

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

Workers' comp claims

You can file your first report of injury for a workers' comp claim in three simple ways:

Call the 24/7 claim intake line within 24 hours of the incident: **(844) 581-0828**

Submit the claim information online here

Email the claims team within 24 hours of the incident: **claims@pieinsurance.com**

- **In your email, please include the following:**

- The name of your business
- The policy number
- Reporting party's contact information (name, phone, email)
- The name, phone, and email address of the injured employee
- Date of the injury or accident
- A description of the injury or accident

Thank you.



Your Responsibilities as an Employer

Reporting Injury and Illness

When a workplace injury or illness occurs, employers are required under **Section 110** of the **New York State Workers' Compensation Law** to report the incident to their insurance carrier (insurer) in a timely manner.

Timely reporting of a workplace injury or illness:

- Allows the injured worker to receive treatment and benefits promptly,
- Has been shown to reduce the costs of a claim,
- Helps the insurer monitor and administer the claim, and
- Ultimately leads to the injured worker returning to work faster.

How soon must employers report a workplace injury or illness?

Employers should notify their insurer immediately if the injury or illness:

- Caused (or will cause) the worker to lose time from regular duties beyond the working day or shift on which the injury occurred.
- Required (or will require) the worker to receive medical treatment beyond ordinary first aid, or more than two treatments of first aid.

Insurers or claims administrators must report a work-place injury or illness to the New York State Workers' Compensation Board on or before the 18th day after the workplace injury or illness occurred, or within 10 days after the employer learns of the event — whichever period is greater.

If an employer does not notify the insurer/claims administrators within this timeframe, it can prevent timely reporting to the Board — causing a delay in the injured worker's claim.

How do employers report a workplace injury or illness?

Employers should notify their workers' compensation insurer or claims administrator immediately of any work-related injury or illness. The Board must

also be notified. The employer's insurer or claims administrator may report the injury to the Board, or the employer can notify the Board directly by filing the *Employer's Report of Work-Related Injury/Illness (Form C-2F)*. However, this is not required if your claim administrator or insurer reports on your behalf.

Is there a penalty for untimely reporting?

YES. Employers should notify their insurer or claim administrator immediately of a workplace injury or illness as penalties of up to \$2,500 for late or missing reports are possible.

Can employers challenge a claim?

Employers can request that the insurer challenge the compensability of a claim, where appropriate. An employer can challenge a claim for a variety of reasons including:

- The injury did not occur at work
- The employer did not employ the worker
- The claim is fraudulent

Questions?

To learn more, call **(877) 632-4996** or visit **wcb.ny.gov**.

Enfermedad o lesión profesional

DECLARACIÓN DE DERECHOS



Workers'
Compensation
Board

A todos los trabajadores que se lesionan mientras trabajan o que sufren una enfermedad profesional: pueden tener derecho a las prestaciones de compensación obrera

1. Puede tener derecho a las prestaciones por pérdida de salario si su enfermedad o lesión relacionada con el trabajo le impide trabajar durante más de siete días, le hace ganar un salario inferior o le provoca una incapacidad permanente. Los bomberos voluntarios y los trabajadores voluntarios de ambulancias pueden recibir la indemnización por el tiempo perdido o la pérdida de la capacidad de generar ingresos a partir de la fecha de la lesión o enfermedad.
2. Tiene derecho a recibir tratamiento médico relacionado con su lesión o enfermedad y debe recibirlo de inmediato. Puede acudir a cualquier profesional médico en caso de emergencia. Después debe acudir a un proveedor autorizado por la Junta de Compensación Obrera del Estado de Nueva York (la Junta) o a una clínica de salud ocupacional. Puede buscar un proveedor en wcb.ny.gov. No pague la consulta; el profesional médico facturará a la aseguradora de compensación de los trabajadores de su empleador. Si la aseguradora tiene una red de farmacias o de diagnóstico, debe recibir los servicios dentro de estas redes. La aseguradora debe informarle sobre sus redes de proveedores obligatorias y cómo utilizarlas.
3. Su empleador es responsable de reparar o sustituir cualquier prótesis (por ejemplo, miembros artificiales, dientes postizos, gafas) que se haya perdido o dañado en el transcurso del trabajo. También tiene derecho al reembolso de los medicamentos, muletas o cualquier equipo debidamente prescrito por su médico, así como el transporte y otros gastos necesarios para ir y volver de la consulta médica o del hospital (debe solicitar los recibos de todos esos gastos).
4. Su empleador no puede pedirle que renuncie a su derecho a una indemnización ni deducirle dinero de su salario para pagar las primas del seguro de accidentes de trabajo. Además, no puede ser despedido ni discriminado por haber presentado una reclamación de prestaciones.
5. Usted tiene derecho a ser representado por un abogado o representante autorizado, pero no es una obligación. Si contrata uno, no le pague directamente. Los honorarios serán establecidos por ley y se descontarán de su indemnización. En general, los honorarios de los abogados representan un 15 % de su indemnización y deben ser acordados con su abogado o representante autorizado.
6. Si se impugna su reclamación por considerar que su lesión o enfermedad no está relacionada con el trabajo o no se produjo en el ejercicio de las funciones de bombero voluntario o trabajador de ambulancias, es posible que se le exija que cubra los costos de su tratamiento médico. Puede calificar para recibir las prestaciones de incapacidad por lesiones no laborales. Para más información sobre las prestaciones por incapacidad, llame a la Junta al **(877) 632-4996**.

Nota: una rápida reincorporación al trabajo y un estilo de vida activo pueden ayudarle a mejorar más rápido. Si necesita ayuda para volver al trabajo, o para resolver problemas familiares o económicos debidos a su lesión o enfermedad, llame a la Junta al **(877) 632-4996** y solicite rehabilitación profesional o asistencia social.

Para presentar un reclamo:

1. Comunique a su empleador, por escrito, que se ha lesionado o enfermado debido a su trabajo, en los 30 días siguientes de producido el accidente o del inicio de la enfermedad.
2. Comunique su lesión o enfermedad a la Junta lo antes posible. Para hacerlo, solicite y presente una **Reclamación del Empleado (Formulario C-3)**. Nota: los bomberos voluntarios presentan la **Solicitud de Prestaciones para Bomberos Voluntarios (Formulario VF-3)**, los trabajadores voluntarios de ambulancias presentan la **Solicitud de Prestaciones para Trabajadores Voluntarios de Ambulancias (Formulario VAW-3)**.
IMPORTANTE: si no notifica a la Junta su lesión o enfermedad en el plazo de dos años, se arriesga a perder el derecho a las prestaciones.
3. Pídale a su médico que envíe copias de los informes médicos relativos a su reclamo a la Junta y a la compañía de seguros de su empleador a las direcciones que figuran en la parte inferior de este formulario.

SI NECESITA AYUDA PARA SOLICITAR UN FORMULARIO DE RECLAMACIÓN O PARA RELLENARLO, O SI TIENE ALGUNA OTRA PREGUNTA SOBRE UNA LESIÓN O ENFERMEDAD RELACIONADA CON EL TRABAJO, LLAME AL **(877) 632-4996**. UN REPRESENTANTE DE LA JUNTA LE AYUDARÁ.

