

DECLARACION DE DERECHOS - LEY DE BENEFICIOS POR INCAPACIDAD

SI USTED NO PUEDE TRABAJAR A CAUSA DE ENFERMEDAD O LESION NO RELACIONADA CON EL TRABAJO PUEDE TENER DERECHO A BENEFICIOS POR INCAPACIDAD

1. Su patrono está obligado por ley a proveer pagos de Beneficios por Incapacidad a sus empleados.
2. Beneficios por Incapacidad establecidos por ley son pagados por cualquier lesión o enfermedad no relacionada con el trabajo (incluyendo incapacidad debida a embarazo) comenzando a partir del octavo día consecutivo de incapacidad. Los beneficios son pagados por 26 semanas. Los pagos de beneficios por incapacidad se basan en el promedio de su sueldo semanal durante las ocho semanas inmediatamente anteriores a su incapacidad y están limitados al máximo permitido por ley el día inicial de su incapacidad. Su patrono ó unión podran proveer en un plan o en un convenio beneficios diferentes que sean al menos tan favorables como los establecidos por ley.
3. PARA RECLAMAR BENEFICIOS usted deberá radicar una notificación y prueba de incapacidad (Formulario DB450) con su patrono ó con la compañía de seguros nombrada abajo dentro del plazo de 30 días desde el primer día de incapacidad o toda o parte de su reclamación podra ser rechazada. Bajo ninguna circunstancia usted debe esperar mas de 26 semanas desde esa fecha para radicar su reclamación. El formulario DB-450 lo puede conseguir a traves de su patrono, la compañía de seguros, el proveedor de servicios médicos o cualquier oficina de la Junta de Compensación Obrera. (Direcciones y telefonos mas abajo). **No asuma que su patrono ha radicado la reclamación por usted. La radicación de la reclamación es su responsabilidad.**
4. Usted tiene el derecho de ser atendido por cualquier médico, quiropractico, dentista, enfermera-partera, podiatra, o psicologo que usted seleccione. Contrario a como ocurre en compensación obrera sus cuentas médicas **no** serán pagadas por su patrono o su compañía de seguros a menos que el patrono y o la unión lo hayan dispuesto mediante un plan de beneficios o convenio.
5. Los beneficios por incapacidad le serán pagados a usted **directamente** por la compañía de seguros, **no a traves de su patrono**, salvo en los casos en que su patrono sea aprobado como auto asegurado.
6. Si su patrono ó la compañía de seguros reclama que usted no tiene derecho al pago de Beneficios por Incapacidad ellos tienen la obligación de enviarle un Aviso de Rechazo, dentro de los 45 días siguientes a la radicación de su reclamación, explicandole las razones para no pagar los beneficios. Si usted no está de acuerdo con el rechazo, **tiene el derecho** de solicitar una revisión del mismo por la Junta de Compensación Obrera. **IMPORTANTE:** Si dentro del término de 45 días de haber radicado su reclamación no recibe los beneficios ni tampoco recibe un Aviso de Rechazo (Formulario DB-451), comuníquese inmediatamente con cualquier oficina de la Junta de Compensación Obrera.
7. **Si su incapacidad es el resultado de un accidente automovilístico** y usted ha radicado una reclamación para beneficios por 'no-fault' también deberá radicar una reclamación (Formulario DB-450) para beneficios por incapacidad. **Si no radica reclamación para beneficios por incapacidad, la compañía de seguro podria reducir los pagos 'no fault' que le correspondan. IMPORTANTE:** en estos casos, si no tiene derecho a beneficios por incapacidad, avise inmediatamente a la compañía de seguros.
8. Su patrono no puede pedirle que renuncie a su derecho de recibir beneficios por incapacidad ni tampoco puede descontar mas de 60 centavos semanales (a menos que la contribución adicional sea parte de un acuerdo) de su paga para contribuir al pago de las primas de seguro para los beneficios por incapacidad. **Usted no puede ser despedido ni discriminado por radicar una reclamación de beneficios por incapacidad.**

SI TIENE DIFICULTAD EN CONSEGUIR UN FORMULARIO DE RECLAMACIÓN O NECESITA AYUDA PARA LLENARLO, O TIENE CUALQUIER OTRO PROBLEMA ACERCA DE UNA LESION O ENFERMEDAD NO RELACIONADA CON EL TRABAJO COMUNIQUESE CON CUALQUIER OFICINA DE LA JUNTA DE COMPENSACIÓN OBRERA.

Este es un breve resumen de sus derechos como lo requiere la Sección 229 de la Ley de Beneficios por Incapacidad. La compañía de seguro de su patrono para beneficios por incapacidad es:

(Insert Name and Address of DB Insurance Carrier)

100 Broadway Menands (866) 750-5157	State Office Building 44 Hawley Street (866) 802-3604	111 Livingston St. 22nd Floor (800) 877-1373	107 Delaware Ave. (866) 211-0645	220 Rabro Drive Suite 100 (866) 681-5354	175 Fulton Avenue (866) 805-3630	215 W. 125th Street 3rd Floor (800) 877-1373	41 North Division St. 3rd Floor (866) 746-0552	168-46 91st Ave. 3rd Floor (800) 877-1373	130 Main Street W. (866) 211-0644	935 James St. 13203 (866) 802-3730
-------------------------------------------	-------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------------------------	------------------------------------------------------	-------------------------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------------