

<p><b>Cómo completar esta Ratificación de Beneficios por Fallecimiento de la Compensación Obrera</b></p>	<p><b>Beneficios por Fallecimiento de la Compensación del Trabajador</b></p>
<p>1. La persona que solicita beneficios por fallecimiento de la compensación obrera debe completar esta ratificación. <b>Todos los reclamantes deben completar la Sección A, la Sección B y la Sección 1.</b> En función de su relación con el difunto, también debe completar las siguientes secciones:</p> <p><u>Cónyuge</u>: Sec. 2 (y Sec. 3 si tienen hijos).  <u>Padres o tutores en caso de niños</u>: Sec. 3.  <u>Padres Dependientes, Abuelos</u>: Sec. 4.  <u>Nietos Dependientes, Hermanos</u>: Sec. 5.  <u>Padres No Dependientes</u>: Sec. 6.  <u>Representante Legal de la Sucesión del Difunto</u>: Sec. 7.</p> <p>2. <b>Solo debe completar las secciones enumeradas anteriormente que correspondan a su vínculo con el difunto.</b> Tache todas las secciones o párrafos que no correspondan con una <b>X</b>.</p> <p>3. Escriba en letra de imprenta de manera legible. Incluya el n.º de Seguro Social del difunto en cada página, y el número de caso de la WCB en la página 3, si lo conoce.</p> <p>4. Responda tan específicamente como sea posible. Vuelva a leer esta ratificación después de finalizar para asegurarse de que sea precisa, ya que usted da fe de su veracidad. El fraude para percibir una compensación laboral es un delito punible con multas y penas de prisión.</p> <p>5. Envíe la ratificación completa y firmada, y todos los anexos, a la Junta de Compensación Obrera a la dirección que se detalla a continuación.</p>	<p>1. La ley proporciona hasta USD 12,500 para gastos funerarios en la zona sur del estado, y USD 10,500 en la zona norte del estado, dependiendo del condado donde se produzcan los gastos.</p> <p>2. La ley también proporciona beneficios semanales hasta un monto máximo, basado en la fecha del accidente, para lo siguiente: (a) el cónyuge sobreviviente legal hasta que el cónyuge se vuelva a casar, (b) los hijos del difunto hasta la edad de 18 (23 años si asisten a una institución educativa acreditada como estudiante de tiempo completo), y (c) cualquier hijo dependiente de cualquier edad que sea no vidente o tenga una discapacidad permanente.</p> <p>3. Si no hubiera cónyuge sobreviviente legal o hijos dependientes, la ley proporciona beneficios semanales a los nietos o hermanos menores de 18 años que dependían del difunto para que reciban asistencia; o a los padres o abuelos que dependían del difunto para reciban asistencia al momento de la muerte del difunto.</p> <p>4. Si no hay personas con derecho a recibir beneficios semanales por el fallecimiento, entonces se pueden pagar USD 50,000 a los padres del difunto, o a la sucesión del difunto si sus padres han fallecido.</p> <p>5. Si recibe dinero como resultado de una demanda de muerte por negligencia, la ley le permite a la aseguradora obtener una retención o crédito sobre ese dinero. Los derechos de retención y crédito de la aseguradora pueden afectar su capacidad de recibir beneficios de compensación del trabajador hasta que se agote la retención o el crédito. Es importante avisar a la aseguradora sobre el estado de una demanda de muerte por negligencia y obtener su consentimiento antes de llegar a un acuerdo.</p>

**Si tiene preguntas, llame a la Defensoría de Trabajadores Lesionados: 1-800-580-6665.**

**NYS Workers' Compensation Board**

**Centralized Mailing**

**PO Box 5205**

**Binghamton, NY 13902-5205**

**Dirección para presentación por correo electrónico: [wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov](mailto:wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov)**

**Sección A: Todos los solicitantes**

**Todos los solicitantes** deben completar esta página y enviar por correo esta ratificación y todos los anexos a la Junta de Compensación Obrera.

En el asunto de la demanda de	
_____ , Demandante	
<i>(su nombre y apellido)</i>	
En cuanto al fallecimiento de	
_____ , Difunto	<b>RATIFICACIÓN</b>
<i>(nombre y apellido del difunto)</i>	N.º de WCB _____
v.	WCL § 16
_____ , Empleador	
<i>(Nombre del empleador del difunto al momento del fallecimiento)</i>	
_____	
<i>(Dirección del empleador)</i>	

N.º de Seguro Social del Difunto: \_\_\_\_\_

### Sección 1: Todos los solicitantes

**Todos los solicitantes** deben completar esta sección. Adjunte lo siguiente si corresponde. Marque la casilla si está incluido.

