NEW YORK STATE | Workers' Compensation Board

# STATE OF NEW YORK – WORKERS' COMPENSATION BOARD
# ESTADO DE NUEVA YORK – JUNTA DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES

## NOTICE OF COMPLIANCE TO EMPLOYEES

Important information for employees who are injured or suffer an occupational disease while working:

1. Your employer is posting this notice and information concerning your rights as an injured worker in compliance with the New York State Workers' Compensation Law.
2. You should notify your employer in writing that there was an incident within 30 days of the date of your injury/illness. You may still file a claim after that time, but your claim may be disallowed.
3. You are entitled to obtain any necessary medical treatment and should do so immediately.
4. In an emergency, you may seek treatment from any health care provider. After that, you must be treated by a Board-authorized health care provider (see wcb.ny.gov/provider for the list of provider disciplines who can treat injured workers). However, if your employer is involved in a certified preferred provider organization (PPO), you must seek your initial medical treatment within that network. Your employer must give you a written statement of your rights concerning further medical care.
5. Do not pay any health care providers directly. Health care providers must submit their bills and medical reports to the insurance carrier listed at the bottom of this document through a Board-approved electronic submission partner, who will send copies to the Board. If there is a dispute about your claim, the health care provider must wait until the Board makes a decision before it attempts to collect payment from you. If you do not pursue your claim or the Board rules that your injury/illness is not work-related, you may be responsible for the payment of the bills.
6. You may be entitled to lost time benefits if your work-related injury/illness keeps you from work for more than seven calendar days, compels you to work at lower wages, or results in permanent disability to any part of your body. The Board offers free vocational rehabilitation services if you need help returning to work.
7. You are entitled to be represented by an attorney or licensed representative, but it is not required. If you do hire a representative, do not pay them directly. Any fee will be approved by the Board and will be deducted from your award.
8. If you have difficulty in obtaining a claim form or need help in filling it out, or if you have any other questions or problems about a job-related injury/illness, contact the Workers' Compensation Board at the number below.

For information about submitting claim forms or sending other documents to the Board, visit:

**wcb.ny.gov/forms**

To speak with a Customer Service representative, call:

**877-632-4996**

## AVISO DE CUMPLIMIENTO A EMPLEADOS

Información importante para los empleados que tienen una lesión o enfermedad ocupacional relacionada con el trabajo:

1. Su empleador publica este aviso y esta información sobre sus derechos como trabajador lesionado, de conformidad con la Ley de Compensación Obrera del estado de Nueva York.
2. Debe notificar por escrito a su empleador que se ha producido un incidente en un plazo de 30 días a partir de la fecha de la lesión o enfermedad. Puede presentar una reclamación después de ese plazo, pero es posible que no se admita.
3. Usted tiene derecho a recibir cualquier tratamiento médico necesario y debe hacerlo de inmediato.
4. En caso de emergencia, puede recibir tratamiento de cualquier proveedor de atención médica. Después de eso, debe ser atendido por un proveedor de atención médica autorizado por la Junta (consulte wcb.ny.gov/provider para ver la lista de disciplinas de los proveedores que pueden tratar a los trabajadores lesionados). Sin embargo, si su empleador tiene una organización de proveedores preferidos (preferred provider organization, PPO) certificada, usted debe recibir su tratamiento médico inicial dentro de esa red. Su empleador debe entregarle una declaración escrita de sus derechos en relación con la atención médica adicional.
5. No pague directamente a ningún proveedor de atención médica. Los proveedores de atención médica deben enviar sus facturas e informes médicos a la compañía aseguradora que figura al final de este documento a través de un socio de presentación electrónica aprobado por la Junta, que enviará copias a la Junta. Si hay una controversia acerca de su reclamo, el proveedor de atención médica debe esperar a que la Junta tome una decisión antes de solicitar que usted pague los servicios proporcionados. Si usted no sigue adelante con su reclamo o la Junta decide que su lesión/enfermedad no está relacionada con el trabajo, es posible que usted deba pagar las facturas por dichos servicios.
6. Puede tener derecho a beneficios por pérdida de tiempo laboral si su lesión/enfermedad relacionada con el trabajo le impide trabajar más de siete días calendario, lo obliga a trabajar con salarios más bajos o provoca una discapacidad permanente en cualquier parte de su cuerpo. La Junta ofrece servicios de rehabilitación vocacional gratuitos si necesita ayuda para volver a trabajar.
7. Usted tiene derecho a ser representado por un abogado o un representante autorizado, pero no es obligatorio. Si contrata a un representante, no le pague directamente. La Junta aprobará los honorarios que correspondan, y estos se deducirán de su indemnización.
8. Si tiene dificultades para obtener un formulario de reclamo o necesita ayuda para completarlo, o si tiene alguna otra pregunta o problema con respecto a una lesión/enfermedad relacionada con el trabajo, póngase en contacto con la Junta de Compensación para Trabajadores llamando al número que aparece más abajo.

Para obtener información sobre la presentación de formularios de reclamo o el envío de otros documentos a la Junta, visite:

**wcb.ny.gov/forms**

Para hablar con un representante del Servicio de Atención al Cliente, llame al:

**877-632-4996**

---

Workers' compensation benefits, when due, will be paid by (Los beneficios de compensación obrera, cuando debidos, seran pagados por):

Name, address and telephone number of licensed insurance carrier, authorized group self-insurer or main office of authorized self-insurer

For Insurance Carriers ONLY: Policy No _____

Policy in Force from _____ to _____

Name of employer (Nombre del patrono)

**THIS NOTICE MUST BE POSTED CONSPICUOUSLY IN AND ABOUT THE EMPLOYER'S PLACE OR PLACES OF BUSINESS.**

Failure by an employer to post this notice in and about the employer's place or places of business may result in a $500 penalty for each violation.