

# New York State Disability Benefits STATEMENT OF RIGHTS



Workers'  
Compensation  
Board

If you are unable to work due to a non-occupational illness or injury,  
you may be entitled to disability benefits.

1. You may be entitled to statutory disability benefits for a non-work-related injury or illness (including disability due to pregnancy) beginning with the eighth consecutive day of disability. Disability benefits are paid **directly to you** by your employer's insurer, **not** through your employer, unless your employer is an approved self-insurer. You can take up to 26 weeks of disability at 50% of your average weekly wage, capped at \$170 per week. Generally, your average weekly wage is the average of your last eight weeks of pay prior to starting disability. Your employer or union may provide different benefits, at least as favorable as statutory, under an approved disability benefits plan or agreement.
2. If you also take New York State (NYS) Paid Family Leave (PFL), your combined total disability leave and PFL in any consecutive 52-week period may not exceed 26 weeks. You cannot take PFL and disability leave at the same time.
3. You can be treated by any physician, podiatrist, chiropractor, dentist, nurse midwife, or psychologist who can certify your disability. Your medical bills are not covered, unless your employer and/or union provides for the payment of medical bills under an approved disability benefits plan or agreement.
4. Your employer may **not** ask you to waive your right to disability benefits. Employers may collect a maximum contribution of 60 cents/week to offset the insurance premium (unless the additional contribution is part of an approved plan). **You cannot be discriminated or retaliated against for requesting or taking disability benefits.**
5. Your employer or employer's insurer is required to begin payment or issue a **Notice of Denial (Form DB-DEN)** or **Notice of Rejection (Form DB-451)** within 18 days of your first day of disability leave or receipt of your completed claim, whichever is later. If you receive **Form DB-DEN**, you will also receive **Form DB-451** with additional information within 45 days of your first day of disability leave or the receipt of your completed claim, whichever is later. If after these 45 days, you have not received benefits or **Form DB-451**, promptly contact the NYS Workers' Compensation Board (Board) at **(877) 632-4996**. NOTE: If you receive **Form DB-451** and disagree, you may request a review by writing to the Board at the bottom right address.

## To file a claim:

1. Obtain a **Notice and Proof of Claim for Disability Benefits (Form DB-450)**, either from the Board at [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov), or from your employer, or your employer's insurer.
2. Follow instructions to complete/submit the form, which includes sections your employer and health care provider must complete.
3. Submit the form to your employer's insurer within 30 days of your first day of disability. If your claim is not paid promptly, contact your employer or their insurer. If you file late, you may not be paid for any disability period more than two weeks before the date you filed. Late filings may be excused if you can show it wasn't reasonably possible to file earlier. No benefits are payable if you file more than 26 weeks after your disability begins, or after you return to work.

**Do not assume that your employer has filed a claim on your behalf; filing a claim is your responsibility.**

Note: 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 **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 insurer.

**FOR HELP OBTAINING A CLAIM FORM OR FILLING IT OUT, OR OTHER QUESTIONS ABOUT BENEFITS FOR YOUR NON-WORK-RELATED INJURY OR ILLNESS, PLEASE CALL **(877) 632-4996**. A BOARD REPRESENTATIVE WILL HELP.**

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:

Standard Security Life Insurance Company of New York  
488 Madison Avenue, Suite-803, New York, NY 10022 Ph. 646-509-2100

PRESCRIBED BY THE CHAIR,  
WORKERS' COMPENSATION BOARD  
NYS Workers' Compensation Board  
Disability Benefits Bureau  
PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029

**WCB.NY.GOV**

# Beneficios por discapacidad del estado de Nueva York

## DECLARACIÓN DE DERECHOS



Workers' Compensation Board

**Si no puede trabajar debido a una enfermedad o lesión no profesional, puede tener derecho a los beneficios por discapacidad.**