Este documento es una presentación simplificada de sus derechos bajo la Ley de Compensación Obrera. La compañía aseguradora de su empleador la proporciona, tal como lo exige el artículo 110 de la Ley de Compensación Obrera:

ESTABLECIDO POR LA PRESIDENCIA,
JUNTA DE COMPENSACIÓN OBRERA
NYS Workers' Compensation Board,
Centralized Mailing, PO Box 5205,
Binghamton, NY 13902-5205

WCB.NY.GOV

Occupational injury/illness STATEMENT OF RIGHTS



Workers'
Compensation
Board

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 may be entitled to lost wage benefits if your work-related injury/illness keeps you from work for more than seven days, causes you to earn lower wages, or results in a permanent disability. In volunteer firefighters' and volunteer ambulance workers' cases, compensation for lost time or loss of earning capacity may be payable from date of injury/illness.
2. You are entitled to medical treatment related to your injury/illness and should get it immediately. You can see any health care provider in an emergency. After that, you must see a NYS Workers' Compensation Board (Board) authorized provider or go to an occupational health clinic. You can search for a provider at wcb.ny.gov. Do not pay the health care provider directly; they will bill your employer's workers' compensation insurer. If that insurer has a pharmacy or diagnostic network, you must receive services within these networks. The insurer must tell you about its required provider networks and how to use them.
3. Your employer is liable for repairing or replacing any prosthesis (e.g., artificial members, false teeth, eyeglasses) that has been lost or damaged in the course of employment. You are also entitled to reimbursement for medication, crutches, or any equipment properly prescribed by your provider, as well as transportation and other necessary expenses for travel to and from your health care provider's office or hospital. (You should get receipts for all such expenses.)
4. Your employer is not permitted to ask you to waive your right to compensation or deduct money from your wages to pay for workers' compensation insurance premiums. Further, you cannot be fired or discriminated against because you filed a claim for benefits.
5. You are entitled to be represented by an attorney/licensed representative, but it is not required. If you do hire one, do not pay them directly. Any fee will be set by law and is deducted from your award. Attorney's fees are generally around 15% of your award and should be discussed with your attorney/licensed representative.
6. If your claim is disputed on the grounds that your injury/illness is not work-related or did not arise in the line of volunteer firefighter or ambulance worker duties, then you may be required to cover the costs of your medical treatment. You may qualify for disability benefits for non-work injuries. For information on disability benefits, contact the Board at **(877) 632-4996**.

Note: A quick return to work and an active lifestyle may help you get better faster. For help returning to work, or with family or financial problems due to your injury/illness, call the Board at **(877) 632-4996** and ask for vocational rehabilitation or social work assistance.

To file a claim:

1. Tell your employer, in writing, that you were injured or made ill due to your job, within 30 days of the accident or onset of illness.
2. Report your injury/illness to the Board as soon as possible. To do so, obtain and file an *Employee Claim (Form C-3)*. Note: Volunteer firefighters file the *Volunteer Firefighter's Claim for Benefits (Form VF-3)*, volunteer ambulance workers file the *Volunteer Ambulance Worker's Claim for Benefits (Form VAW-3)*.
IMPORTANT: If you do not notify the Board of your injury or illness within two years, you risk losing the right to benefits.
3. Tell your health care provider to send copies of medical reports concerning your claim to the Board and to your employer's insurance company at the addresses on the bottom of this form.

FOR HELP OBTAINING A CLAIM FORM OR FILLING IT OUT, OR OTHER QUESTIONS ABOUT A WORK-RELATED INJURY OR ILLNESS, PLEASE CALL **(877) 632-4996. A BOARD REPRESENTATIVE WILL HELP YOU.**

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:

PRESCRIBED BY THE CHAIR,
WORKERS' COMPENSATION BOARD
NYS Workers' Compensation Board,
Centralized Mailing, PO Box 5205,
Binghamton, NY 13902-5205

WCB.NY.GOV



Your workers' compensation benefits



Workers' Compensation Board

Workers' compensation pays for health care to treat a work-related injury or illness. It also pays you a benefit for lost wages.

IF YOU WERE INJURED OR BECAME ILL DUE TO YOUR JOB

1. Seek medical care immediately. Advise your health care provider(s) that you have a work-related injury or illness.
2. Tell your employer, in writing, when, where, and how you were injured. Do this within 30 days of injury.
3. File an **Employee Claim (Form C-3)** reporting your injury/illness to the Workers' Compensation Board (Board) as soon as possible. Please note, a claim must be filed within two years of your injury/illness. Even though your employer must also report the incident, it is helpful for you to report it as well. If you injured the same body part before, or had a similar injury, you must also file a **Limited Release of Health Information (Form C-3.3)**.

File a claim

FASTEST: Visit wcb.ny.gov, select "File a Claim," and complete the web version of the **Employee Claim (Form C-3)** to submit the form online.

If you have questions about filing a **Form C-3**, please call **(877) 632-4996** and a Workers' Compensation Board representative will assist you.

HEALTH CARE

Generally, you can use any health care provider authorized by the Board, including the NYS Occupational Health Clinic Network. This includes Board-authorized physicians, nurse practitioners, and physician assistants

and/or specialists such as psychologists, podiatrists, chiropractors, physical therapists, occupational therapists, acupuncturists, and licensed clinical social workers. If your employer's insurer (or employer if self-insured) has a preferred provider organization (PPO) network for workers' compensation medical care, you must receive your initial treatment in the PPO network.

If that insurer also has a pharmacy or diagnostic testing network, you must receive services within those networks. The insurer must tell you about its required provider networks and how to use them.

Do not pay out-of-pocket for workers' compensation treatment, medication, or prescribed equipment. The workers' compensation insurer pays these bills unless you don't pursue the claim or the Board decides it isn't a valid claim. In that case, you must pay the providers (or submit the bills to your regular health insurer).

You can search for a Board-authorized health care provider on the Board's website, wcb.ny.gov. If you have issues with your care or need help finding an authorized health care provider, call the Board's **Medical Director's Office** at **(800) 781-2362**.

TRAVEL AND OTHER EXPENSES

You may be reimbursed for mileage, public transportation, or other necessary expenses incurred when traveling for treatment or independent medical examinations. Submit receipts for those expenses at least every six months to the Board and to the insurer using the **Claimant's Record of Medical and Travel Expenses and Request for Reimbursement (Form C-257)**, found on the Board's website.

BENEFITS FOR LOST WAGES

The insurer must promptly pay you lost wage benefits if your injury or illness:

- Prevents you from working for more than seven days.
- Causes part of your body to be permanently disabled.
- Results in reduced pay because you now must work fewer hours or do different work than prior to your injury.

IF A HEARING OCCURS

Benefits are frequently paid automatically. However, sometimes hearings are needed to resolve issues. If a hearing is needed, you'll receive a notice from the Board advising you of the reason, date, and time of the hearing. It's important to review all mail you receive from the Board and respond in the manner directed. Keep copies for your records.

You have the right to an attorney or licensed representative at any point in your claim. Counsel may be helpful in disputed and complex cases and can answer your claim questions. That person may not ask for or take a fee from you. The Board determines the fee for legal services and that fee is deducted from your lost wage award.

It is important to attend your hearings and understand what is happening. If you have questions, ask your legal representative or the judge if you are unrepresented. You can attend your hearing online using virtual hearings, or you can attend by phone. See your hearing notice for instructions.

If you cannot make a hearing, contact the Board as soon as possible to reschedule it.

IF YOUR CLAIM IS DISPUTED

Occasionally, insurers dispute claims. The insurer may not agree that you had a work-related injury or illness, or assert that it didn't insure your employer, or give another reason. If your claim is disputed, the Board will hold a hearing. A Workers' Compensation Law judge will review your medical records, wages, and other evidence and testimony. The judge will then decide the issue and determine any benefit award.

You or your employer's insurer may appeal that decision, in writing, within 30 days of the filing date. Three Board members review the appeal and will agree, change it, or reject it. They may also ask for more hearings.

