

# Beneficios por discapacidad del estado de Nueva York

## DECLARACIÓN DE DERECHOS



Workers'  
Compensation  
Board

### Si no puede trabajar debido a una enfermedad o lesión no profesional, puede tener derecho a los beneficios por discapacidad.

1. Puede tener derecho a los beneficios legales por discapacidad en caso de lesión o enfermedad no relacionada con el trabajo (incluida la discapacidad por embarazo) a partir del octavo día consecutivo de discapacidad. Los beneficios por discapacidad se los abonará **directamente** la aseguradora contratada por su empleador, y **no** se hará a través de su empleador, a menos que este cuente con una autorización de autoaseguramiento. Puede percibir hasta 26 semanas por discapacidad equivalentes al 50 % de su salario semanal promedio, con un límite de \$170 por semana. Por lo general, su salario semanal promedio es el promedio correspondiente a sus últimas ocho semanas de salario antes de comenzar la discapacidad. Su empleador o sindicato pueden proporcionarle beneficios diferentes, que sean al menos tan favorables como los establecidos por ley, en virtud de un plan o convenio de beneficios por discapacidad aprobado.
2. Si también disfruta de un Permiso Familiar Retribuido (Paid Family Leave, PFL) del estado de Nueva York (New York State, NYS), la suma de su permiso por discapacidad total y su PFL en cualquier periodo consecutivo de 52 semanas no podrá exceder del límite de las 26 semanas. No puede disfrutar del PFL y del permiso por discapacidad al mismo tiempo.
3. Puede ser tratado por cualquier profesional de la medicina, podología, quiropraxia, odontología, enfermería especializada en obstetricia o psicología que pueda certificar su discapacidad. Las facturas médicas no están cubiertas a menos que su empleador o sindicato prevean el pago de las facturas médicas en virtud de un plan o convenio de beneficios por discapacidad aprobado.
4. Su empleador **no** puede pedirle que renuncie a su derecho a percibir los beneficios por discapacidad. Los empleadores pueden cobrar como máximo una cuota de 60 céntimos semanales para compensar la prima del seguro (salvo que la cuota adicional forme parte de un plan aprobado). **No puede ser objeto de discriminación o represalias por solicitar o percibir los beneficios por discapacidad.**
5. Su empleador o la aseguradora de su empleador están obligados a iniciar el pago o a emitir un **Aviso de Denegación (formulario DB-DEN)** o un **Aviso de Rechazo (formulario DB-451)** en un plazo de 18 días a partir de su primer día de baja por discapacidad o de la recepción de su reclamo debidamente rellenado, lo que ocurra en última instancia. Si recibe el **formulario DB-DEN**, también recibirá el **formulario DB-451** con información adicional en un plazo de 45 días a partir de su primer día de baja por discapacidad o de la recepción de su reclamo debidamente rellenado, lo que ocurra en última instancia. Si transcurridos esos 45 días, no ha recibido los beneficios o el **formulario DB-451**, póngase rápidamente en contacto con la Junta de Compensación de los Trabajadores del estado de Nueva York (la Junta) llamando al **(877) 632-4996**. NOTA: si recibe el **formulario DB-451** y no está de acuerdo, puede solicitar una revisión mediante un correo enviado a la Junta a la dirección que aparece abajo a la derecha.

### Para presentar un reclamo:

1. Obtenga un **Aviso y una Prueba de Reclamo de Beneficios por Discapacidad (Formulario DB-450)**, ya sea de la Junta a través de [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov), de su empleador o de la aseguradora de su empleador.
2. Siga las instrucciones para rellenar y enviar el formulario, que incluye las secciones que deben rellenar su empresa y su proveedor de asistencia médica.
3. Envíe el formulario a la aseguradora de su empleador en un plazo de 30 días a partir del primer día de discapacidad. Si su reclamo no se abona con prontitud, póngase en contacto con su empleador o su aseguradora. Si presenta la solicitud fuera del plazo, no se le abonará ningún periodo de discapacidad superior a las dos semanas anteriores a la fecha de la solicitud. El retraso puede justificarse si demuestra que no era razonablemente posible presentar la solicitud antes. No se le abonará ningún beneficio si presenta la solicitud más de 26 semanas después del inicio de su discapacidad o de su reincorporación al trabajo.

### No suponga que su empleador ha presentado un reclamo en su nombre; la presentación del reclamo es responsabilidad suya.

Nota: si su discapacidad es consecuencia de un accidente de automóvil y ha presentado un reclamo de beneficios sin culpa, también **debe** presentar un **formulario DB-450** para solicitar los beneficios por discapacidad. Si no solicita dichos beneficios, es posible que la aseguradora sin culpa le reduzca los pagos.

**IMPORTANTE:** en estos casos, si no tiene derecho a los beneficios por discapacidad, comuníquese inmediatamente a la aseguradora sin culpa.

SI NECESITA AYUDA PARA OBTENER UN FORMULARIO DE RECLAMACIÓN O PARA RELLENARLO, O SI TIENE OTRAS PREGUNTAS SOBRE LOS BENEFICIOS DE SU LESIÓN O ENFERMEDAD NO RELACIONADA CON EL TRABAJO, LLAME AL **(877) 632-4996**. UN REPRESENTANTE DE LA JUNTA LE AYUDARÁ.

Esta información es una presentación simplificada de sus derechos, tal y como exige la Sección 229 de la Ley de Beneficios por Discapacidad y Permiso Familiar Remunerado. La aseguradora de beneficios por discapacidad de su empleador es:

ESTABLECIDO POR LA PRESIDENCIA,  
JUNTA DE COMPENSACIÓN OBRERA  
NYS Workers' Compensation Board  
Disability Benefits Bureau  
PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029

[WCB.NY.GOV](http://WCB.NY.GOV)