1. Puede tener derecho a los beneficios legales por discapacidad en caso de lesión o enfermedad no relacionada con el trabajo (incluida la discapacidad por embarazo) a partir del octavo día consecutivo de discapacidad. Los beneficios por discapacidad se los abonará **directamente** la aseguradora contratada por su empleador, y **no** se hará a través de su empleador, a menos que este cuente con una autorización de autoaseguramiento. Puede percibir hasta 26 semanas por discapacidad equivalentes al 50 % de su salario semanal promedio, con un límite de \$170 por semana. Por lo general, su salario semanal promedio es el promedio correspondiente a sus últimas ocho semanas de salario antes de comenzar la discapacidad. Su empleador o sindicato pueden proporcionarle beneficios diferentes, que sean al menos tan favorables como los establecidos por ley, en virtud de un plan o convenio de beneficios por discapacidad aprobado.
2. Si también disfruta de un Permiso Familiar Retribuido (Paid Family Leave, PFL) del estado de Nueva York (New York State, NYS), la suma de su permiso por discapacidad total y su PFL en cualquier periodo consecutivo de 52 semanas no podrá exceder del límite de las 26 semanas. No puede disfrutar del PFL y del permiso por discapacidad al mismo tiempo.
3. Puede ser tratado por cualquier profesional de la medicina, podología, quiropraxia, odontología, enfermería especializada en obstetricia o psicología que pueda certificar su discapacidad. Las facturas médicas no están cubiertas a menos que su empleador o sindicato prevean el pago de las facturas médicas en virtud de un plan o convenio de beneficios por discapacidad aprobado.
4. Su empleador **no** puede pedirle que renuncie a su derecho a percibir los beneficios por discapacidad. Los empleadores pueden cobrar como máximo una cuota de 60 céntimos semanales para compensar la prima del seguro (salvo que la cuota adicional forme parte de un plan aprobado). **No puede ser objeto de discriminación o represalias por solicitar o percibir los beneficios por discapacidad.**
5. Su empleador o la aseguradora de su empleador están obligados a iniciar el pago o a emitir un **Aviso de Denegación (formulario DB-DEN)** o **un Aviso de Rechazo (formulario DB-451)** en un plazo de 18 días a partir de su primer día de baja por discapacidad o de la recepción de su reclamo debidamente llenado, lo que ocurra en última instancia. Si recibe el **formulario DB-DEN**, también recibirá el **formulario DB-451** con información adicional en un plazo de 45 días a partir de su primer día de baja por discapacidad o de la recepción de su reclamo debidamente llenado, lo que ocurra en última instancia. Si transcurridos esos 45 días, no ha recibido los beneficios o el **formulario DB-451**, póngase rápidamente en contacto con la Junta de Compensación de los Trabajadores del estado de Nueva York (la Junta) llamando al **(877) 632-4996**. NOTA: si recibe el **formulario DB-451** y no está de acuerdo, puede solicitar una revisión mediante un correo enviado a la Junta a la dirección que aparece abajo a la derecha.

### Para presentar un reclamo:

1. Obtenga un **Aviso y una Prueba de Reclamo de Beneficios por Discapacidad (Formulario DB-450)**, ya sea de la Junta a través de [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov), de su empleador o de la aseguradora de su empleador.
2. Siga las instrucciones para llenar y enviar el formulario, que incluye las secciones que deben llenar su empresa y su proveedor de asistencia médica.
3. Envíe el formulario a la aseguradora de su empleador en un plazo de 30 días a partir del primer día de discapacidad. Si su reclamo no se abona con prontitud, póngase en contacto con su empleador o su aseguradora. Si presenta la solicitud fuera del plazo, no se le abonará ningún periodo de discapacidad superior a las dos semanas anteriores a la fecha de la solicitud. El retraso puede justificarse si demuestra que no era razonablemente posible presentar la solicitud antes. No se le abonará ningún beneficio si presenta la solicitud más de 26 semanas después del inicio de su discapacidad o de su reincorporación al trabajo.

**No suponga que su empleador ha presentado un reclamo en su nombre; la presentación del reclamo es responsabilidad suya.**

Nota: si su discapacidad es consecuencia de un accidente de automóvil y ha presentado un reclamo de beneficios sin culpa, también **debe** presentar un **formulario DB-450** para solicitar los beneficios por discapacidad. Si no solicita dichos beneficios, es posible que la aseguradora sin culpa le reduzca los pagos.

**IMPORTANTE:** en estos casos, si no tiene derecho a los beneficios por discapacidad, comuníquesele inmediatamente a la aseguradora sin culpa.

**SI NECESITA AYUDA PARA OBTENER UN FORMULARIO DE RECLAMACIÓN O PARA RELLENARLO, O SI TIENE OTRAS PREGUNTAS SOBRE LOS BENEFICIOS DE SU LESIÓN O ENFERMEDAD NO RELACIONADA CON EL TRABAJO, LLAME AL **(877) 632-4996**. UN REPRESENTANTE DE LA JUNTA LE AYUDARÁ.**

Esta información es una presentación simplificada de sus derechos, tal y como exige la Sección 229 de la Ley de Beneficios por Discapacidad y Permiso Familiar Remunerado. La aseguradora de beneficios por discapacidad de su empleador es:

Standard Security Life Insurance Company of New York  
488 Madison Avenue, Suite-803, New York, NY 10022 Tel. 646-509-2100