



**TIPO DE RECLAMO POR BENEFICIO**

Beneficios por Discapacidad  
(Discapacidad fuera del trabajo)

Nro. de Seguro Social \_\_\_\_\_

Compensación obrera  
(Lesión en el trabajo)

Número de caso WCB (Para lesión en el trabajo): \_\_\_\_\_

**ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE O A MÁQUINA. RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS. NO HACERLO PUEDE RETRASAR EL PROCESO DE DEMANDA RESPONDA LAS PREGUNTAS 6 Y 7 DE FORMA DETALLADA; AÑADA HOJAS EXTRA SI ES NECESARIO**

1. Nombre del empleado: \_\_\_\_\_

2. Dirección del empleado: \_\_\_\_\_

3. Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

4. Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

5. ¿Lo despidieron?:  Sí  No Si la respuesta es "Sí", proporcione una fecha: \_\_\_\_\_

6. Exponga en detalle el fundamento de su demanda, la razón por la que lo despidieron y el nombre de su supervisor, gerente o la persona que realmente lo despidió:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Indique el/los nombre(s) de terceros involucrados. Adjunte una copia de su aviso de despido, de haberlo, u otra documentación que haya recibido: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Lugar donde trabajó (Indique la dirección si es diferente al punto 4 antes mencionado): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. Ocupación: \_\_\_\_\_

10. Nombre y dirección de su abogado o representante, de haberlo (consulte la declaración "Sobre representación" en el reverso): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. Fecha del accidente o primer día de la discapacidad: \_\_\_\_\_

**AFIRMO, BAJO PENA DE PERJURIO, QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ PROPORCIONADA ES VERDADERA:**

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

## LEY DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES

**Sec. 120. Discriminación contra empleados que inician acciones.** Se considerará ilegal que cualquier empleador o su oficial debidamente autorizado remueva del cargo o ejerza discriminación de cualquier forma sobre un empleado en su lugar de trabajo porque dicho empleado haya reclamado o intentado reclamar alguna compensación por parte del empleador, haya reclamado o porque haya o esté por testificar en algún procedimiento de los contenidos en este capítulo o por cualquier otra razón no válida que exista para tal acción de parte del empleador.

Cualquier reclamo que alegue dicha práctica discriminatoria deberá ser presentado dentro de los dos años de cometida dicha práctica. Al probar que un empleador ha violado esta sección, la junta emitirá una orden para que cualquier empleado que haya sido discriminado sea restituido en su puesto de trabajo o en su defecto restituido a la posición o privilegios que debiera tener y deberá ser compensado por el empleador por cualquier remuneración no recibida en consecuencia de la discriminación, además de los honorarios o indemnizaciones por los servicios prestados por el abogado o representante autorizado, según lo establezca la junta. Cualquier empleador que incurra en la violación de esta sección está sujeto a una sanción de no menos de cien dólares o más de quinientos dólares, según lo establezca la junta. Todas estas multas se deben pagar en la tesorería del estado. Todas las multas, compensaciones, honorarios o indemnizaciones deben ser pagadas exclusivamente por el empleador. Únicamente el empleador, sin el uso de agentes, es responsable del pago de cualquier multa o indemnización. Se invalida cualquier provisión en pólizas de seguro que tomen responsabilidad para liberar al empleador del pago de tales multas o indemnizaciones.

El empleador al que se le haya comprobado la violación de esta sección y el empleado agravado deben comparecer ante la junta para verificar el cumplimiento por parte del empleador dentro de los primeros treinta días luego de la recepción de la decisión final. En caso de que no se comparezca para verificar el cumplimiento o haya incumplimiento de una orden o multa emitida por la junta dentro de los primeros treinta días de emitida la orden o el aviso de multa, la dirección o cualquier otra parte, con la autorización de la dirección, puede hacer cumplir la orden o multa en forma de concesión de la indemnización, con la excepción de los casos en los que se solicite en el debido tiempo a la junta una modificación, recisión o revisión de dicha orden o multa bajo la sección veintitrés de este capítulo.

**Sec. 241. Aplicación de otras disposiciones de este capítulo.** Todas las facultades y deberes conferidos o impuestos sobre la figura del director y la junta por este capítulo que son necesarios para la administración de este artículo y no inconsistentes son, en este sentido, aplicables a este artículo; y ninguna de las otras disposiciones contenidas en este capítulo relacionadas con los beneficios proporcionados por otros artículos del mismo capítulo se interpretarán como aplicables a este artículo. Las disposiciones de la sección ciento veinte de este capítulo se aplicarán en su totalidad, como se establece en este artículo, excepto que las multas pagadas a la tesorería del estado en virtud de este artículo se aplicarán a los gastos de administración del mismo.

### SOBRE LA REPRESENTACIÓN

Si bien no tiene la obligación de buscar a alguien que lo represente en relación a una queja por discriminación, tiene el derecho de que un abogado o un representante licenciado lo represente si así lo desea. Si es representado por un abogado o representante licenciado en lo que respecta a su caso por compensación obrera o beneficios por discapacidad y desea que lo represente, comuníquese con esta persona para determinar si lo representará. De no ser así, tiene el derecho a escoger a otro representante de su elección.

**Notificación conforme a la Ley de protección de la privacidad personal de Nueva York (Artículo 6-A de la Ley de funcionarios públicos) y la Ley federal de privacidad de 1974 (§ 552a del título 5 del U.S.C.).**

La autoridad de la Junta de Compensación Obrera (Junta) para solicitar que los demandantes proporcionen la información personal, incluido su número de seguro social, se deriva de la autoridad investigadora de la Junta de conformidad con la Ley de Compensación Obrera (Worker's Compensation Law, WCL), § 20 y su autoridad administrativa de acuerdo con la WCL, § 142. Esta información es recolectada para ayudar a la junta a investigar y administrar los reclamos de la manera más conveniente posible y para ayudarla a mantener los registros de reclamos precisos. Proporcionar su número de seguro social a la Junta es voluntario. No hay penalidad por no proporcionar su número de seguro social en este formulario; no traerá como consecuencia una denegación de su reclamo o una reducción en los beneficios. La junta protegerá la confidencialidad de toda la información personal en su posesión y la divulgará solo en cumplimiento de sus deberes oficiales de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables.

**SI NECESITA AYUDA PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO O SI TIENE ALGUNA PREGUNTA, COMUNÍQUESE CON CUALQUIER OFICINA DE LA JUNTA DE COMPENSACIÓN OBRERA (WORKERS' COMPENSATION BOARD).**