

Lista de verificación para solicitar los beneficios por discapacidad de Nueva York (NY DBL)

Antes de solicitar NY DBL

- Entienda sus derechos. Revise el formulario DB271S - Declaración de derechos (adjunto)**
- Informe a su empleador lo antes posible.** Su empleador también debe darle una declaración de derechos (DB271S) en el plazo de 5 días. Su condición médica también podría estar cubierta según otros programas que su empleador administra u ofrece (por ejemplo, FMLA, STD dado por el empleador, licencia por enfermedad con goce de salario, etc.). Entienda todas sus opciones de licencia antes de presentar la solicitud.

Prepare la documentación del reclamo

Formulario DB450: El formulario de reclamo DB450 es un formulario de 3 partes desarrollado por la Junta de Compensación de los Trabajadores. La **Parte A** la completa usted, la **Parte B**, el proveedor de atención directa y la **Parte C**, su empleador actual o anterior. **Asegúrese de que las 3 secciones estén completas en su totalidad. Todas las secciones deben estar firmadas y fechadas por la parte respectiva. Escriba claramente en letra de molde - los paquetes de reclamos incompletos o ilegibles pueden tener como consecuencia retrasos en el procesamiento. Usted debe guardar copias de todos los documentos para sus registros.**

- Complete la Parte A - Declaración del reclamante.** Firme y feche el formulario después de haber dejado de trabajar. Consulte nuestra guía DB450 si necesita más ayuda para completar esta sección del formulario.
- Su proveedor de atención médica (HCP) completa la Parte B - Declaración del proveedor de atención médica.** La Parte B debe completarse en o después de su primer día de discapacidad y devolvérsela a usted en el plazo de siete (7) días.
Nota: Los siguientes HCP están autorizados para certificar beneficios por discapacidad: médico, dentista, quiropráctico, podólogo, psicólogo y enfermera partera. El motivo más frecuente para un retraso en el pago de beneficios es no completar toda la Parte B. No dar las fechas en la pregunta 7 o usar términos como “no se sabe o por determinar (TDB)” puede retrasar nuestra capacidad de tomar una determinación sobre el reclamo. Para condiciones relacionadas con el embarazo, el HCP debe especificar la fecha y el tipo de parto (si lo sabe), y cualquier complicación que pueda extender el período de discapacidad.
- El empleador completa la Parte C - Declaración del empleador.** Su empleador debe devolverle la declaración del empleador completada en el plazo de 3 días hábiles y conservar una copia para sus archivos. Si usted tiene más de un empleador en Nueva York, es necesario que cada empleador complete una declaración del empleador y debe incluirlas en su presentación del reclamo. Si su empleador no le devuelve el formulario completo en el plazo de 3 días hábiles, incluya los talones de pago de las 8 semanas más recientes en la presentación de su reclamo.

Complemento del formulario DB450: También se incluye en el paquete que debe completar un **Complemento del DB450 de ShelterPoint**, que contiene 2 partes; **Parte 1** (que la debe completar usted con respecto a las preferencias de pago de beneficios) y **Parte 2** (que la debe completar su empleador, con respecto a la tributación). **Asegúrese de que ambas secciones estén completadas en su totalidad.**

Envíe el paquete de reclamo completo en el plazo de 30 días después de su primer día de licencia.

Los formularios no deben completarse/enviarse antes del primer día de licencia. Los reclamos completos para los beneficios de NY DBL y las actualizaciones de los reclamos existentes se pueden enviar a ShelterPoint por cualquiera de los métodos mencionados abajo (elija uno; no los envíe por varios métodos). Si envía información actualizada sobre un reclamo existente, incluya siempre su número de reclamo y su nombre y apellido en cualquier correspondencia enviada.

Correo electrónico: claimforms@shelterpoint.com

Fax: 516-504-6414

Correo: ShelterPoint Life, Attn: Claims Department, 1225 Franklin Avenue, Suite 475, Garden City NY 11530

Qué puede esperar después de enviar el reclamo y de que se le haya asignado el número de reclamo:

A los pocos días hábiles de recibir su paquete de reclamo, lo revisaremos para verificar que esté completo. Si falta alguna información, nos comunicaremos con usted por teléfono o por escrito. Es su responsabilidad dar la información solicitada para que podamos tomar una decisión sobre su reclamo.

Si aprobamos su reclamo, puede esperar recibir pagos de beneficios cada quince días (cada dos semanas), siempre que la información permanezca actualizada (y los beneficios disponibles no se hayan agotado). En algunas situaciones, es posible que se le paguen beneficios a su empleador si los salarios continuaron durante el período de licencia mediante un programa de continuación de sueldo o por el uso de tiempo de licencia por enfermedad acumulado. Si recibimos nueva información que necesite revisión, el pago puede retrasarse mientras su reclamo está en el proceso de revisión. Los pagos pueden variar en duración/cantidad dependiendo de factores específicos, por ejemplo, la cantidad de licencia disponible, cuándo se emitió su último pago y hasta qué fechas de licencia.

