



**IF YOU ARE UNABLE TO WORK BECAUSE OF A NON-OCCUPATIONAL
ILLNESS OR INJURY, YOU MAY BE ENTITLED TO DISABILITY BENEFITS**

1. Your employer is required by law to provide for the payment of disability benefits to his/her employees.
2. Statutory disability benefits are payable for any non-work related injury or illness (including disability due to pregnancy) beginning with the 8th consecutive day of disability. Benefits are payable for up to 26 weeks. The total amount of combined paid family and disability leave an employee may take in a 52 consecutive week period may not exceed 26 weeks. Benefit payments are based on your average weekly wages for the eight weeks immediately prior to your disability, and are subject to the maximum allowable by the law in effect on the initial day of disability. Your employer or union may provide for different benefits which are at least as favorable as statutory benefits under an approved Disability Benefits Plan or Agreement.
3. **TO CLAIM BENEFITS** you should file written notice and proof of disability (Claim Form DB-450) with your employer or the insurance carrier named below within 30 days from the first day of your disability, or all or part of your claim may be rejected. In no event should you wait more than 26 weeks from that date to file a claim. You may obtain Form DB-450 from your employer, its insurance carrier, your health care provider or by contacting the Workers' Compensation Board. (See address and telephone number below.) **Do not** assume that your employer has filed a claim on your behalf; **claim filing is your responsibility.**
4. You are entitled to be treated by any physician, chiropractor, dentist, nurse-midwife, podiatrist or psychologist of your choice. Unlike workers' compensation, your medical bills will **not** be paid by your employer or the insurance carrier, unless your employer and/or union provides for the payment of medical bills under an approved Disability Benefits Plan or Agreement.
5. Disability benefits are to be paid **directly** to you by the insurance carrier, **not through your employer**, unless your employer is an approved self-insurer.
6. **If your employer or the insurance carrier contends that you are not entitled to the payment of disability benefits, they are required to send you a Notice of Rejection, within 45 days of the filing of your claim, telling you the reasons benefits are not being paid. If you disagree with their rejection, you have a legal right to request a review of the rejection by the Workers' Compensation Board. IMPORTANT: If within 45 days of filing your claim you do not receive benefits and do not receive a Notice of Rejection (Form DB-451), promptly contact the Workers' Compensation Board at the telephone number below.**
7. **If your disability is the result of an automobile accident** and you have filed a claim for no-fault benefits, you must also file a claim (Form DB-450) for disability benefits. **If you do not file for disability benefits, the no-fault insurer may reduce your no-fault payments. IMPORTANT: In such cases, if you are not entitled to disability benefits, immediately advise the no-fault insurance carrier.**
8. Your employer may not ask you to waive your right to disability benefits nor may your employer deduct more than 60 cents a week (unless the additional contribution is part of an approved plan) from your pay to contribute to the payment of disability benefits insurance premiums. **You cannot be discharged or discriminated against for filing a claim for disability benefits.**

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 NON-WORK RELATED INJURY OR ILLNESS, CONTACT ANY OFFICE OF THE WORKERS' COMPENSATION BOARD.

This information is a simplified presentation of your rights as required by Section 229 of the Disability and Paid Family Leave Benefits Law. Your employer's disability benefits insurance carrier is:

ShelterPoint Life Insurance Company
1225 Franklin Avenue, Ste 475
Garden City, NY 11530
Phone: 800-365-4999

**Prescribed by the Chair,
Workers' Compensation Board**



SI USTED NO PUEDE TRABAJAR POR CAUSA DE UNA ENFERMEDAD O LESIÓN NO-OCUPACIONAL, USTED PODRÍA TENER DERECHO A BENEFICIOS POR DISCAPACIDAD