If your case is disputed, you may apply to receive disability benefits while the case is heard. To apply for disability benefits, you will need to submit a **Notice and Proof of Claim for Disability Benefits (Form DB-450)**, available on the Board's website. You may also call the Board for assistance or visit a Board office. If the workers' compensation claim is resolved in your favor, the disability benefits are deducted from your lost wage award.

A TIMELINE FOR YOUR CLAIM

Medical treatment: Get medical care immediately. See your doctor 15 days after the injury and then every 90 days if you have ongoing lost time.

Wage replacement: If you are disabled, your case is accepted, and you missed more than seven days of work, you will be paid within 18 days of the accident or 10 days from when the insurer was informed. If your case is disputed, you will have a hearing to determine your claim. On average, a hearing will be scheduled 28 days from the date that the claim was disputed.

LANGUAGE ASSISTANCE

The Board will translate documents into any language you need. It will also provide an interpreter for your hearing, at no cost to you. Please call **(877) 632-4996** to arrange translation or interpretation. If you are using virtual hearings, you also have the option of requesting an interpreter during the check-in process.

HELP IS AVAILABLE

If you are having difficulty with your claim, the Board's **Advocate for Injured Workers** can assist you. If you need help getting back to work, your employer may have alternate or light duty assignments so you can work while you heal. The Board's vocational rehabilitation counselors can also assist you. If you are experiencing family or financial problems as a result of your injury, the Board has licensed master social workers who can help. Call the Board to learn about these services, or visit wcb.ny.gov/returntowork/.



Sus beneficios de compensación obrera



**Workers'
Compensation
Board**

La compensación obrera paga la atención médica para tratar una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. También le paga un beneficio por salarios perdidos.

SI SE LESIONÓ O ENFERMÓ A CAUSA DE SU TRABAJO

1. Obtenga atención médica de inmediato. Informe a su(s) proveedor(es) de atención médica que tiene una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo.
2. Dígale a su empleador, por escrito, cuándo, dónde y cómo se lesionó. Hágalo dentro de los 30 días siguientes a la lesión.
3. Presente un **Reclamo del Empleado (Formulario C-3)** que informe a la Junta de Compensación Obrera (la Junta) sobre su lesión/enfermedad lo antes posible. Tenga en cuenta que debe presentar el reclamo dentro de los dos años siguientes a su lesión/enfermedad. Si bien su empleador también debe informar el incidente, es útil que usted también lo haga. Si se lesionó la misma parte del cuerpo anteriormente, o tuvo una lesión similar, también debe presentar una **Divulgación Limitada de Información de Salud (Formulario C-3.3)**.

podólogos, quiroprácticos, kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, acupunturistas y trabajadores sociales clínicos licenciados. Si la aseguradora de su empleador (o su empleador, si está asegurado por cuenta propia) tiene una red de organización de proveedores preferidos (preferred provider organization, PPO) para la atención médica de compensación obrera, debe recibir su tratamiento inicial en la red PPO.

Si esa aseguradora también tiene una red de farmacias o de centros de diagnóstico, debe recibir dichos servicios dentro de estas redes. La aseguradora debe informarle de sus redes de proveedores requeridas y cómo usarlas.

No pague con dinero de su bolsillo por el tratamiento, los medicamentos o los equipos recetados de compensación obrera. La aseguradora de compensación obrera paga estas facturas a menos que usted no realice el reclamo o la Junta decida que no es un reclamo válido. En dicho caso, usted debe pagarles a los proveedores (o presentar las facturas a u seguro médico regular).

Puede buscar un proveedor de atención médica autorizado en el sitio web de la Junta, wcb.ny.gov. Si tiene algún problema con su atención o necesita ayuda para encontrar un proveedor de atención médica autorizado, llame a la **Oficina del Director Médico** (Medical Director's Office) de la Junta al **(800) 781-2362**.

GASTOS DE VIAJE Y OTROS GASTOS

Le podrán reembolsar el millaje, los gastos de transporte público u otros gastos necesarios en que incurra al viajar para recibir tratamiento o exámenes médicos independientes. Presente los recibos de dichos gastos a la Junta y a la aseguradora al menos cada seis meses, usando el **Registro de Gastos Médicos y de Viaje del Reclamante y Solicitud de Reembolso (Formulario C-257)**, que se encuentra en el sitio web de la Junta.

Presentar un reclamo

LA VÍA MÁS RÁPIDA: Visite wcb.ny.gov, seleccione "File a Claim" (Presentar un reclamo), y complete la versión web del **Reclamo del Empleado (Formulario C-3)** para presentar el formulario en línea.

Si tiene preguntas acerca de cómo presentar un **Formulario C-3**, por favor llame al **(877) 632-4996** y lo ayudará un representante de la Junta de Compensación Obrera.

ATENCIÓN MÉDICA

En general, puede usar cualquier proveedor de atención médica autorizado por la Junta, incluida la Red de Clínicas de Salud Ocupacional de NYS. Esto incluye médicos, enfermeros profesionales y asistentes de médicos autorizados por la Junta y/o especialistas como psicólogos,

BENEFICIOS POR SALARIOS PERDIDOS

La aseguradora debe pagarle de inmediato los beneficios por salarios perdidos si su lesión o enfermedad:

- Evita que trabaje más de siete días.
- Causa que parte de su cuerpo quede discapacitada de manera permanente.
- Tiene como resultado una reducción en su paga porque ahora debe trabajar menos horas o hacer un trabajo diferente al que hacía antes de su lesión.

SI OCURRE UNA AUDIENCIA

Con frecuencia, los beneficios se pagan automáticamente. Sin embargo, a veces resulta necesario celebrar una audiencia para resolver problemas. Si se necesita una audiencia, recibirá una notificación de la Junta informándole el motivo, la fecha y la hora de la audiencia. Es importante que lea todo el correo que recibe de la Junta y responda del modo indicado. Guarde copias para sus archivos.

Tiene derecho a un abogado o representante licenciado en cualquier momento en su proceso de reclamo. Un abogado podría resultar útil en casos impugnados y complejos, y puede responder a sus preguntas sobre el reclamo. Esa persona no le puede pedir ni cobrar honorarios. La Junta determina los honorarios por servicios legales, y dichos honorarios se deducen del importe que le adjudiquen por salarios perdidos.

Es importante que asista a sus audiencias y comprenda qué está sucediendo. Si tiene preguntas, realícelas a su representante legal, o al juez si no tiene representante. Puede asistir a su audiencia en línea mediante audiencias virtuales, o puede asistir por teléfono. Consulte su notificación de audiencia para ver instrucciones.

Si no puede asistir a una audiencia, comuníquese con la Junta lo antes posible para reprogramarla.

SI SE IMPUGNA SU RECLAMO

Ocasionalmente, las aseguradoras impugnan reclamos. La aseguradora podría no estar de acuerdo con que tuvo una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, o aseverar que no aseguró a su empleador, o dar otro motivo. Si se impugna su reclamo, la Junta celebrará una audiencia. Un juez de derecho de compensación obrera revisará su historia clínica, salarios y otra evidencia y testimonio. Entonces, el juez decidirá sobre el asunto y determinará la adjudicación de cualquier beneficio.

Usted o la aseguradora de su empleador pueden apelar dicha decisión, por escrito, dentro de los 30 días siguientes

a la fecha de presentación. Tres miembros de la junta revisan la apelación y estarán de acuerdo, la cambiarán o la rechazarán. También podrán solicitar más audiencias.

Si se impugna su caso, puede presentar una solicitud para recibir beneficios por discapacidad mientras se toma conocimiento sobre el caso. Para solicitar beneficios por discapacidad, deberá presentar una **Notificación y Comprobante de Reclamo de Beneficios por Discapacidad (Formulario DB-450)**, disponible en el sitio web de la Junta. También puede llamar a la Junta para solicitar asistencia, o bien visitar una oficina de la Junta. Si el reclamo de compensación obrera se resuelve a su favor, los beneficios por discapacidad se deducen de su adjudicación de salarios perdidos.

