

Estado de Nueva York - Junta de Compensación Obrera

RECLAMO DE COMPENSACIÓN EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL TRABAJADOR

Este reclamo se gestionará más rápidamente si se envían a la Junta copias de los documentos necesarios. Adjunte copias de los documentos que tenga en su poder. De lo contrario, hágase de copias y tráigalas a la primera audiencia. NO DEMORE la presentación de este formulario de reclamo. Los documentos necesarios son:

- a. Informe médico de un profesional de la medicina que atendió al fallecido.
- b. Partida de defunción.
- c. Comprobante del vínculo, como partida de nacimiento, partida de matrimonio, documentos de adopción, etc.
- d. Factura detallada de gastos de sepelio.

N.º DE CASO WCB (si lo conoce)	N.º DE CASO DE LA ASEGURADORA	N.º DE CÓDIGO DE LA ASEGURADORA	N.º DE SEGURO SOCIAL DEL FALLECIDO	N.º DE SEGURO SOCIAL DEL RECLAMANTE	FECHA DEL ACCIDENTE
NOMBRE			DOMICILIO (calle, número, ciudad, estado y código postal)		Apto. N.º
FALLECIDO					
EMPLEADOR					
CÍA. DE SEGUROS					
RECLAMANTE					Apto. N.º

Por la presente, y en virtud de la Ley de Compensación Laboral, reclamo la compensación por el fallecimiento de la persona arriba mencionada a causa de una lesión sufrida en el trabajo que realizaba para el empleador arriba indicado; para respaldar este reclamo presento la siguiente información:

1. a. El fallecimiento se produjo el _____ de _____, _____ en _____ (Adjunte partida de defunción, si está disponible).
- b. ¿Cómo ocurrió el accidente o cómo contrajo la enfermedad laboral? (Describa en detalle si la persona lesionada se cayó, recibió un golpe, etc., y cuáles fueron los factores o hechos que causaron el accidente o contribuyeron para que éste ocurriera.)

- c. Lugar del accidente: _____
- d. Naturaleza de la lesión y parte/s del cuerpo afectada/s: _____

Nota: Si dispone de él, adjunte informe médico.

2. MÉDICO INTERVINIENTE	Nombre	Domicilio
3. ÚLTIMO MÉDICO U HOSPITAL		
4. EMPRESA FÚNEBRE		
5. PERSONA QUE SE HIZO CARGO DE LOS GASTOS DE SEPELIO		

6. Facturas por gastos de sepelio \$ _____ Importe pagado, si corresponde \$ _____ (Adjunte factura de gastos de sepelio, si está disponible).
7. Fecha de nacimiento del reclamante _____ 8. Vínculo con el fallecido _____
9. ¿El fallecido deja cónyuge y/o hijos menores de 18 años o menores de 23 años que estén inscriptos y asistan como alumnos de jornada completa a un establecimiento educativo acreditado? Sí No
10. Sobrevivientes o dependientes del fallecido: (Ver instrucciones al dorso)

NOMBRE	DOMICILIO	FECHA DE NACIMIENTO	VÍNCULO

(Adjunte comprobante del vínculo, como partida de nacimiento, partida de matrimonio, documentos de adopción, etc., si cuenta con ellos)
(VER INSTRUCCIONES AL DORSO)

SI TIENE ALGUNA PREGUNTA SOBRE CÓMO RECLAMAR LOS BENEFICIOS POR FALLECIMIENTO, COMUNÍQUESE CON LA OFICINA DE LA JUNTA DE COMPENSACIÓN OBRERA MÁS CERCANA.

11. SI USTED ES CÓNYUGE O HIJO DE LA PERSONA FALLECIDA, INGRESE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SEGÚN CORRESPONDA:

- a. Se casó con el fallecido el _____ de _____, _____
en _____ por _____ (Adjunte partida de matrimonio, si está disponible).
(Lugar) Nombre de quien celebró la ceremonia
- b. Cantidad de hijos menores de 18 años al momento del fallecimiento. _____
- c. Cantidad de hijos de entre 18 y 23 años de edad que estén inscriptos y asistan como alumnos de jornada completa a un establecimiento educativo acreditado al momento del fallecimiento. _____

12. SI ES CÓNYUGE DEL FALLECIDO, indique su participación en los beneficios del seguro para el sobreviviente, si aplica, que recibe en virtud de la Ley de Seguro Social. \$ _____ (Si está disponible, adjunte copia del certificado de Concesión del seguro social en el que conste su participación en los beneficios del seguro para el sobreviviente o copia del cheque con el importe de dicha concesión.)