Si recibe una denegación de beneficios de ShelterPoint, usted tiene derecho a solicitar a ShelterPoint o la Junta de Compensación de los Trabajadores una revisión de la decisión. Si tiene más información que pueda cambiar nuestra decisión, envíe la información de inmediato para nuestra revisión. Incluya su número de reclamo de ShelterPoint y su nombre y apellido en cualquier correspondencia que envíe.

Si no puede trabajar debido a una enfermedad o lesión no ocupacional, puede que tenga derecho a beneficios por discapacidad.

1. Puede que tenga derecho a beneficios por discapacidad legales por una lesión o enfermedad que no esté relacionada con el empleo (incluyendo discapacidad debido a embarazo) a partir del octavo día consecutivo de la discapacidad. Los beneficios por discapacidad se le pagan **directamente a usted** de parte de la aseguradora del empleador, **no** a través del empleador, a menos que su empleador sea un autoasegurado aprobado. Puede tomar hasta 26 semanas de discapacidad al 50% de su salario semanal promedio, con un límite de \$170 por semana. En general, su salario semanal promedio es el promedio de las últimas ocho semanas de su paga antes de comenzar la discapacidad. Su empleador o sindicato podría proporcionar beneficios diferentes, al menos igual de favorables que los legales, bajo un plan o acuerdo de beneficios por discapacidad aprobado.
2. Si también toma un Permiso Familiar Pagado, su total combinado de licencia por discapacidad y Permiso Familiar Pagado en cualquier período consecutivo de 52 semanas no podrá exceder las 26 semanas. No puede tomar un Permiso Familiar Pagado y una licencia por discapacidad al mismo tiempo.
3. Puede ser tratado por cualquier médico, podólogo, quiropráctico, dentista, enfermera partera o psicólogo que pueda certificar su discapacidad. Sus facturas médicas no están cubiertas, a menos que su empleador y/o sindicato estipule el pago de facturas médicas bajo un plan o acuerdo de beneficios por discapacidad aprobado.
4. Su empleador **no** podrá pedirle que renuncie a su derecho a beneficios por discapacidad. Los empleadores podrán cobrar una contribución máxima de 60 centavos/semana para compensar la prima de seguro (a menos que la contribución adicional sea parte de un plan aprobado). **No puede ser discriminado ni se podrán tomar represalias en su contra por tomar beneficios por discapacidad.**
5. Si su reclamo es rechazado, su empleador o la aseguradora de su empleador deberá enviarle una **Notificación de Rechazo (Formulario DB-451)**, dentro de los **45 días** de la presentación de su reclamo, con la(s) razón(es) por la(s) cual(es) su beneficio no se pagará. Si está en desacuerdo, tiene el derecho a solicitar una revisión por parte de la Junta de Compensación Obrera del Estado de Nueva York (la Junta), que podrá solicitar por escrito a la Junta en la dirección que figura en la parte inferior derecha.

IMPORTANTE: Si dentro de los **45 días** de presentar su reclamo, no recibe beneficios y no recibe un **Formulario DB-451**, contacte rápidamente a la Junta al **(877) 632-4996**.

Para presentar un reclamo:

1. Obtenga una **Notificación y prueba de reclamo por beneficios por discapacidad (Formulario DB-450)**, ya sea de parte de la Junta en wcb.ny.gov, o de su empleador, la aseguradora de su empleador o su proveedor de atención médica.
2. Siga las instrucciones para completar/presentar el formulario, que incluye una sección que su proveedor de atención médica deberá completar.
3. Presente el formulario dentro de los **30 días** de su primer día de discapacidad. Si su reclamo no se paga prontamente, contacte a su empleador o a su aseguradora. Si hace una presentación tardía, podrá no recibir pago por ningún período de discapacidad que exceda las dos semanas anteriores a la fecha en que hizo la presentación. Las presentaciones tardías podrán ser excusadas si puede demostrar que no fue razonablemente posible presentar antes. No se pagarán beneficios si presenta más de **26 semanas** luego de comenzada su discapacidad o luego de volver al empleo.

No asuma que su empleador ha presentado un reclamo en su nombre; presentar un reclamo es su responsabilidad.

Nota: Si su discapacidad es el resultado de un accidente de automóvil, y ha presentado un reclamo por beneficios sin atribución de culpa, **debe** también presentar un **Formulario DB-450** por beneficios por discapacidad. Si no presenta para beneficios por discapacidad, la aseguradora sin atribución de culpa podría reducir sus pagos sin atribución de culpa.

