



Reclamación del empleado

C-3S

Estado de Nueva York - Junta de Compensación Obrera (WCB)

Complete este formulario para solicitar los beneficios de compensación por una lesión laboral o una enfermedad relacionada con el trabajo. Complete con cuidado y use letra de imprenta. También puede completar este formulario en línea en www.wcb.state.ny.us.

Número de caso WCB (si lo sabe): _____

A. INFORMACIÓN PERSONAL (Empleado)

1. Nombre completo: _____ 2. Fecha de nacimiento: _____
Nombre Segundo nombre Apellido mes / día / año
3. Dirección postal: _____
Número y calle/Apartado postal Ciudad Estado Código postal
4. N° de seguro social: _____ 5. N° de teléfono: (____) _____ 6. Sexo: Masculino Femenino
7. ¿Habla usted inglés? Sí No En caso negativo, ¿qué idioma habla? _____

B. INFORMACIÓN SOBRE SU(S) EMPLEADOR(ES)

1. Empleador en donde se lesionó: _____ 2. N° de teléfono: (____) _____
3. Dirección del trabajo: _____
Número y calle/Apartado postal Ciudad Estado Código postal
4. Fecha de inicio del empleo: _____/_____/____ 5. Nombre de su supervisor: _____
mes / día / año
6. Indique nombre(s)/dirección(es) de otro(s) empleador(es) al momento de la lesión/enfermedad: _____

7. ¿Perdió usted horas de trabajo del otro empleo con motivo de su lesión/enfermedad? Sí No

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

1. ¿Cuál era su puesto o descripción de trabajo? _____
2. ¿Qué tipo de actividades realizaba usted normalmente en el trabajo? _____

3. ¿Su trabajo era? (marque uno) A tiempo completo A medio tiempo Estacional Voluntario Otro: _____
4. ¿Cuál era su salario antes de impuestos por período de pago? _____ 5. ¿Con qué frecuencia se le pagaba? _____
6. ¿Recibía usted alojamiento o propinas además de su pago? Sí No En caso afirmativo, especifique: _____

D. SU LESIÓN O ENFERMEDAD

1. Fecha de la lesión o del inicio de la enfermedad: _____/_____/____ 2. Hora de la lesión: _____ AM PM
mes / día / año
3. ¿Dónde ocurrió la lesión/enfermedad? (por ej., 1 Main Street, Pottersville, en la puerta de acceso) _____

4. ¿Era éste su lugar de trabajo habitual? Sí No En caso negativo, ¿por qué estaba usted en ese lugar? _____

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

6. ¿Cómo ocurrió la lesión/enfermedad? (por ej.: pasaba por encima de una tubería y caí al piso) _____

7. Explique detalladamente la naturaleza de su lesión/enfermedad, incluyendo las partes del cuerpo lesionadas (por ej.: me torcí el tobillo izquierdo y me corté la frente): _____

SU NOMBRE: _____

FECHA DE LA LESIÓN/ENFERMEDAD: ____/____/____
mes / día / año

D. SU LESIÓN O ENFERMEDAD (cont.)

8. ¿Hubo algún objeto (por ej.: carretilla, martilla, ácido) involucrado en la lesión/enfermedad? Sí No
En caso afirmativo, ¿cuál? _____
9. ¿La lesión ocurrió por estar utilizando u operando un vehículo motorizado licenciado? Sí No
En caso afirmativo, su vehículo un vehículo del empleador otro vehículo Número de placa (si lo sabe): _____
Si su vehículo estuvo involucrado, indique el nombre y dirección de su asegurador: _____
10. ¿Ha notificado la lesión/enfermedad a su empleador (o supervisor)? Sí No En caso afirmativo, la notificación fue remitida a: _____ en forma: verbal escrita Fecha de notificación: ____/____/____
mes / día / año
11. ¿Hubo algún testigo de la lesión? Sí No Desconocido En caso afirmativo, indique los nombres: _____