LÍNEA DE TIEMPO PARA SU RECLAMO

Tratamiento médico: Obtenga atención médica de inmediato. Vea a su médico 15 días después de la lesión, y luego cada 90 días si sigue teniendo tiempo perdido.

Reemplazo de salarios: Si está discapacitado, se acepta su caso, y se perdió más de siete días de trabajo, le pagarán dentro de los 18 días siguientes al accidente o dentro de los 10 días a partir del momento en que se informó a la aseguradora. Si se impugna su caso, tendrá una audiencia para determinar su reclamo. En promedio, la audiencia se programará a los 28 días a partir de la fecha en que se impugnó su reclamo.

ASISTENCIA CON EL IDIOMA

La Junta traducirá los documentos a cualquier idioma que necesite. También brindará un intérprete para su audiencia, sin cargo para usted. Llame al **(877) 632-4996** para organizar servicios de traducción o interpretación. Si está usando audiencias virtuales, también tiene la opción de solicitar un intérprete durante el proceso de ingreso.

HAY AYUDA DISPONIBLE

Si está teniendo dificultades con su reclamo, el **Defensor de Trabajadores Lesionados** de la Junta lo puede ayudar. Si necesita ayuda para regresar a trabajar, su empleador podría tener tareas alternativas o de trabajo liviano para que pueda trabajar mientras se cura. Los asesores de rehabilitación vocacional de la Junta también lo pueden ayudar. Si está experimentado problemas familiares o financieros a causa de su lesión, la Junta cuenta con trabajadores sociales maestros licenciados que lo pueden ayudar. Para más información sobre estos servicios, llame a la Junta o visite wcb.ny.gov/returntowork/.

La Junta de Compensación Obrera (Workers' Compensation Board) del Estado de Nueva York protege los derechos de los empleados y empleadores al garantizar la asignación de beneficios y al promover el cumplimiento de la ley. Para más información sobre la Junta, visite wcb.ny.gov.

QUICK GUIDE FOR INJURED WORKERS

You were injured at work. What now?

If you have suffered a workplace injury or illness, you may be eligible for workers' compensation benefits. You may have already received medical treatment. If you haven't, you should seek medical care as soon as possible.

For assistance with your claim, call the **Workers' Compensation Board (Board)** at **(877) 632-4996**.

YOUR RESPONSIBILITIES

- Notify your employer, in writing, detailing when, where and how you were injured or became ill. Do this as soon as possible within 30 days of injury or illness. Do not text it; instead send a letter, email or other document that can be saved or printed.
- Advise your health care providers that you have a work-related injury or illness and give the name of your employer's workers' compensation insurer. If you do not know the name of your employer's insurer, either ask your employer or contact the Board immediately. Your health care provider will file medical reports with the Board and with your employer or its insurer. A medical report needs to be filed with the Board for you to access your benefits.
- File an **Employee Claim (Form C-3)** reporting your injury or illness to the Board as soon as possible. You must notify the Board of your injury or illness within two years. If you injured the same body part before, or had a similar illness, you must also file a **Limited Release of Health Information (Form C-3.3)**.

Citizenship and immigration status are not factors in workers' compensation.

How to file a claim

Quickest method: Visit wcb.ny.gov and select "File a Claim."

For questions about filing a **Form C-3**, or to receive a copy of the form, please call **(877) 632-4996**. A Board representative will help you.

MEDICAL AND TRAVEL EXPENSES

Medical care to treat your work-related injury or illness is a workers' compensation benefit that is provided at no cost to you. Medical bills for your injury or illness are paid directly by your employer's workers' compensation insurer to your health care provider. If your case is disputed by the insurer, the health care providers will be paid if the Board decides your case in your favor. However, if the Board decides against you, or if you don't pursue a case, you will have to pay the health care provider or hospital (or submit the bill(s) to your own health insurer).

Your employer's workers' compensation insurance covers medically necessary drugs and equipment your health care provider prescribes. You may also be reimbursed for mileage, public transportation or other necessary expenses incurred when traveling for treatment. Submit those expenses (including receipts if you have any) to your employer's workers' compensation insurer and to the Board on a **Claimant's Record of Medical and Travel Expenses and Request for Reimbursement (Form C-257)**.

Generally, you can choose any health care provider authorized by the Board. You can search for an authorized health care provider in your area using the "Health Care Provider Search" feature at wcb.ny.gov. You can also use occupational health clinics. However, if your employer's workers' compensation insurer has a Preferred Provider Organization (PPO) to provide care for workers' compensation injuries, you must get your first treatment from the PPO network. If that insurer also has a pharmacy or diagnostic network, you must receive services within these networks. The insurer must tell you about its required provider networks and how to use them. However, in an emergency, you can see any provider.

QUICK GUIDE FOR INJURED WORKERS

BENEFITS FOR LOST WAGES

You are entitled to a portion of your lost wages, which must be paid promptly, if your injury or illness affects you in one or more of the following ways:

1. It keeps you from work for more than seven calendar days;
2. Part of your body is determined to be permanently disabled; and/or
3. Your pay is reduced because you now work fewer hours or do other work.

After you have healed from your injury or illness and when no further medical improvement is expected (typically one year after the date of accident/illness or surgery, if surgery was performed), you can ask your doctor to evaluate whether your accident/illness has resulted in a permanent injury/condition. To learn more about this benefit, please visit wcb.ny.gov, click on the “Workers” section, then select “Disability Classifications.”

You may hire an attorney or licensed representative for help with your claim, but it isn’t required. You or your family should not directly pay your attorney or licensed representative. Their fees are approved by the Board and deducted from your lost wage award.

If your case is disputed, you may receive disability benefits while the case is pending review by the Board. To get a **Notice and Proof of Claim for Disability Benefits (Form DB-450)**, visit wcb.ny.gov; call the Board for assistance; or visit a Board office. If the case is resolved in your favor, the disability benefits will be deducted from your lost wages award.

WHAT’S NEXT?

The workers’ compensation insurer will contact you. If your claim is accepted, your health care providers will be paid, and lost wage benefits begin. If your case needs a hearing, the Board will contact you. There are online resources available to make the hearing process easier:

- **eCase:** You can upload and view case-related documents online with the Board’s eCase system, which is used to process claims for injured workers. You must register for eCase at wcb.ny.gov.
- **Virtual Hearings:** You have the option of attending hearings without having to travel to a Board office by using virtual hearings. Learn more about virtual hearings, and the Board’s free app, at wcb.ny.gov/virtual-hearings.

HELP IS AVAILABLE

Sometimes you need help getting back to work. Your employer may have alternative or light duty assignments that enable you to work while you heal. An injury or illness can also cause family or financial problems. The Board has vocational rehabilitation counselors and social workers to help. Call the Board for more information on available services and for assistance.

If you are concerned about dependency on opioid pain medications, please call the NYS OASAS HOPELine at **877-8-HOPENY (877-846-7369)**.

Important Contact Information

Workers’ Compensation Board	(877) 632-4996	claims@wcb.ny.gov
		wcb.ny.gov

New York State Workers’ Compensation Board
PO BOX 5205
Binghamton, NY 13902-5205



**Workers’
Compensation
Board**



YOU WERE
INJURED
ON THE JOB

WHAT NOW?

File an

**Employee Claim
Form C-3**

with the NYS Workers'
Compensation Board
if you lost time and/or
received treatment for an
on-the-job injury or illness.

