



SOLICITUD DE ASISTENCIA DEL TRABAJADOR LESIONADO

Este formulario no se debe usar para informar sobre una lesión. Para presentar un reclamo, use el Formulario C-3.

Información del reclamo – TODA COMUNICACIÓN DEBE INCLUIR ESTOS NÚMEROS

Fecha de la lesión o enfermedad: _____ Número de caso WCB: _____

Información del trabajador lesionado

Verificar si existe una dirección nueva

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Dirección de correo: _____ Línea 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ País: _____

Número telefónico durante el día: _____ Dirección de correo electrónico: _____

N.º del Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____ Género: Masculino Femenino

Información del empleador

Nombre del empleador: _____

Dirección de correo: _____ Línea 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ País: _____

Número telefónico del empleador: _____ Número de identificación fiscal: _____

El número de identificación fiscal es el (seleccione uno): Número del Seguro Social (Social Security Number, SNN)
Número de Identificación del Empleador (Employer Identification Number, EIN)

Motivo de esta solicitud - Instrucciones: Marque todas las casillas que correspondan. Asegúrese de adjuntar formularios adicionales, informes médicos, correspondencias, etcétera, según se requiera en cada casilla. Si la información adicional ya se envió, no la adjunte, pero procure identificarla en el espacio al final de este formulario** mediante el número de formulario o título y la fecha en la que se le envió a la junta. Firme y feche el formulario abajo.

Pagos de compensación:

a. No trabajo desde el _____ y no estoy recibiendo pagos. Documentación médica que indique que se requiere discapacidad.

Marque todo lo que corresponda:

- He presentado un reclamo por una lesión relacionada con el trabajo.
Mi empleador no está pagando mis salarios.
Mi reclamo no ha sido negado.
No he recibido una decisión que me impida recibir una compensación.
He intentado resolver el problema con la aseguradora.

b. Mis pagos se han detenido o reducido.

c. He regresado a trabajar desde el _____ con el salario completo.

d. Estoy ganando menos dinero de lo que ganaba antes de lesionarme. Adjunte el talón de pago actual y los informes médicos de su médico.

e. Tuve dos o más empleadores en la fecha del accidente o lesión (empleo concurrente).

Adjunte el pago bruto semanal antes de su lesión y la declaración del segundo empleador con respecto al tiempo perdido.

f. Fui liberado de prisión el _____ y no estoy recibiendo pagos.

Adjunte el informe médico que muestre una discapacidad médica y la liberación de los documentos de custodia.

g. No me han pagado como se indicó en la decisión presentada el _____

Problemas médicos:

h. Mi solicitud para tratamiento médico fue denegada o no ha sido atendida. Adjunte la carta de denegación.

i. Mi discapacidad ahora es permanente. Adjunte el Formulario médico C-4.3, Informe de Mejoría Médica Máxima (Maximum Medical Improvement, MMI)/Discapacidad Permanente del Médico.

Seleccione esta casilla si era menor de 25 años de edad al momento del accidente.

j. Mi condición médica ha cambiado. Adjunte los formularios médicos.

k. Mi solicitud para reembolso médico y de transporte fue denegada o no ha sido tratada. Adjunte los recibos y el Formulario C-257.

Otros asuntos:

l. Tengo información nueva o información solicitada por la junta relacionada con (Adjunte los documentos):

m. Otro (explique en el espacio proporcionado abajo):

**Información de referencia del documento (fecha, nombre y título, identificación del formulario): _____

Firma del trabajador lesionado: _____ Fecha: _____

Para el trabajador lesionado: Información general sobre el uso de este formulario

Puede presentar este formulario (RFA-1W) y cualquier documento adjunto con la Junta de Compensación Obrera cuando desee que la junta tome una medida específica en su reclamo o si necesita alertar a la junta sobre cualquier problema o situación que afecte su reclamo. Muchas de las acciones o situaciones más frecuentemente solicitadas se enumeran como problemas de pago de compensación (elementos desde la a hasta la g) o problemas médicos (elementos desde la h hasta la k), pero no están limitadas a dichos elementos enumerados. Seleccione todo lo que corresponda o agregue información o explicaciones adicionales en el espacio proporcionado (l o m).