E. REGRESO AL TRABAJO

1. ¿Dejó usted de trabajar debido a la lesión/enfermedad? Sí No En caso afirmativo, ¿en qué fecha? ____/____/____
mes / día / año
En caso negativo, pase a la Sección F.
2. ¿Ha regresado al trabajo? Sí No En caso afirmativo, ¿en qué fecha? ____/____/____ tareas normales tareas restringidas
mes / día / año
3. Si ha regresado al trabajo, ¿para quién trabaja usted ahora? Mismo empleador Nuevo empleador Independiente
4. ¿Cuál es su salario antes de impuestos por período de pago? _____ ¿Con qué frecuencia se le paga? _____

F. TRATAMIENTO MÉDICO POR ESTA LESIÓN O ENFERMEDAD

1. ¿Cuál fue la fecha de su primer tratamiento? ____/____/____ No recibí tratamiento (pase a la pregunta F-5)
mes / día / año
2. ¿Recibió tratamiento en el lugar de la lesión? Sí No
3. ¿En dónde se le prestó el primer tratamiento médico por su lesión/enfermedad? Ninguno Sala de emergencias
 Consultorio del doctor Clínica/Hospital/Servicio de emergencia Internamiento hospitalario por más de 24 horas
Nombre y dirección del lugar en el que le prestó el primer tratamiento médico: _____
Nº de teléfono: (____) _____
4. ¿Aún está bajo tratamiento por esta lesión/enfermedad? Sí No
Indique el nombre y dirección del/los doctor(es) que lo atiende(n) por esta lesión/enfermedad: _____
Nº de teléfono: (____) _____
5. ¿Recuerda alguna otra lesión en la misma parte del cuerpo o una enfermedad similar? Sí No
En caso afirmativo, lo atendió un doctor? Sí No En caso afirmativo, indique los nombres y direcciones del/los doctor/es que lo atendieron y **PRESENTE EL FORMULARIO C-3.3 JUNTO CON ESTE FORMULARIO:** _____
6. ¿La lesión/enfermedad anterior estuvo relacionada con el trabajo? Sí No
En caso afirmativo, ¿trabajaba usted para el mismo empleador que ahora? Sí No

Por la presente realizo una reclamación de beneficios conforme a lo dispuesto en la Ley de Compensación obrera. Con mi firma declaro que la información que aquí suministro es verdadera y exacta a mi mejor saber y entender.

Toda persona que con conocimiento y INTENCIÓN DE COMETER FRAUDE presente, haga presentar o prepare información que contenga FALSEDADES u omisiones de hechos materiales sabiendo o creyendo que será presentada a un asegurador o auto asegurador o que será presentada por éste SERÁ CULPABLE DE DELITO y estará sujeto a MULTAS SUSTANCIALES Y ENCARCELAMIENTO.

Firma del empleado: _____ Nombre: _____ Fecha: ____/____/____

En representación del empleado: _____ Nombre: _____ Fecha: ____/____/____

Un tercero podrá firmar en nombre y representación del empleado únicamente si está legalmente autorizado para hacerlo y el empleado es un menor, es mentalmente incompetente o está incapacitado.

Certifico que según mi leal saber y entender, conocimiento y convicción, formado en respuesta a una pregunta realizada dentro de circunstancias razonables, que las declaraciones y otros hechos fácticos afirmados arriba tienen evidencia probatoria, o tendrán evidencia probatoria resultante de alguna oportunidad razonable de indagación o descubrimiento.

Firma del Abogado / Representante: _____ Fecha: ____/____/____

Escriba el Nombre: _____ Título: _____

Identificación, si tiene: R _____ Si el representante es acreditado, No. de licencia: _____ Fecha de Caducidad: ____/____/____



**Limited Release of Health Information
(HIPAA)
State of New York - Workers' Compensation Board**

C-3.3

WCB Case No. (if you know it): _____

To Claimant: If you received treatment for a *previous* injury to the same body part or for an illness similar to the one described in your current Claim, fill out this form. This form allows the health care providers you list below to release health care information about your previous injury/illness to your employer's workers' compensation insurer. The federal HIPAA law (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996) says you have a right to get a copy of this form. If you do not understand this form, talk to your legal representative. If you do not have a legal representative, the Advocate for Injured Workers at the Workers' Compensation Board can help you. Call: 800-580-6665.