IMPORTANTE: En dichos casos, si usted no tiene derecho a beneficios por discapacidad, informe de inmediato a la aseguradora sin atribución de culpa.

PARA AYUDA PARA OBTENER UN FORMULARIO DE RECLAMO O COMPLETARLO, U OTRAS PREGUNTAS ACERCA DE BENEFICIOS PARA SU LESIÓN O ENFERMEDAD NO RELACIONADA CON EL EMPLEO, POR FAVOR LLAME AL (877) 632-4996. UN REPRESENTANTE DE LA JUNTA LO AYUDARÁ

Esta información es una presentación simplificada de sus derechos según lo requiere el Artículo 229 de la Ley de beneficios de Licencia Familiar Paga y Discapacidad. La aseguradora de beneficios Permiso Familiar Pago de su empleador es:

PRESCRITO POR EL PRESIDENTE,
JUNTA DE COMPENSACIÓN OBRERA
Oficina de Beneficios por Discapacidad
de la Junta de Compensación Obrera del
Estado de Nueva York
PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029

WCB.NY.GOV

Cómo solicitar los beneficios por discapacidad

No envíe este formulario antes de su primera fecha de discapacidad. Debe enviar su formulario de reclamo completo en el plazo de **30 días calendario de su primer día de discapacidad** para evitar perder los beneficios. Guarde una copia de todos los formularios y documentación para sus registros.

1. Si está usando este formulario porque quedó discapacitado **mientras estaba empleado** o quedó discapacitado **en el plazo de cuatro (4) semanas después de la terminación del empleo**, su reclamo completo debe enviarse a su empleador o a la aseguradora de su último empleador. Puede buscar la compañía de seguros por discapacidad de su empleador en el sitio web de la Junta de Compensación de los Trabajadores, www.wcb.ny.gov, usando Employer Coverage Search (Búsqueda de cobertura del empleador).
2. Si está usando este formulario porque quedó **discapacitado después de haber estado desempleado durante más de cuatro (4) semanas después de la terminación del empleo**, DEBE enviar su reclamo completo por correo a: **Workers' Compensation Board, Disability Benefits Bureau, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029**. Si respondió "Sí" a la pregunta 13.B.4., complete y adjunte el formulario DB-450.1.

Nota: Este formulario tiene una sección que su proveedor de atención médica debe completar y una sección que debe completar su empleador. Antes de entregar el formulario a su empleador, complete su sección y guarde una copia.

- El proveedor de atención médica debe devolverle el formulario con la Parte B completada en un plazo de siete días. Si hay un retraso, debe esperar para enviar el formulario a su aseguradora. Si la Parte B no está completa (o tiene respuestas incompletas) puede haber retrasos en el pago de los beneficios.
- Su empleador debe devolverle el formulario con la Parte C completada en tres días hábiles. Si hay un retraso, no tiene que esperar para continuar; debe enviar el formulario a su aseguradora. No pueden denegar su solicitud de beneficios por discapacidad únicamente porque su empleador no completó la sección que le corresponde.

Información importante:

Usted recibirá una respuesta en el plazo de 18 días después de su primer día de licencia por discapacidad o cuando el empleador o la aseguradora reciban su reclamo completo, lo que ocurra más tarde. Si rechazan su reclamo, recibirá un Aviso de denegación de reclamo de beneficios por discapacidad (formulario DB-DEN) o un Aviso de rechazo total o parcial de reclamo de beneficios por discapacidad (formulario DB-451). Si recibe un formulario DB-DEN, recibirá un formulario DB-451 con más información en el plazo de 45 días después de su primer día de licencia por discapacidad o cuando el empleador o aseguradora reciban su reclamo completo, lo que ocurra más tarde.

Si no recibe una respuesta en el plazo de 18 días (o el formulario DB-451 en el plazo de 45 días) o si tiene preguntas sobre su reclamo de beneficios por discapacidad, llame a la aseguradora de su empleador. Para obtener información general sobre los beneficios por discapacidad, visite www.wcb.ny.gov o llame a la Oficina de Beneficios por Discapacidad (Disability Benefits Bureau) de la Junta al (877) 632-4996.

Instrucciones para aviso y prueba de reclamo de beneficios por discapacidad (Formulario DB-450)

PARTE A - INFORMACIÓN DEL EMPLEADO (debe completarla el empleado)

Debe responder todas las preguntas de esta parte.

Pregunta 9: Escriba el mejor cálculo del salario semanal bruto promedio. Complete la tabla usando su salario bruto con su último empleador antes de la discapacidad. Si tuvo más de un empleador en las 8 semanas antes de su discapacidad, incluya también toda la información salarial de esos empleadores.

