



DECLARACIÓN DE DERECHOS BENEFICIOS POR DISCAPACIDAD DEL ESTADO DE NUEVA YORK

ANDREW M. CUOMO, Gobernador

SI USTED NO PUEDE TRABAJAR POR CAUSA DE UNA ENFERMEDAD O LESIÓN NO-OCUPACIONAL, USTED PODRÍA TENER DERECHO A BENEFICIOS POR DISCAPACIDAD

1. Por ley, su empleador debe facilitarle el pago de beneficios por discapacidad a sus empleados.
2. Las prestaciones estatutarias por discapacidad son pagaderas para cualquier lesión o enfermedad no-ocupacional relacionada (incluyendo discapacidad por embarazo) comenzando al 8vo día consecutivo de discapacidad. Los beneficios son pagaderos por hasta 26 semanas. La cantidad total de pago combinado por licencia por discapacidad o familiar que un empleado puede recibir dentro de un periodo de 52 semanas consecutivas no puede exceder las 26 semanas. Los pagos por beneficios se basan en su salario semanal promedio de las ocho semanas inmediatamente antes de su discapacidad, y están sujetos al máximo permitido por la ley vigente en el primer día de la discapacidad. Su empleador o sindicato puede ofrecer diferentes beneficios que sean por los menos igual de favorables que los beneficios estatutarios bajo un Plan o Acuerdo de Beneficios por Discapacidad.
3. **PARA RECLAMAR BENEFICIOS** usted debe someter una notificación por escrito y prueba de discapacidad (Formulario de reclamos DB-450) a su empleador o proveedor de seguros indicado a continuación dentro de los 30 días después del primer día de su discapacidad. En ningún caso usted debe esperar más de 26 semanas después de esa fecha para someter un reclamo. Usted puede obtener un Formulario DB-450 con su empleador, su proveedor de seguros, su proveedor de cuidados de salud o contactando la Junta de Compensación Laboral. (Vea la dirección y número de teléfono indicados a continuación.) **No asuma** que su empleador ha sometido un reclamo de parte suya; **someter el reclamo es su responsabilidad**.
4. Usted tiene derecho a ser tratado por cualquier médico, quiropráctico, dentistas, enfermera-partera, podólogo o psicólogo de su preferencia. A diferencia de la compensación de empleados, sus facturas médicas **no** serán pagadas por su empleador o proveedor de seguros, a menos que su empleador y/o sindicato provea el pago de facturas médicas bajo un Plan o Acuerdo de Beneficios por Discapacidad aprobado.
5. Los beneficios por discapacidad serán pagados directamente a usted por el proveedor de seguros, **no a través de su empleador**, a menos que su empleador sea un asegurador aprobado.
6. **Si su empleador o proveedor de seguros le disputa que usted no tiene derecho al pago de beneficios por discapacidad, ellos deben enviarle una Notificación de Rechazo, dentro de 45 después de haber sometido su reclamo, informándole las razones por las cuales los beneficios no se les están pagando. Si usted no está de acuerdo con su rechazo, usted tiene el derecho legal** de solicitar una revisión del rechazo ante la Junta de Compensación Laboral. **IMPORTANTE:** Si usted no ha recibido beneficios dentro de 45 días después de haber sometido su reclamo y no recibe una Notificación de Rechazo (Formulario DB-451), contacte rápidamente a la Junta de Compensación Laboral llamado al siguiente número de teléfono.
7. Si su discapacidad es el resultado de un accidente automovilístico y usted ha sometido un reclamo para beneficios por no-culpa, usted debe también someter un reclamo (Formulario DB-450) para beneficios por discapacidad. **Si usted no solicita los beneficios por discapacidad, el asegurador por no-culpa puede reducir sus pagos de no-culpa. IMPORTANTE:** En tales casos, si usted no tiene derecho a beneficios por discapacidad, notifique inmediatamente a su proveedor de seguros de no-culpa.
8. Su empleador no le puede pedir que renuncie a su derecho de beneficios por discapacidad ni tampoco puede deducirle más de 60 centavos a la semana (a menos que la contribución adicional sea parte de un plan aprobado) de su salario para contribuir al pago de primas de seguros de beneficios por discapacidad. **Usted no puede ser despedido ni discriminado por someter un reclamo para beneficios por discapacidad.**

SI TIENE ALGUNA DIFICULTAD PARA OBTENER UN FORMULARIO DE RECLAMO O NECESITA AYUDA PARA LLENARLO, O SI TIENE CUALQUIER OTRA PREGUNTA O DUDA ACERCA DE UNA ENFERMEDAD O LESIÓN NO-OCUPACIONAL RELACIONADA, CONTACTE A CUALQUIER OFICINA DE LA JUNTA DE COMPENSACIÓN LABORAL.

Esta información es una presentación resumida de sus derechos según las provisiones de la Sección 229 de la Ley de Beneficios de Baja Familiar Remunerada e Discapacidad. El proveedor de seguros de beneficios por discapacidad de su empleador es:

**Estipulado por el Presidente,
Junta de Compensación Laboral**