- Certificado de defunción (obligatorio).
- Copias de los documentos que la Junta puede usar para determinar los ingresos brutos semanales totales del difunto para todo empleo por un año antes del fallecimiento (recibos de sueldo, formulario W-2, etc.).
- Copias de recibos u otros documentos relacionados con el pago de los gastos de sepelio.
- Copia del consentimiento de la aseguradora para resolver una demanda de fallecimiento por negligencia.

1. Yo soy el demandante. Vivo en \_\_\_\_\_  
*(calle, ciudad, estado, código postal)*

Mi número de teléfono es \_\_\_\_\_  
*(código de área, número)*

Mi número del seguro social es \_\_\_\_\_  
*(los nueve dígitos)*

Soy la/el \_\_\_\_\_ del difunto/de la difunta.  
*(cónyuge, hijo, hija, madre, padre, abuelo, abuela, hermano, hermana, nieto, nieta, representante de la sucesión)*

2. La dirección del empleador mencionado anteriormente es \_\_\_\_\_  
*(calle, ciudad, estado, código postal)*

3. La fecha de nacimiento del difunto es \_\_\_\_\_  
*(mes, día y año)*

El número del seguro social del difunto es \_\_\_\_\_  
*(los nueve dígitos)*

La fecha de defunción del difunto es \_\_\_\_\_  
*(mes, día y año)*

En la fecha de su defunción, el difunto \_\_\_\_\_ empleado por el empleador mencionado más arriba.  
*(estaba o no estaba)*

El \_\_\_\_\_, el difunto se encontraba en \_\_\_\_\_  
*(fecha y hora del fallecimiento) (calle, ciudad y estado)*

y estaba ocupado en \_\_\_\_\_  
*(lo que estaba haciendo el difunto al momento del fallecimiento)*

y falleció como resultado de \_\_\_\_\_  
*(explique cómo murió el difunto).*

4. El salario bruto del difunto, (incluyendo **horas extra** y **propinas**) por el presente empleo era de \$ \_\_\_\_\_,  
*(monto)*

y también \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_, que se pagaba cada \_\_\_\_\_.  
*(monto) (alojamiento, renta, comidas, etc.) (semana, quincena, etc.)*

5. El difunto \_\_\_\_\_ otro empleo al momento del fallecimiento, con  
*(tenía o no tenía)*

\_\_\_\_\_, ubicado en \_\_\_\_\_  
*(nombre del empleador, si lo hubiera) (calle, ciudad, estado, código postal)*

El salario bruto del difunto, (incluyendo **horas extra** y **propinas**) por este otro empleo era de \$ \_\_\_\_\_,  
*(monto)*

y también \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_, que se pagaba cada \_\_\_\_\_.  
*(monto) (alojamiento, renta, comidas, etc.) (semana, quincena, etc.)*

N.º de Seguro Social del Difunto: \_\_\_\_\_

6. Se pagaron \$ \_\_\_\_\_ en concepto de servicios de sepelio del difunto. Solicito recibir un  
(monto)  
reembolso del empleador o de la aseguradora.

7. Con relación a la muerte del difunto, yo \_\_\_\_\_  
(tengo pensado realizar, he iniciado, he llegado a un acuerdo por)  
una demanda de fallecimiento por negligencia contra \_\_\_\_\_  
(nombre de la parte demandada)

He recibido \$ \_\_\_\_\_ por la demanda de fallecimiento por negligencia, monto que se acordó el  
(monto)  
\_\_\_\_\_  
(fecha)

## **Sección 2: Cónyuges**

Los **cónyuges** que busquen obtener los beneficios deben completar esta sección. Adjunte lo siguiente si corresponde. Marque la casilla si está incluido.

- Copia del acta de matrimonio (obligatorio).
- Documentación de que su matrimonio anterior, si lo hubiera, fue disuelto.
- Documentación de que el matrimonio anterior del difunto, si lo hubiera tenido, fue disuelto.
- Una copia de una asignación del seguro social si recibirá los beneficios como sobreviviente.