Paso 1: Sume todos los salarios brutos recibidos (antes de cualquier deducción) durante las últimas ocho semanas antes del primer día de discapacidad, incluyendo las horas extras y las propinas ganadas. (Consulte el Paso 3 para obtener instrucciones sobre cómo calcular bonificaciones o comisiones).

Paso 2: Divida los salarios brutos calculados en el Paso uno por ocho (o el número de semanas trabajadas si es menos de ocho) para calcular el salario semanal promedio.

Paso 3: Si recibió bonificaciones o comisiones durante las 52 semanas antes del primer día de discapacidad, agregue la cantidad semanal prorrateada al salario semanal promedio. Para determinar la cantidad semanal prorrateada, sume todos los bonos/comisiones obtenidos en las 52 semanas antes, y después divida entre 52.

PARTE B - DECLARACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA (debe completarla el proveedor de atención médica)

El proveedor de atención médica debe completar esta declaración en su totalidad y devolverla en el plazo de siete días después de la recepción de este formulario.

PARTE C - INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR (debe completarla el empleador)

El empleador debe completarla y devolverla al empleado en tres días hábiles después de recibirla.

Pregunta 6: Si los salarios continuaron durante la discapacidad, especifique cómo se pagaron: mediante la continuación del sueldo, el uso de días libres pagados, licencia por enfermedad, etc.

Pregunta 8: Escriba los salarios ganados por el empleado durante las últimas ocho semanas antes del primer día de discapacidad. La cantidad bruta pagada es el salario semanal bruto del empleado, incluyendo las horas extras y las propinas que obtuvo durante esa semana, más la cantidad prorrateada semanal de cualquier bonificación o comisión que recibió durante las 52 semanas anteriores. (Para conocer los pasos detallados, vea la Pregunta 9 en las instrucciones de la Parte A). Calcule el salario semanal promedio bruto sumando las cantidades brutas pagadas y después divida el total entre ocho (o el número de semanas trabajadas si es menos de ocho).

Número de reclamo: _____

PARTE A: INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE (escriba en letra de molde o a máquina)

1. Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____
 2. Dirección postal (calle y número de apartamento): _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 3. Teléfono durante el día: (____) _____ Dirección de correo electrónico: _____

Descargo de responsabilidad de ShelterPoint: Dando su información de contacto, usted acepta que nos comuniquemos con usted mediante cualquiera de los métodos mencionados.

4. N.º de Seguro Social: ____ - ____ - ____ 5. Fecha de nacimiento: ____/____/____ 6. Sexo: M F X
 7. Describa su discapacidad (si fue una lesión, indique también cómo, cuándo y dónde ocurrió): _____

8. Fecha en la que quedó discapacitado: ____/____/____ ¿Trabajó ese día?: Sí No

¿Se ha recuperado de esa discapacidad?: Sí No Si respondió Sí, fecha en la que pudo reincorporarse al trabajo: ____/____/____

¿Ha trabajado desde entonces por un salario o por ganancias?: Sí No Si respondió Sí, mencione las fechas: _____

9. Nombre del último empleador antes de la discapacidad. Si hubo más de un empleador en las ocho (8) semanas antes, escriba el nombre de todos los empleadores. El salario semanal promedio está basado en todos los salarios ganados en las últimas ocho (8) semanas trabajadas.

ÚLTIMOS EMPLEADORES ANTES DE LA DISCAPACIDAD			PERÍODO DE EMPLEO		Salario semanal promedio (incluye bonificaciones, propinas, comisiones, valor razonable de la pensión completa, alquiler, etc.)
Nombre de la empresa o del negocio	Dirección	Teléfono	Primer día (MM/DD/AAAA)	Último día trabajado (MM/DD/AAAA)	

Abajo escriba los salarios totales ganados en las últimas 8 semanas antes del primer día de discapacidad (incluya los salarios de todos los empleadores mencionados arriba)

Semana n.º	Último día trabajado (MM/DD/AAAA)	No. de días trabajados	Cantidad bruta pagada
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
Salario semanal bruto promedio calculado:			\$ 0.00

10. Mi trabajo es o era: _____ 11. Miembro del sindicato: Sí No Si respondió "Sí": _____
Ocupación Nombre del sindicato o número local

12. ¿Había presentado un reclamo o recibía beneficio por desempleo antes de esta discapacidad? Sí No
 Si **no** había presentado un reclamo o si lo presentó, pero **no** recibió beneficios del seguro por desempleo *después* del ÚLTIMO DÍA TRABAJADO, explique detalladamente los motivos: _____

Si recibió beneficios por desempleo, escriba todos los períodos que cobró: _____

PARTE A - INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE (escriba en letra de molde o a máquina)