1. Por ley, su empleador debe facilitarle el pago de beneficios por discapacidad a sus empleados.
2. Las prestaciones estatutarias por discapacidad son pagaderas para cualquier lesión o enfermedad no-ocupacional relacionada (incluyendo discapacidad por embarazo) comenzando al 8vo día consecutivo de discapacidad. Los beneficios son pagaderos por hasta 26 semanas. La cantidad total de pago combinado por licencia por discapacidad o familiar que un empleado puede recibir dentro de un periodo de 52 semanas consecutivas no puede exceder las 26 semanas. Los pagos por beneficios se basan en su salario semanal promedio de las ocho semanas inmediatamente antes de su discapacidad, y están sujetos al máximo permitido por la ley vigente en el primer día de la discapacidad. Su empleador o sindicato puede ofrecer diferentes beneficios que sean por los menos igual de favorables que los beneficios estatutarios bajo un Plan o Acuerdo de Beneficios por Discapacidad.
3. **PARA RECLAMAR BENEFICIOS** usted debe someter una notificación por escrito y prueba de discapacidad (Formulario de reclamos DB-450) a su empleador o proveedor de seguros indicado a continuación dentro de los 30 días después del primer día de su discapacidad. En ningún caso usted debe esperar más de 26 semanas después de esa fecha para someter un reclamo. Usted puede obtener un Formulario DB-450 con su empleador, su proveedor de seguros, su proveedor de cuidados de salud o contactando la Junta de Compensación Laboral. (Vea la dirección y número de teléfono indicados a continuación.) **No asuma** que su empleador ha sometido un reclamo de parte suya; **someter el reclamo es su responsabilidad**.
4. Usted tiene derecho a ser tratado por cualquier médico, quiropráctico, dentistas, enfermera-partera, podólogo o psicólogo de su preferencia. A diferencia de la compensación de empleados, sus facturas médicas **no** serán pagadas por su empleador o proveedor de seguros, a menos que su empleador y/o sindicato provea el pago de facturas médicas bajo un Plan o Acuerdo de Beneficios por Discapacidad aprobado.
5. Los beneficios por discapacidad serán pagados directamente a usted por el proveedor de seguros, **no a través de su empleador**, a menos que su empleador sea un asegurador aprobado.
6. **Si su empleador o proveedor de seguros le disputa que usted no tiene derecho al pago de beneficios por discapacidad, ellos deben enviarle una Notificación de Rechazo, dentro de 45 días después de haber sometido su reclamo, informándole las razones por las cuales los beneficios no se le están pagando. Si usted no está de acuerdo con su rechazo, usted tiene el derecho legal** de solicitar una revisión del rechazo ante la Junta de Compensación Laboral. **IMPORTANTE:** Si usted no ha recibido beneficios dentro de 45 días después de haber sometido su reclamo y no recibe una Notificación de Rechazo (Formulario DB-451), contacte rápidamente a la Junta de Compensación Laboral llamado al siguiente número de teléfono.
7. Si su discapacidad es el resultado de un accidente automovilístico y usted ha sometido un reclamo para beneficios por no-culpa, usted debe también someter un reclamo (Formulario DB-450) para beneficios por discapacidad. **Si usted no solicita los beneficios por discapacidad, el asegurador por no-culpa puede reducir sus pagos de no-culpa. IMPORTANTE:** En tales casos, si usted no tiene derecho a beneficios por discapacidad, notifique inmediatamente a su proveedor de seguros de no-culpa.
8. Su empleador no le puede pedir que renuncie a su derecho de beneficios por discapacidad ni tampoco puede deducirle más de 60 centavos a la semana (a menos que la contribución adicional sea parte de un plan aprobado) de su salario para contribuir al pago de primas de seguros de beneficios por discapacidad. **Usted no puede ser despedido ni discriminado por someter un reclamo para beneficios por discapacidad.**

SI TIENE ALGUNA DIFICULTAD PARA OBTENER UN FORMULARIO DE RECLAMO O NECESITA AYUDA PARA LLENARLO, O SI TIENE CUALQUIER OTRA PREGUNTA O DUDA ACERCA DE UNA ENFERMEDAD O LESIÓN NO-OCUPACIONAL RELACIONADA, CONTACTE A CUALQUIER OFICINA DE LA JUNTA DE COMPENSACIÓN LABORAL.

Esta información es una presentación resumida de sus derechos según las provisiones de la Sección 229 de la Ley de Beneficios de Baja Familiar Remunerada e Discapacidad. El proveedor de seguros de beneficios por discapacidad de su empleador es:

ShelterPoint Life Insurance Company
1225 Franklin Avenue, Ste 475
Garden City, NY 11530
Phone: 800-365-4999

**Estipulado por el Presidente,
Junta de Compensación Laboral**