8. Yo soy el cónyuge sobreviviente del difunto y solicito los beneficios en mi nombre.

9. Mi nombre de soltero/a es \_\_\_\_\_  
(indique su nombre de soltero/a, si corresponde)

10. Mi fecha de nacimiento es \_\_\_\_\_  
(mes, día, año)

11. Me casé con el difunto el \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_  
(mes, día, año) (ciudad y estado)

12. Antes de casarme con el difunto \_\_\_\_\_ casado/a  
(estuve o no estuve)

13. El difunto \_\_\_\_\_ casado/a antes de casarse conmigo.  
(estuvo o no estuvo)

14. Al momento del fallecimiento del difunto, yo aún estaba casada con él.

15. Al momento del fallecimiento del difunto, nosotros \_\_\_\_\_ viviendo juntos y \_\_\_\_\_  
(estábamos o no estábamos) (había o no había)

un proceso de separación con la intención de disolver el matrimonio.

16. Desde la muerte del difunto, yo \_\_\_\_\_ me volví a casar. La fecha de mi nuevo matrimonio fue  
(sí o no)  
el \_\_\_\_\_  
(mes, día, año)

17. Yo \_\_\_\_\_ tuve hijos con el difunto.  
(sí o no)

18. El difunto \_\_\_\_\_ tuvo hijos con otra persona.  
(sí o no)

N.º de Seguro Social del Difunto: \_\_\_\_\_

### **Sección 3: Hijos**

**Los hijos** que busquen obtener los beneficios deben completar esta sección. Adjunte lo siguiente, si corresponde, y marque la casilla si está incluida la documentación.

- Copias de los certificados de nacimiento u orden de adopción (obligatorio).
- Documentos que establezcan que es el tutor legal de cualquiera de los hijos del difunto, si usted no es el padre/madre.
- Documentación que demuestre que cualquier hijo adoptivo o extramatrimonial del difunto dependía de este para su sustento.
- Documentación certificada de una institución educativa acreditada que demuestre que cualquier hijo de entre 18 y 23 años está inscrito y asiste a tiempo completo.
- Certificado de discapacidad o ceguera.

19. Solicito los beneficios de compensación del trabajador para el(los) siguiente(s) hijo(s), que dependían del difunto para su sustento al momento de su muerte.

20. Como padre/madre o tutor legal del(los) niño(s) que se indica(n) a continuación, solicito que se me reconozca como la persona legalmente responsable de ellos y que cualquier compensación que les corresponda me sea pagada en su nombre.

21. Si me designan como persona legalmente responsable del(de los) niño(s), acepto presentar informes, ya sean anuales o más frecuentes, según lo requiera el presidente de la Junta de Compensación del Trabajador, con respecto a los gastos relacionados con el(los) menor(es).

22. Soy el padre o tutor legal del(de los) niño(s) que se indican en las Tablas 1 y 2.

*Las siguientes tablas pertenecen a otra relación y situación de vida entre los hijos dependientes, usted y el difunto. Responda todas las preguntas de cualquier tabla que corresponda a su situación, y omita la tabla que no corresponda. Es probable que deba completar más de una tabla.*

**Tabla 1. Niños que vivieron con el difunto o conmigo. Responda todas las preguntas.**

Nombre y apellido	Vínculo con el difunto	Vínculo con el demandante	Fecha de nacimiento	¿Tiene el niño ceguera total? (S/N)	¿Tiene el niño discapacidad total/permanente? (S/N)	El niño vivía conmigo (S/N)	El niño vivía con el difunto (S/N)

N.º de Seguro Social del Difunto: \_\_\_\_\_

**Tabla 2. Niños que no vivían con el difunto o conmigo. Responda todas las preguntas.**

Nombre y apellido	Vínculo con el difunto	Dirección	Vínculo con el demandante	Fecha de nacimiento

**23. Tabla 3. No soy el tutor legal del(de los) siguiente(s) niño(s), pero según la información que tengo, a continuación enumero a todos los otros hijos del difunto:**

Nombre y apellido	Vínculo con el difunto	Dirección	Fecha de nacimiento

### **Sección 4: Padres o Abuelos Dependientes**

Esta sección debe ser completada por los **padres o abuelos dependientes** que busquen obtener los beneficios. Marque la casilla para indicar un documento que está incluido:

- Documentos que establezcan el vínculo entre usted y el difunto (obligatorio).
- Documentos (declaraciones de impuestos, cheques, estados bancarios, etc.) que demuestren que el difunto lo mantenía y pagaba sus gastos (obligatorio).
- La orden del juzgado o el poder notarial si es el representante legal del padre dependiente o del abuelo dependiente y está solicitando el presente en su nombre (si corresponde).