13. Para el período de discapacidad cubierto por este reclamo:
- A. ¿Recibe usted sueldo, salario o indemnización por separación del servicio? Sí No
- B. Está recibiendo o hizo un reclamo de:
1. Beneficios por desempleo Sí No
 2. Licencia familiar pagada Sí No
 3. Compensación de los trabajadores por discapacidad relacionada con el trabajo Sí No
 4. Accidente de automóvil sin culpa Sí No o lesiones personales que incluyan a terceros Sí No
 5. Beneficios por discapacidad a largo plazo según la Ley Federal del Seguro Social para esta discapacidad Sí No

SI MARCÓ “SÍ” EN CUALQUIERA DE LOS INCISOS DE LA SECCIÓN 13, COMPLETE LO SIGUIENTE:

Yo: recibí presenté un reclamo de: _____ en el período del: ____/____/____ al: ____/____/____

14. En el año (52 semanas) antes del inicio de su discapacidad, ¿ha recibido usted beneficios por discapacidad en otros períodos de discapacidad? Sí No
Si respondió Sí, pagado por: _____ del: ____/____/____ al: ____/____/____
15. En el año (52 semanas) antes de que comenzara su discapacidad, ¿ha recibido usted licencia familiar pagada? Sí No
Si respondió Sí, pagado por: _____ del: ____/____/____ al: ____/____/____
16. Si quedó discapacitado mientras estaba empleado o en las cuatro semanas posteriores a su último día trabajado, ¿le dio su empleador sus derechos según la Ley de Discapacidad en el plazo de 5 días después de su aviso o solicitud de formularios de discapacidad? Sí No

Por el presente reclamo beneficios por discapacidad y certifico que durante el período cubierto por este reclamo estuve discapacitado. Leí las instrucciones de este formulario y certifico que las declaraciones anteriores, incluyendo las declaraciones adjuntas, son, a mi leal saber y entender, verdaderas y completas.

Firma del reclamante

Fecha

Una persona puede firmar en nombre del reclamante solo si está legalmente autorizada para hacerlo y el reclamante es menor de edad, está mentalmente incompetente o discapacitado. Si firma otra persona que no es el reclamante, escriba en letra de molde la información abajo y complete y presente el formulario OC-110A, Autorización del reclamante para revelar registros de compensación de los trabajadores.

En nombre del reclamante

Dirección

Relación con el reclamante

PARTE B - DECLARACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA (en letra de molde o a máquina)

LA DECLARACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA DEBE COMPLETARSE EN SU TOTALIDAD. EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN DIRECTA DEBE COMPLETARLA Y **DEVOLVERLA AL RECLAMANTE EN EL PLAZO DE SIETE (7) DÍAS DESPUÉS DE RECIBIR ESTE FORMULARIO**. Si la discapacidad es causada o surge en relación con el embarazo, escriba la fecha estimada de parto en el punto 7-e. **LAS RESPUESTAS INCOMPLETAS PUEDEN RETRASAR EL PAGO DE LOS BENEFICIOS.**

1. Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____
2. Sexo: M F X 3. Fecha de nacimiento: ____/____/____
4. Diagnóstico/análisis: _____ Código de diagnóstico: _____
- a. Síntomas del reclamante: _____
- b. Resultados objetivos: _____
5. ¿Está el reclamante hospitalizado? Sí No Del: ____/____/____ Al: ____/____/____
6. ¿Se recomendó hacer una operación? Sí No a. Tipo _____ b. Fecha ____/____/____

7. ESCRIBA LAS FECHAS PARA LO SIGUIENTE	MES	DÍA	AÑO
a. Fecha del primer tratamiento para esta discapacidad			
b. Fecha del tratamiento más reciente para esta discapacidad			
c. Fecha en que el reclamante no pudo trabajar debido a esta discapacidad			
d. Fecha en que el reclamante podrá volver a hacer el trabajo (Incluso si existen dudas importantes, calcule la fecha. Evite el uso de términos como no se sabe o indefinido).			
e. Si está relacionado con el embarazo, marque la casilla y escriba la fecha <input type="checkbox"/> fecha de parto calculada <input type="checkbox"/> fecha de parto real			

8. En su opinión, ¿esta discapacidad es el resultado de una lesión derivada del empleo o de una enfermedad ocupacional?
 Sí No Si la respuesta es “Sí”, ¿se presentó el informe médico ante la Junta? Sí No

Certifico que soy:

(Médico, quiropráctico, dentista, podólogo, psicólogo, enfermera-partera)

Autorizado o certificado en el estado de

Número de licencia

Nombre del proveedor de atención médica en letra de molde

Firma del proveedor de atención médica

Fecha

Dirección del proveedor de atención médica

Teléfono

PARTE C - INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR (debe completarla el empleador)