To Health Care Provider: A **copy** of this HIPAA-compliant release allows you to disclose health information. If you send records to the employer's workers' compensation insurer in response to this release, also mail copies to the Claimant's legal representative. (If no legal representative is listed below, send copies to the Claimant.) Health care providers who release records must follow New York state law and HIPAA.

This release is:

- **Voluntary.** Your health care provider(s) must give you the same care, payment terms, and benefits, whether you sign this form or not.
- **Limited.** It gives your health care provider(s) permission to release only those health records that are related to the previous illness/condition you describe below.
- **Temporary.** It ends when your current claim for compensation is established or disallowed and all appeals are exhausted.
- **Revocable.** You can cancel this release at any time. To cancel, send a letter to the health care provider(s) listed on this form. Also, send a copy of your letter to your employer's workers' compensation insurer and the Workers' Compensation Board. *Note: You may not cancel this release with respect to medical records already provided.*
- **For records only.** It gives your health care provider(s) listed on this form permission to send copies of your health care records to your employer's workers' compensation insurer.

This form does NOT allow your health care provider(s) to release the following types of information:

- **HIV-related information**
- **Psychotherapy notes**
- **Alcohol/Drug treatment**
- **Mental Health treatment** (unless you check below)
- **Verbal information** (your health care providers may not discuss your health care information with anyone)

Any medical records released will become part of your workers' compensation file and are confidential under the Workers' Compensation Law.

A. YOUR INFORMATION (Claimant)

1. Name: _____ 2. Social Security Number: _____ - _____ - _____
3. Mailing Address: _____
4. Date of Birth: ____ / ____ / ____ 5. Date of the current injury/illness: ____ / ____ / ____
6. Current injury/illness, including all body parts injured: _____

7. Your legal representative's name and address (if any): _____

Check here if you allow your health care provider(s) to release **mental health care** information.

B. YOUR HEALTH CARE PROVIDER(S) (List all health care providers who treated you for a *previous* injury to the same body part or similar illness. If more than 2 providers attach their contact information to this form.)

1. Provider: _____ 2. Phone Number: (____) _____
3. Mailing Address: _____
4. Other provider (if any): _____ 5. Phone Number: (____) _____
6. Mailing Address: _____

C. READ AND SIGN BELOW. I hereby request that the health care provider(s) listed above give my employer's workers' compensation insurer copies of all health records related to any previous injury/illness, to all body parts, described above.

Claimant's signature (ink only -- use blue ballpoint pen, if possible.) Date

If the claimant is unable to sign, the person signing on his/her behalf must fill out and sign below:

Your name Relationship to Claimant Signature (ink only -- use blue ballpoint pen, if possible.) Date

Instrucciones para completar el Formulario C-3, "Reclamación de indemnización del empleado"

Complete este formulario y envíelo a la oficina de distrito (DO, por sus siglas en inglés) de su zona de la Junta de Compensación Obrera para solicitar los beneficios de indemnización para trabajadores. Las direcciones aparecen al final de estas instrucciones. Si necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con la Junta de Compensación Obrera al **1-877-632-4996**. **También podrá completar este formulario en Internet en: <http://www.wcb.state.ny.us/>**

Si no tiene número de caso de la Junta de Compensación Obrera o no lo sabe, deje este campo sin completar. No es necesario para tramitar su reclamación. No olvide escribir su nombre y la fecha cuando ocurrió la lesión o enfermedad en la parte superior de la segunda página.

Sección A. Información personal del empleado:

- Punto 1:** Escriba su nombre completo (primer y segundo nombre y apellido).
- Punto 2:** Escriba su fecha de nacimiento en el siguiente orden: mes/día/año. El año deberá tener cuatro cifras.
- Punto 3:** Escriba su dirección postal. Incluya su casilla postal (PO Box), si corresponde, ciudad o pueblo, estado y código postal.
- Punto 4:** Escriba su número de seguro social. Esto es muy importante para que su reclamación se tramite más rápido.
- Punto 5:** Indique su número de teléfono principal con el código de la zona. Aquí podrá poner el número de su teléfono celular.
- Punto 6:** Indique su sexo (masculino o femenino).
- Punto 7:** Marque 'Sí' si habla y entiende inglés. Si no es así, entonces marque 'No' e indique qué idioma habla.