13. SI NO ES CÓNYUGE DEL FALLECIDO NI HIJO DE ENTRE 18 Y 23 AÑOS QUE ESTÉ INSCRIPTO Y ASISTA COMO ALUMNO DE JORNADA COMPLETA A UN ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO ACREDITADO, INGRESE LA INFORMACIÓN QUE SIGUE:

- a. Para su manutención, ¿usted era dependiente total o parcial del fallecido? _____
- b. En caso de haber sido parcialmente dependiente, ¿en qué medida? _____
- c. Soy propietario como sigue:
- (1) Bien inmueble tasado en \$ _____, del que recibo un ingreso de \$ _____
por año y sobre el cual hay una deuda de \$ _____
- (2) ¿Con qué otras fuentes de ingreso cuenta? (Liste cada fuente de ingreso y detalle los importes que derivan de cada una.)
- | | |
|--------|---------|
| FUENTE | IMPORTE |
|--------|---------|

14. SI ES HIJO O NIETO DEPENDIENTE, HERMANO O HERMANA DEPENDIENTE DE ENTRE 18 Y 23 AÑOS QUE ESTÉ INSCRIPTO Y ASISTA COMO ALUMNO DE JORNADA COMPLETA A UN ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO ACREDITADO, INGRESE LA INFORMACIÓN QUE SIGUE Y, SI LO TIENE, ADJUNTE UN CERTIFICADO DE ASISTENCIA EMITIDO POR DICHO ESTABLECIMIENTO.

Nombre del alumno Nombre y domicilio del establecimiento educativo Comenzó a asistir el

TODA PERSONA QUE CON CONOCIMIENTO Y CON LA INTENCIÓN DE ESTAFAR PRESENTE, O CAUSE QUE SE PRESENTE, O PREPARE INFORMACIÓN QUE CONTenga FALSEDADES U OMISIONES DE HECHOS CONCRETOS SABIENDO O CREYENDO QUE SERÁ PRESENTADA A UN ASEGURADOR O AUTO ASEGURADOR, O QUE SERÁ PRESENTADA POR ÉSTE, SERÁ CULPABLE DE DELITO Y ESTARÁ SUJETO A MULTAS Y A LA PRIVACIÓN DE SU LIBERTAD.

Fecha _____ Firmado por _____ (Firma del reclamante) N.º de teléfono _____

Firmado por _____ (Tercero en representación del reclamante) (Vínculo) N.º de teléfono _____

AL RECLAMANTE

- A. En virtud de la Ley de Compensación Laboral, las siguientes personas pueden presentar un reclamo de compensación por fallecimiento:
1. Cónyuge del fallecido;
 2. Hijos del fallecido menores de 18 años al momento del fallecimiento;
 3. Hijos de cualquier edad que padecieran ceguera total o estuvieran incapacitados físicamente al momento de producirse el accidente; dicha incapacidad debe ser total y permanente;
 4. Nietos y hermanos y hermanas del fallecido menores de 18 años al momento del fallecimiento que, para su manutención, fueran dependientes en grado parcial o total del fallecido al momento del accidente;
 5. Padres y abuelos del fallecido que, para su manutención, fueran dependientes en grado parcial o total del fallecido al momento del accidente;
 6. Hijos del fallecido, nietos dependientes, hermanos y hermanas dependientes del fallecido de entre 18 y 23 años de edad que estén inscriptos y asistan como alumnos de jornada completa a un establecimiento educativo acreditado, cuando el fallecimiento haya ocurrido el 1 de enero de 1978 o con posterioridad.
- B. El cónyuge y los hijos pueden presentar un solo reclamo. Cada nieto, hermano, hermana, padre o abuelo dependiente deberá presentar un reclamo individual.

Notificación conforme a la Ley de Protección de la Privacidad Personal de Nueva York (Cláusula 6-A de la Ley de Funcionarios Públicos) y la Ley Federal de Privacidad de 1974 (5 U.S.C. Art.

La autoridad que tiene la Junta de Compensación Obrera ("Junta") para solicitar información personal a los reclamantes emana de los artículos 20 y 142 de la Ley de Compensación Laboral. Esta información se reúne para ayudar a la Junta a gestionar reclamos de manera eficiente, así como para llevar registros precisos de los mismos.

La Junta asume un fuerte compromiso para proteger la confidencialidad de toda la información personal que reúne. Dicha información se divulgará dentro de la agencia sólo al personal y a funcionarios de la Junta a los efectos de que éstos cumplan con sus tareas oficiales. La información personal se divulgará fuera de la agencia sólo de conformidad con la legislación estatal y federal aplicable.

El Director de Operaciones de la Junta, con oficinas en 100 Broadway, Menands, Nueva York 12241 (518-474-6674), es el principal responsable de conservar los registros de la agencia que contengan información personal del reclamante.

No brindar la información que se solicita en este formulario no implica el rechazo de su reclamo, pero puede demorar su gestión. Divulgar voluntariamente el número de su seguro social le permite a la Junta garantizar que la información se asociará con su reclamo y que se actuará rápidamente para gestionarlo.

**New York State Workers' Compensation Board
Centralized Mailing
PO Box 5205
Binghamton, NY 13902-5202**

Línea gratuita de atención al cliente: 877-632-4996