical (e.g., acid), machinery (e.g., forklift or drill press), etc.

Item 9: Indicate if a licensed motor vehicle was involved in the accident. If so, check if the motor vehicle involved was yours, your employer's, or a third party's. Include the license plate number (if known). If your vehicle was involved, fill out the name and address of your automobile liability insurance carrier.

Item 10: Check if you gave your employer or supervisor notice of your injury or illness. If so, indicate who you gave notice to as well as if it was orally or in writing. Include the date you gave notice.

Item 11: Check if anyone else saw the injury happen. If anyone did see it, include their name(s).

Section E - Return to Work:

Item 1: If you stopped working as a result of your work-related injury/illness, check Yes and indicate the date you stopped working. If you have not stopped working, check No and skip to the next section.

Item 2: If you have since returned to work, check Yes. Also indicate on what date you started working again, as well as if you have returned to your Normal Duties or if you are on Limited or Restricted Duty. (If you have not returned to your full pre-injury or illness work duties, then you are on Limited Duty.)

Item 3: If you have returned to work, indicate who you are working for now.

Item 4: Enter your gross pay (before tax pay) per pay period for the job you are working at now. Indicate how often you are receiving a paycheck (weekly, bi-weekly, etc.).

Section F - Medical Treatment for This Injury or Illness:

Item 1: If you did not receive medical treatment for this injury/illness, check None Received and skip to item 5.

Otherwise, enter the date you first received treatment for this injury/illness and complete the rest of this section.

Item 2: Check if you were first treated on the job for this injury or illness.

Item 3: Check the location where you first received off site medical treatment for your injury or illness. Include the name and address of the facility as well as the phone number (including area code).

Item 4: If you are still receiving ongoing treatment for the same injury or illness, check Yes and indicate the name and address of the doctor(s) providing treatment as well as the phone number (including area code); otherwise, check No.

Item 5: If you believe you already had an injury to the same body part or a similar illness, check Yes and indicate if you were treated by a doctor for this injury or illness. If you were treated by a doctor, indicate the name(s) and address(es) of the doctor(s) whom provided care and **complete and file Form C-3.3 together with this form.**

Item 6: If you had a previous injury or illness, check if your previous injury or illness was work-related. If Yes, check if the injury or illness happened while working for your current employer.

Sign Form C-3 in the place provided for "Employee's Signature on page 2, print your name, and enter the date you signed the form. If a third-party is signing on behalf of the employee, that person should sign on the second signature line. If you have legal representation, your representative **must** complete and sign the attorney/representative's certification section on the bottom of page 2.

What Every Worker Should Do in Case of On-The-Job Injury or Occupational Disease:

1. Immediately tell your employer or supervisor when, where and how you were injured.
2. Secure medical care immediately.
3. Tell your doctor to file medical reports with the Board and with your employer or its insurance carrier.
4. Make out this claim for compensation and send it to the nearest Workers' Compensation Board Office. (See below.) Failure to file within two years after the date of injury may result in your claim being denied. If you need help in completing this form, telephone or visit the nearest Workers' Compensation Board Office listed below.
5. Go to all hearings when notified to appear.
6. Go back to work as soon as you are able; compensation is never as high as your wage.

Your Rights:

1. Generally, you are entitled to be treated by a doctor of your choice, provided he/she is authorized by the Board. If your employer is involved in a preferred provider organization (PPO) arrangement, you must obtain initial treatment from the preferred provider organization which has been designated to provide health care services for workers' compensation injuries.
2. DO NOT pay your doctor or hospital. Their bills will be paid by the insurance carrier if your case is not disputed. If your case is disputed, the doctor or hospital must wait for payment until the Board decides your case. In the event you fail to prosecute your case or the Board decides against you, you will have to pay the doctor or hospital.
3. You are also entitled to be reimbursed for drugs, crutches, or any apparatus properly prescribed by your doctor and for carfares or other necessary expenses going to and from your doctor's office or the hospital. (Get receipts for such expenses.)
4. You are entitled to compensation if your injury keeps you from work for more than seven days, compels you to work at lower wages, or results in permanent disability to any part of your body.
5. Compensation is payable directly and without waiting for an award, except when the claim is disputed.
6. Injured workers or dependents of deceased workers may represent themselves in matters before the Board or may retain an attorney or licensed representative to represent them. If an attorney or licensed representative is retained, his/her fee for legal services will be reviewed by the Board and if approved will be paid by the employer or insurance company out of any compensation benefits due. Injured workers or dependents of deceased workers should not directly pay anything to the attorney or licensed representative representing them in a compensation case.
7. If you need help returning to work, or with family or financial problems because of your injury, contact the Workers' Compensation Board office nearest you and ask for a rehabilitation counselor or social worker.

This form should be filed by sending directly to the address listed below:

New York State Workers' Compensation Board

Centralized Mailing

PO Box 5205

Binghamton, NY 13902-5205

Customer Service Toll-Free Number: 877-632-4996

¿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

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, 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. 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.

Día de Accidente	Beneficio Sueldo Máximo Semanal
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 querella 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.

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, 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

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
mes / día / año
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)
mes / día / año
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

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 LESION 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).