Sección B. Información de su/s empleador/es:

- Punto 1:** Indique quién era su empleador cuando se lesionó o se enfermó.
- Punto 2:** Escriba el número de teléfono de este empleador, ya sea su teléfono principal o el de su supervisor.
- Punto 3:** Escriba la dirección postal de su empleador. Incluya la casilla postal (PO Box), si corresponde, ciudad o pueblo, estado y código postal.
- Punto 4:** Indique fecha fué contratado por este patrono.
- Punto 5:** Escriba el nombre de su supervisor directo, la persona de quien depende usted habitualmente.
- Punto 6:** Si tiene más de un trabajo, indique los nombres y las direcciones de los demás empleadores para quienes trabaja usted además de los datos del empleo donde sufrió la lesión. Si necesita más espacio, use una hoja aparte.
- Punto 7:** Marque 'Sí' en caso de haber perdido horas de trabajo en otro empleo con motivo de su lesión o enfermedad; de lo contrario, marque 'No'.

Sección C. Descripción de su trabajo cuando ocurrió la lesión o enfermedad:

- Punto 1:** Indique su puesto de trabajo actual o describa sus funciones (por ej.: empleado de almacén).
- Punto 2:** Indique las tareas típicas que realiza en este trabajo (por ej.: mantener inventarios, descargar camiones, etc.).
- Punto 3:** Marque el tipo de trabajo que tenía.
- Punto 4:** Escriba su salario bruto (antes de impuestos) por período de pago.
- Punto 5:** Indique cada cuánto le pagaban el sueldo (semanal, quincenalmente, etc.).
- Punto 6:** Indique si le pagaban propinas o el alojamiento además del sueldo habitual. Si se los pagaban, descríbalos.

Sección D. Su lesión o enfermedad:

- Punto 1:** Escriba la fecha en que se lesionó o notó que estaba enfermo. Escriba la fecha en el siguiente orden: mes/día/año . El año deberá tener cuatro cifras. Si padece una afección o enfermedad laboral, ignore el punto 2.
- Punto 2:** Escriba la hora en que se produjo la lesión. Marque si fue por la mañana o por la tarde.
- Punto 3:** Indique el lugar en el que ocurrió la lesión o enfermedad; incluya la dirección del edificio y el lugar físico dentro de éste en el que se produjo la lesión o enfermedad.
- Punto 4:** Marque si era su lugar de trabajo habitual. En caso contrario, explique por qué estaba ahí.
- Punto 5:** Describa detalladamente qué estaba haciendo cuando se lesionó o se enfermó (por ej.: descargaba a mano cajas del camión). Esta información explica los acontecimientos que precedieron a la lesión.
- Punto 6:** Describa detalladamente cómo se lesionó o se enfermó (por ej.: estaba sacando cajas pesadas de un camión). Aquí deberá mencionar a todas las personas y acontecimientos relacionados con la lesión o enfermedad.
- Punto 7:** Indique detalladamente el tipo de lesión o enfermedad y su importancia e incluya las partes del cuerpo lesionadas. Sea lo más preciso posible. (Por ej.: Me dañé la espalda cuando trataba de levantar una caja pesada. Ahora siento dolor cuando me inclino o sostengo objetos aún más livianos).
- Punto 8:** Indique si hubo algún objeto implicado en el accidente EXCLUYENDO los vehículos autorizados. Esos objetos pueden ser una herramienta (por ej.: un martillo), una sustancia química (por ej.: ácido), máquinas (por ej.: un elevador de horquilla o una prensa taladradora), etc.
- Punto 9:** Indique si hubo un vehículo autorizado implicado en el accidente. Si lo hubo, marque si éste era suyo, de su empleador o de un tercero. Incluya número de tablilla [si lo sabe]. Si su vehículo estuvo implicado, escriba el nombre y la dirección de su compañía de seguros contra terceros.
- Punto 10:** Marque si informó a su empleador o supervisor de la lesión o enfermedad. Si lo hizo, indique quién se ocupó de la notificación y si lo hizo oralmente o por escrito. Mencione la fecha en que se realizó la notificación.
- Punto 11:** Marque si alguien vio cómo se produjo la lesión. Si alguien la presencié, escriba el nombre de esa/s persona/s.