1. Nombre legal completo y dirección postal de la empresa

Nombre de la empresa _____

Dirección postal _____

Ciudad, estado, código postal _____

País (si no es EE. UU.) _____

2. FEIN del empleador: _____

3. Información de contacto:

Nombre del contacto del empleador para preguntas relacionadas con la discapacidad: _____

Teléfono del contacto del empleador: (____) _____

Dirección de correo electrónico del contacto del empleador: _____

4. ¿Es el empleado miembro de un sindicato que da los beneficios legales por discapacidad? Sí No

*Si respondió Sí, dé el nombre, la dirección y la información de contacto del sindicato. _____

5. Información del empleado:

Función del empleado: Empleado Propietario Socio Cónyuge del empleador Propietario Copropietario

Fecha de contratación del empleado (MM/DD/AAAA): _____

Fecha en que el empleado trabajó por última vez: _____

Fecha en que el empleado se reincorporó al trabajo (si corresponde): _____

6. ¿Continuó recibiendo su salario durante la discapacidad? Sí No

Si respondió Sí, ¿de qué tipo? (PTO, licencia por enfermedad, otros): _____

Si respondió Sí, ¿solicita el empleador el reembolso? Sí No

*El reembolso solo está disponible si el empleador continuó con el sueldo durante la discapacidad o si el empleado usó el tiempo de enfermedad.

7. ¿Está la discapacidad del empleado relacionada con el trabajo? Sí No

8. Escriba el salario bruto del empleado de las últimas 8 semanas inmediatamente antes de la discapacidad a partir de la semana en que comenzó la discapacidad y calcule el salario semanal bruto promedio (incluya bonificaciones, propinas, comisiones, valor razonable de la pensión completa, alquiler, etc. y vea las instrucciones para obtener más información)

Semana n.º	Fecha de finalización de la semana (MM/DD/AAAA)	No. de días trabajados	Cantidad bruta pagada
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
Salario semanal bruto promedio calculado:			\$ 0.00

9. En las 52 semanas anteriores, ha tomado el empleado licencia por:

Discapacidad de NYS PFL Tanto por discapacidad como por PFL Ninguna

Discapacidad: Escriba las fechas específicas de la discapacidad _____

PFL: Escriba las fechas específicas de la PFL _____

10. ¿Está el empleado aún en su empleo? Sí No

Si respondió No, en qué fecha terminó el empleo: _____

11. Si el empleado recibió beneficios por desempleo, fecha en que recibió el beneficio por última vez: _____

Leí y reconozco la información sobre fraude de abajo y afirmo que, a mi leal saber y entender, la información que doy es verdadera y precisa.

Nombre y cargo del empleador: _____

Firma del empleador: _____

Teléfono de contacto del empleador: _____

Fecha: _____

Aviso según la Personal Privacy Protection Law (Ley de protección de la privacidad personal) de Nueva York (Public Officers Law (Ley de representantes públicos) Artículo 6-A) y la Federal Privacy Act (Ley federal de privacidad) de 1974 (5 USC, Sección 552a). La autoridad de la Junta de Compensación de los Trabajadores (la Junta) para solicitar que los reclamantes den información personal, incluyendo su número de Seguro Social, se deriva de la autoridad de investigación de la Junta según la Workers' Compensation Law (Ley de compensación de los trabajadores, WCL) Sección 20, y su autoridad administrativa según la WCL, Sección 142. Esta información se recopila para ayudar a la Junta a investigar y administrar reclamos de la manera más expedita posible y para ayudarla a mantener registros de reclamos precisos. Dar su número de Seguro Social a la Junta es voluntario. No existe ninguna penalización por no dar su número de Seguro Social en este formulario; esto no tendrá como consecuencia una denegación de su reclamo ni una reducción de los beneficios. La Junta protegerá la confidencialidad de toda la información personal en su poder, revelándola solo en cumplimiento de sus obligaciones oficiales y de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables.

AVISO DE HIPAA - Para adjudicar un reclamo de compensación de los trabajadores o un reclamo de beneficios por discapacidad, WCL 13-a(4)(a) y 12 NYCRR 325-1.3 es necesario que los proveedores de atención médica presenten con regularidad reportes médicos de tratamiento ante la Junta y la aseguradora o el empleador. Según 45 CFR 164.512, los reportes médicos que se exigen por ley están exentos de las restricciones de HIPAA sobre la revelación de información médica.

Revelación de información: La Junta no revelará ninguna información sobre su caso a ninguna parte no autorizada sin su consentimiento. Si usted decide que dicha información se revele a una parte no autorizada, debe presentar ante la Junta un formulario OC-110A "Autorización de los reclamantes para revelar registros de compensación de los trabajadores" original firmado. Este formulario está disponible en el sitio web de WCB (www.wcb.ny.gov) y se puede acceder a él haciendo clic en el enlace "Forms" (Formularios). Si no tiene acceso a Internet, llame al (877) 632-4996. En lugar del formulario OC-110A, también puede presentar una carta notariada original firmada.