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



**Workers'
Compensation
Board**

FILING FORM C-3 IS EASY

FILE ONLINE

Visit wcb.ny.gov
to submit **Form C-3** online.
It's the fastest way to file your claim.

FILE BY MAIL

Form C-3 is available from your
employer, at wcb.ny.gov, and at
Workers' Compensation Board offices.

CALL: (877) 632-4996

Representatives are available
to answer your questions regarding
filing **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. – 4:30 p.m.

Email: advinjwkr@wcb.ny.gov

Visit: wcb.ny.gov

 facebook.com/NYSWCB

 twitter.com/NYSWorkersComp

 instagram.com/NYSWorkersCompBoard

 youtube.com/NewYorkStateWorkersCompensationBoard

 Sign up for WCB Notifications at: wcb.ny.gov/Notify

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



GUÍA RÁPIDA PARA TRABAJADORES LESIONADOS

Se lesionó en el trabajo. ¿Qué pasa ahora?

Si ha sufrido una lesión o enfermedad relacionada con el lugar de trabajo, podría ser elegible para beneficios de compensación obrera. Puede que ya haya recibido tratamiento médico. Si no lo ha recibido, debería buscar atención médica tan pronto como sea posible.

Para asistencia con su reclamo, llame a la **Junta de Compensación Obrera (Junta)** al **(877) 632-4996**.

SUS RESPONSABILIDADES

- Notificar a su empleador, por escrito, detallando dónde y cuándo se lesionó o enfermó. Haga esto tan pronto como sea posible dentro de los **30 días** de la lesión o enfermedad. No envíe un mensaje de texto; envíe una carta, correo electrónico u otro documento que pueda guardarse o imprimirse.
- Informe a sus proveedores de atención de la salud que tiene una lesión o enfermedad relacionada con el empleo y brinde el nombre de la aseguradora de compensación obrera de su empleador. Si no conoce el nombre de la aseguradora de su empleador, pídale a su empleador o contacte a la Junta de inmediato. Su proveedor de atención de la salud presentará informes a la Junta y a su empleador o aseguradora. Se necesita que se presente un informe a la Junta para que usted pueda acceder a sus beneficios.
- Presente un **Reclamo de Empleado (Formulario C-3)** informando de su lesión o enfermedad a la Junta tan pronto como sea posible. Debe notificar a la Junta de su lesión o enfermedad dentro de los **dos años**. Si se lesionó la misma parte del cuerpo o tuvo una enfermedad similar anteriormente, también debe presentar una **Divulgación Limitada de Información de Salud (Formulario C-3.3)**. **El estado de ciudadanía e inmigración no son factores para la compensación obrera.**

Cómo presentar un reclamo

Método más rápido: Visite **wcb.ny.gov** y seleccione “File a Claim” (Presentar un reclamo).

Para preguntas acerca de cómo presentar un **Formulario C-3**, o recibir una copia del formulario, por favor llame al **(877) 632-4996**. Un representante de la Junta lo ayudará.

GASTOS MÉDICOS Y DE VIAJE

La atención médica para tratar su lesión o enfermedad relacionada con el trabajo es un beneficios de compensación obrera que se brinda sin costo para usted. Las facturas médicas por su lesión o enfermedad las paga directamente la aseguradora de compensación obrera a su proveedor de atención de la salud. Si la aseguradora disputa su caso, los proveedores de atención de la salud recibirán el pago si la Junta decide en el caso a su favor. Sin embargo, si la Junta decide en su contra, o si no prosigue con un caso, tendrá que pagar al proveedor de atención de la salud u hospital (o presentar las facturas a su propia aseguradora).

El seguro de compensación obrera de su empleador cubre los medicamentos y equipamiento médicamente necesarios que su proveedor de atención de la salud prescriba. También podrán reembolsarle el millaje, transporte público u otros gastos necesarios en que incurra al viajar para recibir tratamiento. Presente dichos gastos (incluyendo recibos que pudiera tener) a la aseguradora de compensación obrera y a la Junta en un **Registro de Gastos Médicos y de Viaje y Solicitud de Reembolso del Reclamante (Formulario C-257)**.

Por lo general, puede elegir cualquier proveedor de atención de la salud autorizado por la Junta. Puede buscar un proveedor de atención de la salud autorizado en su área usando la función “Health Care Provider Search” (Búsqueda de proveedor de atención de la salud) en **wcb.ny.gov**. También puede usar las clínicas de salud ocupacional. Sin embargo, si la aseguradora de compensación obrera de su empleador tiene una Organización Proveedora Preferida (Preferred Provider Organization, PPO) para brindar atención para lesiones de compensación obrera, debe obtener su tratamiento inicial de la red PPO. Si esa aseguradora también tiene una farmacia o red de diagnóstico, debe recibir dichos servicios dentro de estas redes. La aseguradora debe informarle de sus redes de proveedores requeridas y cómo usarlas. Sin embargo, en una emergencia, puede ver a cualquier proveedor.

GUÍA RÁPIDA PARA TRABAJADORES LESIONADOS

BENEFICIOS POR SALARIOS PERDIDOS

Tiene derecho a una parte de sus salarios perdidos, que deberán ser pagados prontamente, si su lesión o enfermedad lo afecta de una o más de las siguientes maneras:

1. Evita que pueda trabajar más de siete días calendario;
2. Se determina que una parte de su cuerpo ha quedado incapacitada de manera permanente; y/o
3. Su paga se reduce porque ahora trabaja menos horas o realiza otro trabajo.

Una vez que se haya curado de su lesión o enfermedad y cuando no se esperen nuevas mejoras médicas (por lo general un año luego de la fecha del accidente/enfermedad o cirugía, si se realizó una cirugía), puede pedirle a su médico que evalúe si su accidente/lesión ha resultado en una enfermedad/lesión permanente. Para obtener más información sobre este beneficio, por favor visite **wcb.ny.gov**, haga clic en la sección “Workers” (Trabajadores), y luego seleccione “Disability Classifications” (Clasificaciones de discapacidad).

Puede contratar a un abogado o representante matriculado para que lo ayude con su reclamo, pero no es obligatorio. Usted o su familia no deberán pagarle directamente a su abogado o representante matriculado. La Junta aprueba sus honorarios y los deduce de su otorgamiento de salarios perdidos.

Si se disputa su caso, podrá recibir beneficios por discapacidad mientras el caso está pendiente de revisión por parte de la Junta. Para obtener un **Notificación y Prueba de Reclamos por Beneficios por Discapacidad (Formulario DB-450)**, visite **wcb.ny.gov**; llame a la Junta para obtener asistencia; o visite una oficina de la Junta. Si el caso se resuelve a su favor, se deducirán los beneficios por discapacidad del próximo otorgamiento de salarios perdidos.

¿QUÉ SUCEDE A CONTINUACIÓN?

La aseguradora de compensación obrera lo contactará. Si se acepta su reclamo, se le pagará a sus proveedores de atención de la salud y comenzarán sus beneficios de salarios perdidos. Si su caso necesita una audiencia, la Junta lo contactará- Existen recursos en línea disponibles para facilitar el proceso de audiencia.

- **eCase:** Puede subir y visualizar documentos relacionados con el caso en línea con el sistema eCase de la Junta, que se usa para procesar reclamos para trabajadores lesionados. Debe registrarse para eCase en **wcb.ny.gov**.
- **Audiencias virtuales:** Tiene la opción de asistir a audiencias sin tener que viajar hasta la oficina de la Junta usando audiencias virtuales. Obtenga más información acerca de las audiencias virtuales, y la aplicación gratuita de la Junta en **wcb.ny.gov/virtual-hearings**.

