



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