

ESTADO DE NUEVA YORK
JUNTA DE COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES
AVISO DE CUMPLIMIENTO

Beneficios por discapacidad del estado de Nueva York

Beneficios por discapacidad para empleados

1. Si usted no puede trabajar por una enfermedad o lesión, que no se relaciona con el trabajo, es posible que tenga derecho a recibir beneficios semanales de su empleador, de su compañía aseguradora o del Fondo Especial para Beneficios por Discapacidad.
2. Para reclamar los beneficios, debe presentar un formulario de reclamo dentro de un período de 30 días desde la primera fecha de su discapacidad, pero, en ningún caso, más de 26 semanas después de dicha fecha.
3. Complete el formulario de reclamo DB-450 (Aviso y constancia de reclamo de beneficios por discapacidad)
Puede obtener el formulario de su empleador, su compañía aseguradora, su proveedor de atención médica, cualquier oficina de Seguro por Desempleo, el sitio web de la Junta de Compensación de los Trabajadores (www.wcb.ny.gov) o cualquier oficina de la Junta.
IMPORTANTE: Antes de presentar su reclamo, su proveedor de atención médica debe completar la "Declaración del proveedor de atención médica" en el formulario donde se indica su período de discapacidad.
 - Si usted tiene un empleo, o ha estado desempleado durante cuatro semanas o menos cuando comienza su discapacidad, envíe el formulario completo a su empleador o a la compañía aseguradora que se indica a continuación.
 - Si ha estado desempleado durante más de cuatro semanas cuando comienza su discapacidad, envíe el formulario completo a Workers' Compensation Board, Disability Benefits Bureau, 328 State Street, Schenectady, New York 12305.
4. Tiene derecho a recibir el tratamiento de un médico, quiropráctico, dentista, enfermero obstétrico, podólogo o psicólogo de su elección. Sin embargo, a diferencia de la compensación de los trabajadores, sus cuentas médicas no se pagarán, a menos que su empleador o el sindicato respondan por el pago de dichas cuentas en virtud del acuerdo o plan de beneficios por discapacidad.
5. Si está enfermo o lesionado durante el período durante el que recibe los beneficios del seguro por desempleo, presente un reclamo por los beneficios por discapacidad siempre y cuando siga teniendo dicha lesión o enfermedad, siguiendo las instrucciones indicadas anteriormente.
6. Si no se presenta a trabajar durante más de siete días, su empleador debe enviarle una Declaración de derechos de beneficios por discapacidad (Formulario DB-271S).
7. Puede no aceptar los beneficios por discapacidad al mismo tiempo que los beneficios por licencia con goce de sueldo para asuntos familiares. El tiempo total de licencia con goce de sueldo para asuntos familiares y por discapacidad en un período de 52 semanas no puede superar las 26 semanas.
8. Puede obtener más información sobre los beneficios por discapacidad escribiendo o llamando a la Junta de Compensación de los Trabajadores.

SHELTERPOINT LIFE INSURANCE COMPANY

1225 FRANKLIN AVENUE, STE 475

GARDEN CITY, NY 11530

PHONE: 800-365-4999

Póliza N°: DBL550933CC

Fecha de entrada en vigencia: 1/1/2024

Hasta: 12/31/2024

☒ Conforme a la ley ☐ Conforme a un plan o un acuerdo

Categoría(s) de empleados cubiertos:

All Employees Eligible Under New York State Disability Benefits Law

Junta de Compensación de los Trabajadores del Estado de Nueva York (NYS Workers' Compensation Board)

Atención al cliente: (877) 632-4996

www.wcb.ny.gov

ESTIPULADO POR EL PRESIDENTE DE LA JUNTA DE COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES (WORKERS' COMPENSATION BOARD)

ESTE AVISO DEBE SER PUBLICADO VISIBLEMENTE EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE LOS EMPLEADORES Y EN LOS ALREDEDORES.

Los empleadores deben publicar el formulario DB-120 para que todas las categorías de empleados sepan quién pagará sus beneficios.



Paid Family Leave

AVISO PARA LOS EMPLEADOS

Cobertura del seguro para el Permiso Familiar Pagado proporcionado por:

SHELTERPOINT LIFE INSURANCE COMPANY

Cubre a los empleados de:

JIB MEDICAL PC

El Permiso Familiar Pagado es un seguro que ofrece días libres pagos con protección laboral para:

- **crear un vínculo** con un recién nacido, un hijo recién adoptado, o niño de cuidado temporal;
- **cuidar** de un miembro de la familia con una condición médica grave;
- **asistir** a seres queridos cuando un miembro de la familia es llamado a prestar servicio militar en el extranjero.

Cómo aplicar:

- **Notifique** a su empleador, por lo menos, con 30 días de anticipación, en caso de ser previsible, o tan pronto como sea posible.
- **Envíe** el Formulario de solicitud del Permiso Familiar Pagado a su empleador.
- **Complete** y adjunte la documentación adicional como se detalla en el formulario de solicitud y envíela a la compañía aseguradora que se indica a continuación.

Los empleadores NUNCA deben discriminar ni tomar represalias en contra de ninguna persona que solicite o que obtenga un Permiso Familiar Pagado.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN Y AYUDA:

Visite **ny.gov/PaidFamilyLeave**
o llame al **(844) 337-6303**

Puede obtener los formularios para solicitar un Permiso Familiar Pagado de las siguientes personas o fuentes:

- su empleador;
- la compañía aseguradora indicada a continuación;
- **ny.gov/PaidFamilyLeave**.

SHELTERPOINT LIFE INSURANCE COMPANY
1225 FRANKLIN AVENUE, STE 475
GARDEN CITY, NY 11530
PHONE: 800-365-4999

Póliza N°: **DBL550933CC**

Fecha de entrada en vigencia: **1/1/2024**

Para: **12/31/2024**

☒ Conforme a la ley ☐ Conforme a un plan o un acuerdo

Categoría(s) de empleados cubiertos:

All Employees Eligible Under New York State Disability Benefits Law

AVISO DE CUMPLIMIENTO

ESTIPULADO POR EL PRESIDENTE DE LA JUNTA DE COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES (WORKERS' COMPENSATION BOARD)
ESTE AVISO DEBE SER PUBLICADO VISIBLEMENTE EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE LOS EMPLEADORES Y EN LOS ALREDEDORES.