

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