Sección E. Regreso al trabajo:

- Punto 1:** Si dejó de trabajar como consecuencia de su lesión o enfermedad laboral, marque 'Sí' e indique la fecha en que dejó de hacerlo. Si sigue trabajando, marque 'No' y pase a la próxima sección.

Sección E. Regreso al trabajo (continuación):

- Punto 2:** Si ya regresó al trabajo, marque 'Sí'. También indique la fecha en que comenzó nuevamente a trabajar y si retomó sus Tareas Habituales o si realiza Tareas Limitadas o Restringidas. (Si no ha retomado todas las tareas que solía realizar antes de la lesión o enfermedad, entonces realiza Tareas Limitadas).
- Punto 3:** Si se ha reincorporado a su trabajo, indique para quién trabaja ahora.
- Punto 4:** Escriba su salario bruto (antes de impuestos) por período de pago por el trabajo que realiza ahora. Indique cada cuánto le pagan a usted el sueldo (semanal, quincenalmente, etc.).

Sección F. Tratamiento médico por esta lesión o enfermedad:

- Punto 1:** Si no recibió ningún tratamiento médico por esta lesión o enfermedad, marque 'No recibí tratamiento' y pase al punto 5. De lo contrario, escriba la fecha en que recibió tratamiento por primera vez por esta lesión o enfermedad y complete los demás puntos de esta sección.
- Punto 2:** Marque si el primer tratamiento que recibió por esta lesión o enfermedad fue en el trabajo.
- Punto 3:** Marque el lugar en el que recibió tratamiento médico por primera vez fuera del trabajo por esta lesión o enfermedad. Indique el nombre, la dirección y el teléfono (con el código de la zona) del centro médico.
- Punto 4:** Si todavía sigue recibiendo tratamiento médico por esta misma lesión o enfermedad, marque 'Sí' e indique el nombre, la dirección y el teléfono (con el código de la zona) del/de los médico/s que le atienden; de lo contrario, marque 'No'.
- Punto 5:** Si cree que ya tenía una lesión en la misma parte del cuerpo o una enfermedad similar, marque 'Sí' e indique si le atendió un médico por esta enfermedad o lesión. Si lo hizo, indique el nombre y la dirección del/de los médico/s que le atendieron y **complete y envíe el formulario C-3.3 junto con éste.**
- Punto 6:** Si tenía una lesión o enfermedad anterior, marque si era laboral. Si lo era, marque si la lesión o enfermedad ocurrió mientras trabajaba para el empleador actual.

Firme el Formulario C-3 en el espacio para la "Firma del Empleado" en la página 2, imprima su nombre y escriba la fecha en la que firma el formulario. Si alguna tercera persona está firmando a nombre del empleado, esa persona debe firmar en la segunda línea para las firmas. Si tiene representación legal, su representante debe llenar y firmar la sección de certificación para abogados/representantes al final de la página 2.

LO QUE TODO TRABAJADOR DEBE HACER EN CASO DE LESIÓN O ENFERMEDAD OCUPACIONAL:

1. Avisar inmediatamente a su patrono ó a su supervisor cuando, donde y como sufrió la lesión.
2. Obtener atención médica inmediatamente.
3. Pedirle a su médico que presente informes a la Junta y a su patrono, ó a la compañía de seguros.
4. Llenar esta forma de reclamación para compensación y enviarla a la oficina mas cercana de la Junta de Compensación. (vease abajo.) El no presentar reclamación dentro de dos años a partir de la fecha de la lesión puede ser motivo de que se le rechace la reclamación. Si necesita que le ayuden a llenar esta forma, llame por telefono o vaya a la oficina mas cercana de la Junta de Compensación Obrera.
5. Acudir a todas las audiencias cuando se le notifique que comparezca.
6. Volver a su trabajo lo mas pronto que le sea posible; la compensación nunca es tan alta como su sueldo.