SE ENCUENTRA DISPONIBLE AYUDA

A veces necesita ayuda para volver a trabajar. Su empleador podría tener alternativas o tareas livianas que le permitan trabajar mientras se cura. Una lesión o enfermedad también puede causar problemas familiares o financieros. La Junta tiene consejeros de rehabilitación vocacional y trabajadores sociales para ayudar. Llame a la Junta para más información sobre servicios disponibles y para asistencia.

Si le preocupa la dependencia de medicamentos opioides para el dolor, por favor llame a NYS OASAS HOPELine al **877-8-HOPENY (877-846-7369)**.

Información de contacto importante

Workers' Compensation Board	(877) 632-4996	claims@wcb.ny.gov
		wcb.ny.gov

New York State Workers' Compensation Board
PO BOX 5205
Binghamton, NY 13902-5205



**Workers'
Compensation
Board**



SE LESIONÓ
EN EL
TRABAJO

¿QUÉ PASA AHORA?

Presente un
Formulario C-3
de reclamo del empleado
ante la Junta de
Compensación Obrera del
Estado de Nueva York si
perdió tiempo y/o recibió
tratamiento por una lesión
o enfermedad en el trabajo.

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



Workers'
Compensation
Board

PRESENTAR EL FORMULARIO C-3 ES FÁCIL

PRESENTACIÓN EN LÍNEA

Visite wcb.ny.gov para presentar el **Formulario C-3** en línea. Es la manera más rápida de presentar su reclamo.

PRESENTACIÓN POR CORREO

Su empleador tiene el **Formulario C-3** disponible, y también lo puede encontrar en wcb.ny.gov, y en las oficinas de la Junta de Compensación Obrera.

LLAME AL: (877) 632-4996

Hay representantes disponibles para responder a sus preguntas sobre la presentación del **Formulario C-3**.

Recuerde

Debe decirle a su empleador que se lesionó en el trabajo, por escrito, dentro de los 30 días.

La Junta de Compensación Obrera del Estado de Nueva York está para ayudarlo

Llame al: **(877) 632-4996** de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 4:30 p.m.

Correo electrónico advinjwkr@wcb.ny.gov

Visite: wcb.ny.gov

 facebook.com/NYSWCB

 twitter.com/NYSWorkersComp

 instagram.com/NYSWorkersCompBoard

 youtube.com/NewYorkStateWorkersCompensationBoard

 Regístrese para recibir Notificaciones de la WCB en:
wcb.ny.gov/Notify

La Junta de Compensación Obrera (Workers' Compensation Board) del Estado de Nueva York protege los derechos de los empleados y empleadores al garantizar la asignación de beneficios y al promover el cumplimiento de la ley. Para más información sobre la Junta, visite wcb.ny.gov.



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: ☐ M ☐ F ☐ X
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. Have you had 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 they are 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: ____/____/____

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.

Notification Pursuant to the New York Personal Privacy Protection Law (Public Officers Law Article 6-A) and the Federal Privacy Act of 1974 (5 U.S.C. § 552a).

The Workers' Compensation Board's (Board's) authority to request that claimants provide personal information, including their social security number, is derived from the Board's investigatory authority under Workers' Compensation Law (WCL) § 20, and its administrative authority under WCL § 142. This information is collected to assist the Board in investigating and administering claims in the most expedient manner possible and to help it maintain accurate claim records. Providing your social security number to the Board is voluntary. There is no penalty for failure to provide your social security number on this form; it will not result in a denial of your claim or a reduction in benefits. The Board will protect the confidentiality of all personal information in its possession, disclosing it only in furtherance of its official duties and in accordance with applicable state and federal law.

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. **If you filed a Department of Motor Vehicles Form MV-104 (Report of Motor Vehicle Accident), please submit a copy along with the C-3. This will expedite the process for you to receive potential benefits.**

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 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 they are 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, their 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



Complete este formulario para solicitar beneficios de compensación obrera por una lesión laboral o una enfermedad relacionada con el trabajo. Escriba en letra de imprenta prolija o con texto mecanografiado. Este formulario también se puede completar en línea en www.wcb.ny.gov.

Nro. de caso de la WCB (si lo sabe): _____

A. SU INFORMACIÓN (empleado)

1. Nombre: _____ 2. Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
Nombre Inicial del segundo nombre Apellido
3. Dirección de correo: _____
Número y calle / apartado postal / apartamento nro. Ciudad Estado Código postal
4. Número de Seguro Social: ____ - ____ - ____ 5. Teléfono: (____) ____ - ____ 6. Género: ☐ M ☐ F ☐ X
7. ¿Necesitará un traductor si debe asistir a una audiencia de la Junta? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, ¿de qué idioma? _____

B. SU(S) EMPLEADOR(ES)

1. Empleador cuando se lesionó: _____ 2. Teléfono: (____) ____ - ____
3. Su dirección de trabajo: _____
Número y calle Ciudad Estado Código postal
4. Fecha de contratación: ____ / ____ / ____ 5. Nombre de su supervisor: _____
6. Indique los nombres/las direcciones de cualquier otro empleador al momento de su lesión/enfermedad: _____

7. ¿Perdió tiempo de trabajo en su(s) otro(s) empleo(s) como resultado de su lesión/enfermedad? ☐ Sí ☐ No

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

1. ¿Cuál era su puesto y la descripción del puesto? _____
2. ¿Qué tipos de actividades realizaba normalmente en el trabajo? _____

3. Su trabajo era... (marcar una opción) ☐ De tiempo completo ☐ De medio tiempo ☐ Por temporada ☐ Como voluntario
Otro: _____
4. ¿Cuál era su paga bruta (antes de los impuestos) por período de pago? _____ 5. ¿Con qué frecuencia le pagaban? _____
6. ¿Recibía alojamiento o propinas además de su paga? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, describa: _____

D. SU LESIÓN O ENFERMEDAD

1. Fecha de su lesión o fecha de aparición de la enfermedad: ____ / ____ / ____ 2. Hora de la lesión: _____ ☐ AM ☐ PM
3. ¿Dónde sucedió la lesión/enfermedad? (por ejemplo, 1 Main Street, Pottersville, en la puerta principal) _____
4. ¿Esta era su ubicación usual de trabajo? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es no, ¿usted se encontraba en esta ubicación? _____

5. ¿Qué estaba haciendo cuando se lesionó o enfermó? (por ejemplo, descargando un camión, escribiendo un informe) _____

6. ¿Cómo sucedió la lesión/enfermedad? (por ejemplo, me tropecé con un caño y me caí al piso) _____

7. Explique completamente la naturaleza de la lesión/enfermedad; enumere las partes del cuerpo afectadas (por ejemplo, torcedura de tobillo y corte en la frente): _____



D. SU LESIÓN O ENFERMEDAD (continuación)

8. ¿Hubo un objeto (por ejemplo, un montacargas, martillo, ácido) involucrado en la lesión/enfermedad? ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es sí, ¿qué? _____
9. ¿La lesión fue el resultado del uso o la operación de un vehículo motorizado licenciado? ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es sí, ☐ su vehículo ☐ vehículo del empleador ☐ otro vehículo Número de patente (si lo sabe): _____
Si su vehículo estuvo involucrado, indique el nombre y la dirección de su aseguradora: _____
10. ¿Usted le ha dado a su empleador (o supervisor) aviso de lesión/enfermedad? ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es sí, se notificó a: _____ ☐ verbalmente ☐ por escrito Fecha de notificación: ____/____/____
11. ¿Alguien vio cuando y cómo se lesionó? ☐ Sí ☐ No ☐ Se desconoce Si la respuesta es sí, indique sus nombres: _____