RECONOCIMIENTO DE FRAUDE - Un empleador o una aseguradora, o cualquier empleado, agente o persona que actúe en nombre de un empleador o una aseguradora, que A SABIENDAS HACE UNA DECLARACIÓN O REPRESENTACIÓN FALSA en cuanto a un hecho material en el curso de reportar, investigar o ajustar un reclamo por cualquier beneficio o pago según este capítulo con el fin de evitar la provisión de dicho pago o beneficio SERÁ CULPABLE DE UN DELITO Y SUJETO A MULTAS SUSTANCIALES Y ENCARCELAMIENTO.

Guarde una copia del formulario para sus registros y devuelva los formularios de reclamo totalmente completados a ShelterPoint por uno de los métodos mencionados abajo:

Fax: 516-504-6414

Correo: ShelterPoint Life, Attn: Claims Dept, 1225 Franklin Ave – Ste 475, Garden City NY 11530

Correo electrónico: claimforms@shelterpoint.com

Carga en el sitio web: www.shelterpoint.com

Si envía información actualizada sobre un reclamo existente, incluya el **número de reclamo** y el **nombre y apellido del reclamante** en la línea de asunto. Si tiene preguntas sobre reclamos, incluyendo información actualizada del estado, comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al Cliente (Customer Service Department) al 1-800-365-4999 de lunes a viernes durante el horario comercial normal.

Para obtener copias de los paquetes de reclamos, visite nuestra página de ayuda con reclamos en <https://info.shelterpoint.com/claim-help>

Número de reclamo: _____

Resumen e instrucciones:

Este formulario complementario se usa para obtener más información tanto del reclamante como del empleador que no se incluyó en el formulario DB450 prescrito, pero que se puede exigir como parte de la reglamentación estatal o federal. La Parte 1 debe completarla el reclamante para indicar su preferencia de pago de los beneficios. La Parte 2 debe completarla el empleador para dar información que ayudará a determinar la tributación de los pagos de los beneficios.

Parte 1: DEBE COMPLETARLA EL RECLAMANTE/EMPLEADO QUE SOLICITA BENEFICIOS POR DISCAPACIDAD DE NY

Apellido del reclamante: _____ Nombre del reclamante: _____

SSN/I-Tin: _____ - _____ - _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Preferencia de pago de los beneficios para reclamos por discapacidad elegibles de ShelterPoint

Elija su preferencia para recibir los pagos de los beneficios. Es posible que ciertas opciones no estén disponibles dependiendo del beneficiario. Si su reclamo no califica para ACH/dépósito directo, sus pagos de beneficios se expedirán automáticamente mediante cheque. Es necesario completar un formulario de inscripción para participar en el depósito directo. Se necesita un comprobante de información bancaria/de cuenta para establecer el depósito directo (por ejemplo, copia de cheque anulado o carta del banco que confirme el nombre del titular de la cuenta, el número de identificación del banco y el número de cuenta).

 Cheque Depósito directo (ACH)

Firma del reclamante: _____ Fecha de firma: ____/____/____

Parte 2: DEBEN COMPLETARLA LOS EMPLEADORES DEL EMPLEADO QUE SOLICITA LOS BENEFICIOS POR DISCAPACIDAD DE NY.

Nombre del empleador (nombre de la empresa): _____

FEIN del empleador: _____ - _____ - _____

Política de DBL de ShelterPoint n.º: _____

Aportaciones a las primas de beneficios por discapacidad

¿Aporta el empleado a los costos de la prima por discapacidad que exige el estado?

 Sí → cantidad en dólares por semana \$ _____ o porcentaje de la aportación _____% No

Nota importante: Las aportaciones de los empleados a los beneficios por discapacidad que exige el estado pueden aparecer en el talón de pago del empleado como aportación "SDI" o "NY DBL". La aportación máxima de los empleados para NY DBL actualmente está establecida en el 0.5 % de los salarios hasta un máximo de \$0.60 por semana. Esta es una cantidad *de aportación independiente* de la NY PFL. Revise los registros de nómina para asegurarse de que usted está informando con precisión el estado de las aportaciones y la información de los empleados, ya que eso puede tener implicaciones fiscales.