SUS DERECHOS:

1. Por lo general usted tiene derecho a ser atendido por el médico de su preferencia, siempre y cuando esté autorizado por la Junta. Si su patrono está participando en un acuerdo de organización de proveedores con preferencia (P.P.O.) su tratamiento inicial deberá obtenerlo de la entidad que su patrono haya designado para proveer cuidado médico para lesiones relacionadas con la compensación obrera.
2. NO PAGUE NADA a su médico ni al hospital. Esas facturas serán pagadas por la compañía de seguros si su caso no ha sido cuestionado. Si el caso es disputado, su médico y el hospital deberán esperar hasta que la Junta decida el caso. Si usted dejara de proseguir su caso o si la Junta fallara en su contra, le corresponde pagar a su médico y al hospital.
3. También tiene usted derecho a ser reembolsado por gastos de medicamentos, muletas o cualquier aparato apropiadamente prescrito por su médico y por transportación u otros gastos necesarios para visitar el consultorio de su médico ó el hospital. (Obtenga comprobantes de esos gastos.)
4. Usted tiene derecho a compensación si su lesión le deja impedido de trabajar por mas de siete días, o le obliga a trabajar a sueldo mas bajo ó resulta con incapacidad permanente en alguna parte de su cuerpo.
5. La compensación es pagadera directamente y sin tener que esperar la decisión, excepto cuando se cuestione la reclamación.
6. Los empleados lesionados o las personas a cargo de un empleado fallecido podrán representarse a sí mismos ante la Junta o contratar a un abogado o representante autorizado para que los represente. Si contrataran a un abogado o representante autorizado, los honorarios por sus servicios quedarán a consideración de la Junta. Si ésta los aprueba, el empleador o la compañía de seguros se los pagará, deduciéndolos de los beneficios de compensación que haya que pagarle. Los empleados lesionados o las personas a cargo de un empleado fallecido no deben pagar nada directamente al abogado o representante autorizado que los represente en un caso de indemnización.
7. Si necesita ayuda para volver al trabajo, ó si tiene problemas familiares o economicos por motivo de su lesión, comuníquese con la oficina de la Junta de Compensación Obrera que le quede mas cerca y pida una reunión con un consejero de rehabilitación o con un trabajador social.

Para presentar este formulario, deberá enviarlo directamente a la oficina de distrito (DO) de la Junta de Compensación Obrera que corresponda a la dirección que se menciona a continuación:

Albany DO: 100 Broadway-Menands, Albany NY 12241 866-750-5157 (para accidentes en los siguientes condados: Albany, Clinton, Columbia, Dutchess, Essex, Franklin, Fulton, Greene, Hamilton, Montgomery, Rensselaer, Saratoga, Schenectady, Schoharie, Ulster, Warren y Washington).

Binghamton DO: State Office Building, 44 Hawley Street, Binghamton NY 13901 866-802-3604 (para accidentes en los siguientes condados: Broome, Chemung, Chenango, Cortland, Delaware, Otsego, Schuyler, Sullivan, Tioga y Tompkins).

Buffalo DO: 369 Franklin Street, Buffalo NY 14202 866-211-0645 (para accidentes en los siguientes condados: Cattaraugus, Chautauqua, Erie y Niagara).

Rochester DO - 130 Main Street West, Rochester NY 14614 866-211-0644 (para accidentes en los siguientes condados: Allegany, Genesee, Livingston, Monroe, Ontario, Orleans, Seneca, Steuben, Wayne, Wyoming y Yates).

Syracuse DO: 935 James Street, Syracuse NY 13203 866-802-3730 (para accidentes en los siguientes condados: Cayuga, Herkimer, Jefferson, Lewis, Madison, Oneida, Onondaga, Oswego y St. Lawrence).

Central de correo para la zona sur del Estado: PO Box 5205, Binghamton NY, 13902-5205 para todos los DO en NYC 800-877-1373; en Hempstead 866-805-3630; en Hauppauge 866-681-5354; en Peekskill 866-746-0552 (para accidentes en los siguientes condados: Bronx, Kings, Nassau, New York, Orange, Putnam, Queens, Richmond, Rockland, Suffolk y Westchester).