24. Afirmo que, al momento del fallecimiento, el difunto no tenía un cónyuge sobreviviente ni hijos dependientes menores de 18 años (o de 23 años que esté inscrito y asista a tiempo completo a una institución educativa), ni ningún hijo que tenga ceguera completa ni discapacidad total y permanente.

25. El difunto es mi \_\_\_\_\_  
(hijo, hija, nieto, nieta)

26. Yo \_\_\_\_\_ con el difunto al momento de su fallecimiento.  
(vivía o no vivía)

N.º de Seguro Social del Difunto: \_\_\_\_\_

Ratificación de Beneficios por Fallecimiento de la Junta de Compensación Obrera del Estado de Nueva York

27. Yo dependía \_\_\_\_\_ del difunto debido a  
*(totalmente o en parte)*

---

*(explique por qué dependía del difunto)*

28. Al momento del fallecimiento del difunto, tenía y actualmente tengo las siguientes fuentes de ingreso:

Fuente de ingreso (como empleo, seguro social, etc.)	Monto percibido	Frecuencia

29. Al momento del fallecimiento del difunto, tenía los siguientes gastos por mes:

Naturaleza del gasto	Monto del gasto

30. El difunto directamente pagaba estos gastos míos.

Naturaleza del gasto	Persona legalmente responsable del gasto	Monto del gasto	Cómo pagaba el gasto el difunto

N.º de Seguro Social del Difunto: \_\_\_\_\_

**Sección 5: Hermanos o Nietos Dependientes**

Esta sección debe ser completada por los **hermanos o nietos dependientes** que busquen recibir beneficios. Adjunte lo siguiente, cuando corresponda según su reclamo, y marque la casilla si la documentación está incluida:

- Certificados de nacimiento de todos los dependientes (obligatorio).
- Orden de adopción si el dependiente fue adoptado por los hijos o los padres del difunto.
- Documentos como declaraciones de impuestos, cheques del difunto, estados bancarios, etc. que demuestren que el difunto mantenía a los dependientes.
- Documentos que establezcan que usted es el tutor legal de los dependientes (si no es el padre o la madre).

31. Afirmando que, al momento del fallecimiento, el difunto no tenía un cónyuge sobreviviente ni hijos dependientes menores de 18 años (o de 23 años que esté inscrito y asista a tiempo completo a una institución educativa), ni ningún hijo que tenga ceguera completa ni discapacidad total y permanente.

32. Soy el/la \_\_\_\_\_ de las siguientes personas, que dependían del difunto:  
*(padre, madre, tutor/a legal)*

Nombre y apellido del dependiente	Vínculo con el difunto	Vínculo con el demandante	Fecha de nacimiento	Nombre, dirección de la persona con quien vive el dependiente

33. El/Los dependiente(s) \_\_\_\_\_ vivía(n) con  
*(nieto, nietos, hermano, hermanos, hermana, hermanas)*

\_\_\_\_\_ al momento de la muerte del difunto en la siguiente dirección:  
*(Difunto o nombre de la persona si no fuera con el difunto)*

\_\_\_\_\_  
*(calle, ciudad, estado, código postal)*

34. El (los) dependientes \_\_\_\_\_ eran dependientes del difunto debido a  
*(nietos, hermanos)*

\_\_\_\_\_  
*(explique por qué eran dependientes)*

35. Solicito que me designen como la persona legalmente responsable para recibir los beneficios pagaderos; en representación de los nietos o hermanos mencionados anteriormente.

36. Si me designan como persona legalmente responsable de los nietos o hermanos dependientes, acepto presentar informes, ya sean anuales o más frecuentes, según lo requiera la presidenta de la Junta de Compensación del Trabajador, con respecto a los gastos relacionados con el(los) menor(es).