Si el empleado paga en su totalidad los costos de la prima de beneficios por discapacidad, entonces el empleado aporta el 100 % y el reclamo no debería estar sujeto a impuestos. Si el empleado no aporta, entonces el reclamo estaría 100 % sujeto a impuestos. Si el empleado aporta con una parte de la prima de beneficios por discapacidad, entonces su reclamo estaría parcialmente sujeto a impuestos según la proporción de las aportaciones del empleado en relación a las del empleador. **Si deja esta sección en blanco, supondremos que el empleado no hace aportaciones.**

Nombre y cargo del empleador: _____

Correo electrónico de contacto del empleador: _____

Teléfono de contacto del empleador: (____) _____

Firma del empleador: _____ Fecha de firma: ____/____/____

Fin del complemento del DB450

INSTRUCCIONES

ESCRIBA LEGIBLEMENTE EN LETRA DE MOLDE TODA LA INFORMACIÓN. Este formulario debe estar totalmente completado, firmado y fechado para que sea válido. Los documentos que se presenten incompletos o ilegibles no se podrán procesar y no se aceptarán.

Elegibilidad para depósito directo: ShelterPoint Life Insurance Company (“Compañía”) ofrece pagos de depósito directo para reclamos continuos de DBL y PFL, donde los pagos de los beneficios se expiden directamente al reclamante/empleador.

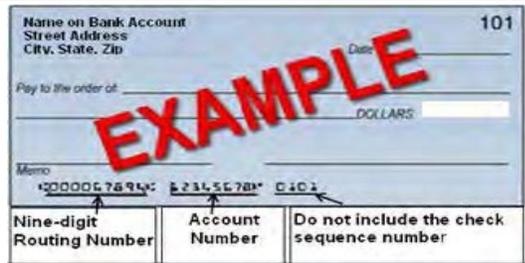
Actualmente, el depósito directo no está disponible para coberturas fuera de Nueva York, en situaciones en las que la licencia se reclama intermitentemente o en las que la Compañía reembolsa a su empleador debido al pago continuo de salarios. Como resultado, el depósito directo no se implementará en estas situaciones y los pagos de depósito directo se suspenderán si su reclamo se vuelve de licencia continua a licencia intermitente y cualquier pago de beneficios futuros adeudados según el reclamo se expedirá mediante cheque. En caso de que se rechace un pago de depósito directo debido a información bancaria inexacta, el pago rechazado y cualquier pago de beneficios futuros adeudados según el reclamo se expedirán mediante cheque hasta que se corrija la información bancaria y se envíe un formulario de inscripción y autorización actualizado.

Información necesaria: usted debe dar toda la información solicitada en este formulario. Los formularios totalmente completados, firmados y fechados pueden enviarse a ShelterPoint Life mediante cualquiera de los métodos mencionados abajo:

- Presentar electrónicamente por medio de nuestro portal para reclamantes
- Correo electrónico a: claimforms@shelterpoint.com
- Por fax al: 516-504-6414
- Por correo a: ShelterPoint Life, 1225 Franklin Avenue-Ste 475, Garden City NY 11530

Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al Cliente al 1-800-365-4999 durante el horario de atención normal. **Espere hasta 10 días hábiles para el establecimiento de su solicitud de depósito directo.**

INFORMACIÓN NECESARIA (escriba LEGIBLEMENTE en letra de molde toda la información)

1. <u>Nombre del reclamante (nombre, apellido)</u>	2. <u>Número de Seguro Social o I-TIN (9 dígitos)</u>
3. <u>Números de reclamo de ShelterPoint Life</u>	
4. <u>Tipo de cuenta</u> <input type="checkbox"/> Cuenta de cheques <input type="checkbox"/> Cuenta de ahorros	
5. <u>Información bancaria</u> Nombre del banco: _____ Número de identificación del banco (número ABA): _____ Número de cuenta bancaria: _____	

AUTORIZACIÓN Y FIRMA

Autorizo a ShelterPoint Life Insurance Company (“Compañía”) a depositar cualquier beneficio que yo sea elegible para recibir directamente en la cuenta bancaria que mencioné arriba o en cualquier otra cuenta que el banco o cualquier banco sucesor designe como mi cuenta. También autorizo a la Compañía a debitar de mi cuenta cualquier depósito hecho por error, o la Compañía se reserva el derecho de solicitar la devolución de dichos fondos mediante otros mecanismos. También entiendo que el servicio de depósito directo permanecerá vigente hasta que yo informe a la Compañía por escrito de la cancelación o hasta que yo ya no sea elegible para recibir pagos o ya no haya pagos pendientes, lo que ocurra primero. Reconozco que si también estoy cubierto por otra póliza de discapacidad/licencia pagada de ShelterPoint, esta solicitud también se aplicará a cualquier otro reclamo abierto actual que sea elegible para depósito directo, si lo aprueba la Compañía. Entiendo que tengo la oportunidad de ver mis EOB y mi historia de pagos por medio del registro en el portal de reclamos en shelterpoint.com.

Marque esta casilla si **no** quiere recibir EOB impresas por correo si se aprueba su solicitud de depósito directo.

Firma del reclamante	Fecha (mm/dd/aaaa)
-----------------------------	---------------------------