E. REGRESO AL TRABAJO

1. ¿Tuvo que dejar de trabajar a causa de su lesión/enfermedad? ☐ Sí, ¿en qué fecha? ____/____/____ ☐ No, pasar a la Sección F.
2. ¿Ha regresado a trabajar? ☐ Sí ☐ No ☐ Si la respuesta es sí, ¿en qué fecha? ____/____/____ ☐ tareas regulares ☐ tareas limitadas
3. Si ha regresado a trabajar, ¿para quién trabaja ahora? ☐ Mismo empleador ☐ Empleador nuevo ☐ Trabaja por cuenta propia
4. ¿Cuál es su paga bruta (antes de los impuestos) por período de pago? _____ ¿Con qué frecuencia le pagan? _____

F. TRATAMIENTO MÉDICO PARA ESTA LESIÓN O ENFERMEDAD

1. ¿Cuál fue la fecha de su primer tratamiento? ____/____/____ ☐ No recibió tratamiento (pasar a la pregunta F-5)
2. ¿Recibió tratamiento en el sitio? ☐ Sí ☐ No
3. ¿Dónde recibió su primer tratamiento médico fuera del sitio por su lesión/enfermedad? ☐ No recibió tratamiento
☐ Sala de emergencias ☐ Consultorio médico ☐ Clínica/hospital/atención de urgencia ☐ Hospitalización durante más de 24 horas
Nombre y dirección del lugar donde recibió tratamiento por primera vez: _____ Teléfono: (____) _____
4. ¿Sigue recibiendo tratamiento por esta lesión/enfermedad? ☐ Sí ☐ No
Proporcione el nombre y la dirección de los médicos que lo están tratando por esta lesión/enfermedad: _____ Teléfono: (____) _____
5. ¿Sufrió otra lesión en la misma parte del cuerpo, o una enfermedad similar? ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es sí, ¿lo trató un doctor? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, proporcione los nombres y las direcciones de los doctores que lo trataron y **COMPLETE Y PRESENTE EL FORMULARIO C-3.3 JUNTO CON ESTE FORMULARIO:**

6. ¿La lesión/enfermedad anterior fue relacionada con el trabajo? ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es sí, ¿estaba trabajando para el mismo empleador para el que trabaja ahora? ☐ Sí ☐ No

Por el presente realizo un reclamo de beneficios conforme a la Ley de Compensación Obrera. Mi firma afirma que la información que brindo es verdadera y correcta, a mi leal saber y entender.

Cualquier persona que, deliberadamente y con la INTENCIÓN DE DEFRAUDAR, presente, cause la presentación, o prepare con el conocimiento o la creencia de que se presentará a una aseguradora o un autoasegurado, o que será presentada por una aseguradora o un autoasegurado, cualquier información que contenga una DECLARACIÓN MATERIAL FALSA o que oculte cualquier hecho material SERÁ CULPABLE DE UN DELITO y quedará sujeto a MULTAS CONSIDERABLES Y PRISIÓN.

Firma del empleado: _____ Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: ____/____/____
En nombre del empleado: _____ Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: ____/____/____

Una persona solo puede firmar en nombre del empleado si está legalmente autorizada a hacerlo y el empleado es un menor o una persona mentalmente incompetente o incapacitada.

Certifico, a mi leal saber y entender, formados luego de una indagatoria razonable dadas las circunstancias, que los alegatos y otros asuntos de hecho afirmados anteriormente tienen pruebas respaldatorias, o posiblemente tengan pruebas respaldatorias, luego de una oportunidad razonable de llevar adelante investigaciones adicionales o un proceso de recabación y presentación de pruebas.

Firma del abogado/representante (si lo hubiere): _____ Fecha: ____/____/____
Nombre en letra de imprenta: _____ Cargo: _____
Nro. de ID, si lo hubiere: R _____ Si es un representante matriculado, número de matrícula: _____ Fecha de vencimiento: _____

Instrucciones para completar el Reclamo del empleado (Formulario C-3)

Por favor, complete este formulario y envíelo a la dirección de correo postal centralizada de la Junta de Compensación Obrera indicada al final de estas instrucciones. Si necesita ayuda adicional para completar este formulario, comuníquese con la Junta de Compensación Obrera al **1-877-632-4996**. También puede completar este formulario en línea en **wcb.ny.gov**. Si no tiene o no sabe su Número de Caso de la Junta de Compensación Obrera, deje este campo en blanco. No es obligatorio para procesar su reclamo. Recuerde ingresar su nombre y la fecha de su lesión/enfermedad arriba de todo en la página dos.

Sección A - Su información (empleado):

En la Sección A, ingrese su nombre, su dirección y otra información solicitada.

Nota sobre el punto 7: Las audiencias de la Junta se realizan en inglés. Si necesita un traductor, seleccione **Sí** e indique el idioma que necesita.

Notificación conforme a la Ley de protección de la privacidad personal de Nueva York (Artículo 6-A de la Ley de funcionarios públicos) y la Ley federal de privacidad de 1974 (§ 552a del título 5 del U.S.C.).

La autoridad de la Junta de Compensación Obrera (Junta) para solicitar que el demandante lesionado proporcione la información personal, incluido su número de seguro social, se deriva de la autoridad investigadora de la Junta de conformidad con la Ley de Compensación Obrera (Worker's Compensation Law, WCL), § 20 y su autoridad administrativa de acuerdo con la WCL, § 142. Esta información es recolectada para ayudar a la junta a investigar y administrar los reclamos de la manera más conveniente posible y para ayudarla a mantener los registros de reclamos precisos. Proporcionar su número de seguro social a la Junta es voluntario. No hay penalidad por no proporcionar su número de seguro social en este formulario; no traerá como consecuencia una denegación de su reclamo o una reducción en los beneficios. La junta protegerá la confidencialidad de toda la información personal en su posesión y la divulgará solo en cumplimiento de sus deberes oficiales de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables.

Sección B - Sus empleadores:

En la Sección B, ingrese el nombre, la dirección, el número de teléfono y otra información del empleador para el que trabajaba al momento de la lesión/enfermedad.

Nota: Su empleador es la compañía o agencia que emite su cheque de pago. Si es un contratista en un sitio de trabajo o una oficina, la agencia de dotación de personal o el proveedor que lo contrató es su empleador, no el sitio de trabajo ni la oficina a la que se presenta a trabajar.

Sección C - Su trabajo en la fecha de la lesión o enfermedad:

En la Sección C, ingrese su puesto, actividades laborales e información salarial.

Sección D - Su lesión o enfermedad:

En la Sección D, ingrese la información sobre su lesión o enfermedad.

Punto 1: Ingrese la fecha en que se lesionó o la primera fecha en que notó que estaba enfermo.

Si se trata de una enfermedad ocupacional, saltee el punto 2. La fecha en que se lesionó debe estar en formato mes/día/año. El año se debe escribir como cuatro cifras, por ejemplo, 2015.

Punto 2: Ingrese la hora en que ocurrió el accidente. Marque si fue AM o PM.

Punto 3: Indique el lugar donde ocurrió la lesión/enfermedad, incluida la dirección del edificio y la ubicación física en el edificio donde sucedió la lesión/enfermedad.

Punto 4: Marque si este era su lugar de trabajo normal. Si no lo era, indique por qué se encontraba en esta ubicación.

Punto 5: Describa detalladamente qué estaba haciendo al momento de la lesión/enfermedad (por ejemplo, descargando cajas de un camión manualmente).

Esto explica los eventos que llevaron a la lesión.

Punto 6: Describa detalladamente cómo ocurrió la lesión/enfermedad (por ejemplo, "Estaba levantando una caja pesada del camión"). Esto debe incluir a todas las personas y los eventos involucrados en la lesión/enfermedad.