N.º de Seguro Social del Difunto: \_\_\_\_\_



### **Sección 6: Padres No Dependientes**

Esta sección debe ser completada por los **padres no dependientes**. Adjunte el certificado de nacimiento del difunto: *Nota: El beneficio por fallecimiento para padres no dependientes es de USD 50,000 si están casados entre sí, o de USD 50,000 si solo uno de ellos estuviera vivo. Si los padres no están casados entre sí, el beneficio es de USD 25,000 para cada uno, y cada uno debe presentar su propia ratificación.*

37. Afirmo que, al momento del fallecimiento, el difunto no tenía un cónyuge sobreviviente ni hijos menores de 23 años; ningún hijo dependiente que tenga ceguera completa ni discapacidad total y permanente; ningún nieto, hermano o hermana dependiente menor de 23 años, ni tampoco ningún nieto, hermano o hermana dependiente que tenga ceguera completa ni discapacidad total y permanente.

38. Como \_\_\_\_\_ vivo y no dependiente del difunto al  
*madre o padre*

momento de su fallecimiento, \_\_\_\_\_ solicito que la suma de \_\_\_\_\_ se pague a  
*(nosotros o yo)* *(USD 25,000 o USD 50,000)*

\_\_\_\_\_ como se indica a continuación.  
*(nosotros o a mí)*

\_\_\_\_\_  
*(nombre y apellidos)*

\_\_\_\_\_  
*(calle, ciudad, estado y código postal de residencia)*

\_\_\_\_\_  
*(número de teléfono con código de área)*

N.º de Seguro Social del Difunto: \_\_\_\_\_

### **Sección 7: Representante Legal de la Sucesión del Difunto**

El **representante legal** de la sucesión del difunto debe completar esta sección. Adjunte la siguiente documentación si corresponde, y marque la casilla si está incluida:

- Documentos que certifiquen la autoridad de la figura de representación de la sucesión del difunto, como cartas testamentarias o cartas de administración (obligatorias).
- Copias de los certificados de defunción de los padres del difunto
- Documentos como declaraciones de impuestos, cheques, estados bancarios, etc.) que demuestren que el difunto lo mantenía y pagaba sus gastos.
- Certificado de nacimiento del difunto.

39. Afirmo que, al momento del fallecimiento, el difunto no estaba casado; no tenía hijos menores de 23 años; ningún hijo dependiente que tenga ceguera completa ni discapacidad total y permanente; ningún nieto, hermano o hermana dependiente menor de 23 años, ni padres vivos; tampoco ningún nieto, hermano o hermana dependiente que tenga ceguera completa ni discapacidad total y permanente.

Soy el representante legal de la sucesión del difunto.

El difunto, al momento de su fallecimiento, no estaba casado; no tenía hijos menores de 23 años; ningún hijo dependiente que tenga ceguera completa ni discapacidad total y permanente; ningún nieto, hermano o hermana dependiente menor de 23 años; tampoco ningún nieto, hermano o hermana dependiente que tenga ceguera completa ni discapacidad total y permanente.

40. Uno de los padres del difunto era \_\_\_\_\_, que falleció el \_\_\_\_\_  
*(nombre y apellido)* *(mes, día y año)*

41. El otro padre del difunto era \_\_\_\_\_, que falleció el \_\_\_\_\_  
*(nombre y apellido)* *(mes, día y año)*

42. Mi nombre es \_\_\_\_\_ Mi dirección es \_\_\_\_\_  
*(nombre y apellido)* *(calle, ciudad, estado y código postal)*

\_\_\_\_\_ *(calle, ciudad, estado y código postal)*

y mi número de teléfono es \_\_\_\_\_  
*(número de teléfono con código de área)*

43. Por la presente, solicito que la suma de USD 50,000 se pague a la sucesión del difunto en mi nombre, como se indicó más arriba.

N.º de Seguro Social del Difunto: \_\_\_\_\_

## **Sección B: Todos los Solicitantes**

**Todos los solicitantes** deben completar esta página. Envíe esta ratificación y todos los anexos a la Junta de Compensación Obrera.

Al firmar con mi nombre a continuación, el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_, afirmo bajo pena de perjurio conforme a las leyes de Nueva York, que puede incluir una multa o prisión, que lo anterior es cierto, y entiendo que este documento puede ser presentado en una acción o procedimiento en un tribunal de justicia. Afirmo también que comprendo que la ley prevé penas por perjurio ante una declaración falsa hecha deliberadamente con relación a un reclamo de seguro.

---

Firma (solo tinta, use bolígrafo azul de punta redonda, si fuera posible)

N.º de Seguro Social del Difunto: \_\_\_\_\_