Complete la información de identificación en la parte superior del Formulario RFA-1W y envíe el formulario, CON TODA LA INFORMACIÓN QUE CORRESPONDE ADJUNTA*, a:

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

Dirección para presentación por correo electrónico: wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov

Línea de fax estatal: (877) 533-0337

La junta lo contactará a usted y a todas las partes cuando tome una medida sobre su reclamo.

*Después de cada casilla, verá la información necesaria en negrita. Por ejemplo, si usted le está informando a la junta que su discapacidad ahora es permanente (casilla i), la información requerida está en el Formulario C-4.3, Informe de MMI/Discapacidad Permanente del Médico.

DEBE ENVIAR UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO A LA ASEGURADORA O DIRECTAMENTE AL EMPLEADOR O A SU ADMINISTRADOR EXTERNO SI EL EMPLEADOR ES AUTOASEGURADO.

Si tiene otras inquietudes, puede contactar al **ABOGADO PARA TRABAJADORES LESIONADOS de la junta por el (800) 580-6665**. Información adicional sobre otros servicios de la junta se puede obtener en el sitio web de la junta: **www.wcb.ny.gov**. Si desea seguir su reclamo en línea, puede registrarse para eCase mediante las instrucciones de registro disponibles en el sitio web de la junta a través del enlace de eCase.

Usted tiene derecho a representación legal. Un abogado no puede cobrarle directamente por la representación en un reclamo por compensación laboral. Si hay una adjudicación en su reclamo, cualquier solicitud de tarifa legal debe ser aprobada por la junta y la aseguradora la deducirá de la adjudicación y se le pagará directamente al abogado.

Tratamiento médico: Además de los servicios médicos por un valor menor de \$1000.00, la mayoría de los servicios médicos cubiertos por los Lineamientos para Tratamiento Médico (independientemente del costo) no requieren autorización médica. Para estos tipos de servicios, el proveedor de salud puede proporcionar el tratamiento y la factura a la aseguradora. Si no hay respuesta dentro de los 45 días de recibida la factura, el proveedor de salud puede presentar una adjudicación administrativa en el Formulario HP-1. Algunos tratamientos cubiertos dentro de los Lineamientos para Tratamiento Médico, como procedimientos quirúrgicos complejos, requieren autorización previa. Además de estos tipos de tratamientos, cuando los servicios médicos tienen un valor de \$1000.00 o más y no están incluidos en los Lineamientos para Tratamiento Médico, el proveedor de salud contactará a la aseguradora o al empleador autoasegurado para la autorización. El proveedor de salud también debe presentar el Formulario C-4AUTH con la aseguradora o el empleador autoasegurado y la junta. Si se deniegan los servicios de los Lineamientos para Tratamiento Médico o los servicios médicos por un valor de \$1000.00 o más, la aseguradora o empleador autoasegurado deben presentar el Formulario C-8.1A y proporcionar la evidencia médica contradictoria.

CUALQUIER PERSONA QUE DELIBERADAMENTE TENGA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR A LOS PRESENTES, LAS CAUSAS A SER PRESENTADAS O PREPARE CON CONOCIMIENTO O CREENCIA DE QUE SERÁ PRESENTADA POR UNA ASEGURADORA O AUTOASEGURADORA, CUALQUIER INFORMACIÓN QUE CONTenga DECLARACIONES MATERIALMENTE FALSAS U OCASIONE CUALQUIER HECHO MATERIAL SERÁ CULPABLE DE UN DELITO Y ESTARÁ SUJETO A MULTAS SUSTANCIALES Y ENCARCELAMIENTO.

Notificación de conformidad con la Ley de Protección de Privacidad de Nueva York (Ley de Funcionarios Públicos, artículo 6-A) y la Ley de Privacidad Federal de 1974 [Título 5 del Código de los Estados Unidos, (United States Code, U.S.C.), sección 552a].

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