Punto 7: Indique plenamente la naturaleza y extensión de su lesión/enfermedad, incluidas todas las partes del cuerpo lesionadas. Sea lo más específico posible (por ejemplo, "Me lastimé la espalda intentando levantar una caja pesada. Ahora me duele doblarme, agacharme o siquiera sostener objetos más livianos").

Punto 8: Indique si hubo algún objeto involucrado en el accidente, **que no sea** un vehículo motorizado con licencia. Otros objetos pueden involucrar una herramienta (por ejemplo, un martillo), un producto químico (por ejemplo, ácido), maquinaria (por ejemplo, un montacargas o un taladro de columna), etc.

Punto 9: Indique si hubo un vehículo motorizado con licencia involucrado en el accidente. Si la respuesta es sí, marque si el vehículo involucrado era suyo, de su empleador o de un tercero. Incluya el número de patente (si lo sabe). Si su vehículo estuvo involucrado, indique el nombre y la dirección de su aseguradora automotriz. Si presentó un Formulario MV-104 (Informe de Accidente Automovilístico) del Departamento de Vehículos Motorizados, envíe una copia junto con el C-3. Esto acelerará el proceso para que reciba beneficios potenciales.

Punto 10: Marque si le dio a su empleador o supervisor aviso sobre su lesión o enfermedad. Si lo hizo, indique a quién notificó, así como también si fue verbalmente o por escrito. Incluya la fecha de notificación.

Punto 11: Marque si alguien más vio el accidente. Si alguien lo vio, incluya sus nombres.

Sección E - Regreso al trabajo:

Punto 1: Si dejó de trabajar como resultado de su lesión/enfermedad relacionada con el trabajo, marque **Sí** e indique la fecha en que dejó de trabajar. Si no dejó de trabajar, marque **No** y pase a la sección siguiente.

Punto 2: Si ha regresado a trabajar desde entonces, marque **Sí**. Además, indique en qué fecha volvió a trabajar, y si regresó a sus tareas normales o si está realizando tareas limitadas o restringidas. (Si no ha regresado a sus tareas laborales completas previas a la lesión, entonces está realizando tareas limitadas).

Punto 3: Si ha regresado a trabajar, indique para quién trabaja ahora.

Punto 4: Ingrese su salario bruto (paga antes de los impuestos) por período de pago para el puesto en el que trabaja ahora. Indique con qué frecuencia recibe un cheque de pago (semanal, quincenal, etc.).

Sección F - Tratamiento médico para esta lesión o enfermedad:

Punto 1: Si no recibió tratamiento médico por esta lesión/enfermedad, marque No recibió tratamiento y pase al punto 5. De lo contrario, ingrese la fecha en que recibió tratamiento por primera vez por esta lesión/enfermedad y complete el resto de esta sección.

Punto 2: Marque si primero recibió tratamiento en el trabajo por esta lesión o enfermedad.

Punto 3: Marque el lugar donde recibió su primer tratamiento médico fuera del sitio por su lesión o enfermedad. Incluya el nombre y la dirección del centro, así como también el número de teléfono (incluido el código de área).

Punto 4: Si aún está recibiendo tratamiento por la misma lesión o enfermedad, marque Sí e indique el nombre y la dirección de los médicos que brindan tratamiento, así como también el número de teléfono (incluido el código de área). De lo contrario, marque No.

Punto 5: Si ya sufrió una lesión en la misma parte del cuerpo o una enfermedad similar, marque Sí e indique si recibió tratamiento de un doctor por esta lesión o enfermedad. Si recibió tratamiento de un doctor, indique los nombres y las direcciones de los doctores que lo trataron y **complete y presente el Formulario C-3.3 junto con este formulario.**

Punto 6: Si sufrió una lesión o enfermedad anterior, marque si su lesión o enfermedad anterior fue relacionada con el trabajo. Si la respuesta es sí, marque si la lesión o enfermedad sucedió mientras trabajaba para su empleador actual.

Firme el Formulario C-3 en el lugar brindado para la Firma del empleado en la página 2, indique su nombre en letra de imprenta e ingrese la fecha en que firmó el formulario. Si un tercero firma en nombre del empleado, esa persona debe firmar en la segunda línea de firmas. Si tiene un representante legal, el representante debe completar y firmar la sección de certificación del abogado/representante al pie de la página 2.

Qué deben hacer los trabajadores en case de una lesión en el trabajo o enfermedad ocupacional:

1. Dígame de inmediato a su empleador o supervisor cuándo, dónde y cómo se lesionó.
2. Obtenga atención médica de inmediato.
3. Dígame a su médico que presente informes médicos a la Junta y a su empleador o la aseguradora de su empleador.
4. Complete este reclamo de compensación y envíelo a la Oficina de la Junta de Compensación Obrera más cercana. (Consulte más adelante). Si no realiza la presentación dentro de los dos años siguientes a la fecha de la lesión, su reclamo podría ser denegado. Si necesita ayuda para completar este formulario, llame o visite a la Oficina de la Junta de Compensación Obrera más cercana indicada más adelante.
5. Preséntese a todas las ausencias cuando reciba notificación de comparecencia.
6. Regrese a trabajar lo antes posible; la compensación nunca es tan alta como su salario.

Sus derechos:

1. En general, tiene derecho a recibir tratamiento de un médico que usted elija, siempre y cuando esté autorizado por la Junta. Si su empleador está involucrado en un arreglo con una organización de proveedores preferenciales (preferred provider organization, PPO), debe obtener tratamiento inicial de la organización de proveedores preferenciales que ha sido designada para prestar servicios de atención médica para lesiones de compensación obrera.
2. NO le pague a su médico u hospital. La aseguradora pagará sus facturas si su caso no se disputa. Si su caso se disputa, el médico u hospital debe esperar para recibir el pago hasta que la Junta tome una decisión sobre su caso. En caso de que no procese su caso, o de que la Junta se pronuncie en su contra, deberá pagarle al médico u hospital.
3. También tiene derecho a recibir un reembolso por medicamentos, muletas o cualquier aparato que le rece correctamente un médico, y por los costos de traslado en auto u otros gastos necesarios para ir desde y hasta el consultorio de su médico o el hospital. (Pida recibos para estos gastos).
4. Tiene derecho a recibir compensación si su lesión no le permite trabajar durante más de siete días, requiere que trabaje por un salario inferior, o causa una discapacidad permanente en cualquier parte de su cuerpo.
5. La compensación es pagadera directamente y sin esperar a una adjudicación, excepto cuando el reclamo se disputa.
6. Los trabajadores lesionados o dependientes de trabajadores fallecidos se pueden autorrepresentar en causas ante la Junta, o pueden contratar a un abogado o representante licenciado que los represente. Si se contratan los servicios de un abogado o representante licenciado, sus honorarios por servicios legales serán revisados por la Junta y, si se aprueban, serán pagados por el empleador o la aseguradora además de los beneficios de compensación pagaderos. Los trabajadores lesionados o dependientes de trabajadores fallecidos no deben realizar ningún pago directo al abogado o representante licenciado que los representa en un caso de compensación.
7. Si necesita ayuda para regresar a trabajar, o con problemas financieros en su familia a causa de su lesión, comuníquese con la oficina de la Junta de Compensación Obrera más cercana y pida un asesor de rehabilitación o trabajador social.

Este formulario se debe presentar enviándolo directamente a la dirección que figura a continuación:

New York State Workers' Compensation Board

Centralized Mailing

PO Box 5205

Binghamton, NY 13902-5205

Número gratuito de atención al cliente: 877-632-4996