

# 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 Paid Family Leave, your combined total disability leave and Paid Family Leave in any consecutive 52-week period may not exceed 26 weeks. You cannot take Paid Family Leave 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. If your claim is denied, your employer or employer's insurer is required to send you a **Notice of Rejection (Form DB-451)**, within 45 days of your claim filing, with the reason(s) benefits are not being paid. If you disagree, you have a right to request a review by the NYS Workers' Compensation Board (Board), which you can request by writing the Board at the bottom right address.

**IMPORTANT:** If, within 45 days of filing your claim, you do not receive benefits and do not receive a **Form DB-451**, promptly contact the Board at **(877) 632-4996**.

### 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, your employer's insurer, or your health care provider.
2. Follow instructions to complete/submit the form, which includes a section your health care provider must complete.
3. Submit the form 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  
Phone: 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](http://WCB.NY.GOV)

### Si no puede trabajar debido a una enfermedad o lesión no ocupacional, puede que tenga derecho a beneficios por discapacidad.

1. Puede que tenga derecho a beneficios por discapacidad legales por una lesión o enfermedad que no esté relacionada con el empleo (incluyendo discapacidad debido a embarazo) a partir del octavo día consecutivo de la discapacidad. Los beneficios por discapacidad se le pagan **directamente a usted** de parte de la aseguradora del empleador, **no** a través del empleador, a menos que su empleador sea un autoasegurado aprobado. Puede tomar hasta 26 semanas de discapacidad al 50% de su salario semanal promedio, con un límite de \$170 por semana. En general, su salario semanal promedio es el promedio de las últimas ocho semanas de su paga antes de comenzar la discapacidad. Su empleador o sindicato podría proporcionar beneficios diferentes, al menos igual de favorables que los legales, bajo un plan o acuerdo de beneficios por discapacidad aprobado.
2. Si también toma un Permiso Familiar Pagado, su total combinado de licencia por discapacidad y Permiso Familiar Pagado en cualquier período consecutivo de 52 semanas no podrá exceder las 26 semanas. No puede tomar un Permiso Familiar Pagado y una licencia por discapacidad al mismo tiempo.
3. Puede ser tratado por cualquier médico, podólogo, quiropráctico, dentista, enfermera partera o psicólogo que pueda certificar su discapacidad. Sus facturas médicas no están cubiertas, a menos que su empleador y/o sindicato estipule el pago de facturas médicas bajo un plan o acuerdo de beneficios por discapacidad aprobado.
4. Su empleador **no** podrá pedirle que renuncie a su derecho a beneficios por discapacidad. Los empleadores podrán cobrar una contribución máxima de 60 centavos/semana para compensar la prima de seguro (a menos que la contribución adicional sea parte de un plan aprobado). **No puede ser discriminado ni se podrán tomar represalias en su contra por tomar beneficios por discapacidad.**
5. Si su reclamo es rechazado, su empleador o la aseguradora de su empleador deberá enviarle una **Notificación de Rechazo (Formulario DB-451)**, dentro de los **45 días** de la presentación de su reclamo, con la(s) razón(es) por la(s) cual(es) su beneficio no se pagará. Si está en desacuerdo, tiene el derecho a solicitar una revisión por parte de la Junta de Compensación Obrera del Estado de Nueva York (la Junta), que podrá solicitar por escrito a la Junta en la dirección que figura en la parte inferior derecha.

**IMPORTANTE:** Si dentro de los **45 días** de presentar su reclamo, no recibe beneficios y no recibe un **Formulario DB-451**, contacte rápidamente a la Junta al **(877) 632-4996**.

### Para presentar un reclamo:

1. Obtenga una **Notificación y prueba de reclamo por beneficios por discapacidad (Formulario DB-450)**, ya sea de parte de la Junta en [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov), o de su empleador, la aseguradora de su empleador o su proveedor de atención médica.
2. Siga las instrucciones para completar/presentar el formulario, que incluye una sección que su proveedor de atención médica deberá completar.
3. Presente el formulario dentro de los **30 días** de su primer día de discapacidad. Si su reclamo no se paga prontamente, contacte a su empleador o a su aseguradora. Si hace una presentación tardía, podrá no recibir pago por ningún período de discapacidad que exceda las dos semanas anteriores a la fecha en que hizo la presentación. Las presentaciones tardías podrán ser excusadas si puede demostrar que no fue razonablemente posible presentar antes. No se pagarán beneficios si presenta más de **26 semanas** luego de comenzada su discapacidad o luego de volver al empleo.

### No asuma que su empleador ha presentado un reclamo en su nombre; presentar un reclamo es su responsabilidad.

Nota: Si su discapacidad es el resultado de un accidente de automóvil, y ha presentado un reclamo por beneficios sin atribución de culpa, **debe** también presentar un **Formulario DB-450** por beneficios por discapacidad. Si no presenta para beneficios por discapacidad, la aseguradora sin atribución de culpa podría reducir sus pagos sin atribución de culpa.

**IMPORTANTE:** En dichos casos, si usted no tiene derecho a beneficios por discapacidad, informe de inmediato a la aseguradora sin atribución de culpa.

**PARA AYUDA PARA OBTENER UN FORMULARIO DE RECLAMO O COMPLETARLO, U OTRAS PREGUNTAS ACERCA DE BENEFICIOS PARA SU LESIÓN O ENFERMEDAD NO RELACIONADA CON EL EMPLEO, POR FAVOR LLAME AL (877) 632-4996. UN REPRESENTANTE DE LA JUNTA LO AYUDARÁ**

Esta información es una presentación simplificada de sus derechos según lo requiere el Artículo 229 de la Ley de beneficios de Licencia Familiar Paga y Discapacidad. La aseguradora de beneficios Permiso Familiar Pago de su empleador es:

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

PRESCRITO POR EL PRESIDENTE,  
JUNTA DE COMPENSACIÓN OBRERA  
Oficina de Beneficios por Discapacidad  
de la Junta de Compensación Obrera del  
Estado de Nueva York  
PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029

[WCB.NY.GOV](http://WCB.NY.GOV)