



Solicitud de redeterminación por dificultad extrema

Párrafo 3 de la sección 35 de la Ley de Compensación de Trabajadores

Información de la reclamación: TODA COMUNICACIÓN DEBE INCLUIR ESTOS NÚMEROS

Fecha de la lesión/enfermedad: N.º de caso de la WCB: Mis beneficios máx. por PPD perderán vigencia el (MM/DD/AAAA):

Información del empleado

Apellido: Primer nombre: ISN: Dirección postal: Línea 2: Ciudad: Estado: Código postal: País: N.º de teléfono durante el día: Dirección de correo electrónico:

Cuándo se debe presentar el Formulario C-35 - Use este formulario si es un trabajador lesionado que solicita una redeterminación debido a una dificultad extrema, tal como se describe en el párrafo 3 de la sección 35 de la Ley de Compensación de Trabajadores (Workers' Compensation Law, WCL), y lo han incluido en la categoría de discapacidad parcial permanente (permanent partial disability, PPD) con pérdida de capacidad para recibir un salario superior al 75 %, y sus beneficios máximos perderán vigencia en el plazo de un año (365 días o menos a partir del día de la fecha).

Ingresos no salariales del grupo familiar - Enumere todos los ingresos no salariales recibidos mensualmente.

Table with 4 columns: Ingreso, Trabajador lesionado, Cónyuge, Otro adulto que resida con el trabajador lesionado. Rows include: Beneficios de compensación de los trabajadores, Beneficios por discapacidad del Seguro Social, Beneficios de jubilación del Seguro Social, Ingresos por manutención de menores, Manutención conyugal, Otros ingresos (especifique):

TOTAL de ingresos no salariales del grupo familiar

Gastos de subsistencia necesarios por mes - Enumere los montos mensuales. Para gastos que no se paguen mensualmente, consulte las instrucciones.

Table with 4 columns: Gastos del grupo familiar, Gastos mensuales, Otros gastos (especifique), Gastos mensuales. Rows include: Renta o hipoteca, Electricidad, combustible/gas, agua/recolección de residuos, Teléfono/teléfono celular/servicio de cable/Internet. Total: Gastos TOTALES del grupo familiar

Otros factores que contribuyan a una dificultad extrema - Use este espacio o adjunte hojas adicionales para incluir detalles sobre cualquier otro factor que contribuya a una dificultad extrema.

Empty rectangular box for additional information.

Firma del trabajador lesionado: Fecha:

Cualquier persona que presente, directa o indirectamente, en forma deliberada o con INTENCIÓN DE ESTAFAR, o bien que prepare, con conocimiento de que será presentada a, o por una aseguradora o autoaseguradora, cualquier información que contenga DECLARACIONES MATERIALES FALSAS o que oculte hechos materiales, SERÁ CULPABLE DE UN DELITO y quedará sujeta a penas sustanciales de PAGO DE MULTAS Y PRISIÓN.

Para el trabajador lesionado: información general sobre el uso de este formulario

Puede presentar este formulario (C-35) y cualquier anexo ante la Junta de Compensación de los Trabajadores por fax, correo electrónico o correo regular. Consulte a continuación para ver la información postal. Conserve una copia del formulario completado y de la documentación de respaldo. Después de que la Junta revise su formulario completado, es posible que nos comuniquemos con usted para solicitarle información adicional. Si este formulario no ofrece espacio suficiente para que incluya toda la información pertinente, adjunte la información adicional en un documento por separado. Rotule todos los documentos en forma clara con su nombre, el número de caso de la WCB y la fecha de la lesión o la enfermedad.

1. Este formulario es para uso exclusivo de los trabajadores lesionados que se han incluido en la categoría de discapacidad parcial permanente con pérdida de capacidad para recibir un salario superior al 75 %.
2. Este formulario puede presentarse ante la Junta de Compensación de los Trabajadores en el plazo de un año antes del agotamiento programado de los pagos de compensación. Los formularios que se presenten antes del período de un año anterior al agotamiento de los beneficios se devolverán y no se procesarán.
3. Use este formulario para enumerar los ingresos de todas las fuentes, incluso los de otras personas que residan en la misma vivienda que el trabajador lesionado. Adjunte hojas adicionales según sea necesario. Use este formulario para enumerar los gastos del grupo familiar y cualquier otro factor que contribuya a una dificultad extrema.

Ingrese los montos mensuales para los gastos. Para los gastos que no sean mensuales, haga la siguiente conversión:

Si una factura se paga...	Calcule el monto mensual...
En forma trimestral	Dividiendo entre 3
En forma semanal	Multiplicando por 4.3
En forma quincenal (cada dos semanas)	Multiplicando por 2.17
En forma bimensual (dos veces por mes)	Multiplicando por 2

4. Presente la documentación para todos los gastos y los ingresos del grupo familiar que se enumeran en el C-35. Las solicitudes incompletas podrían retrasarse y quedar pendientes hasta recibir la información completa.

Complete la información de identificación en la parte superior del C-35 y envíe el formulario, CON TODA LA INFORMACIÓN PERTINENTE ADJUNTA, a la siguiente dirección:

Workers' Compensation Board
PO Box 5205
Binghamton, NY 13902-5205

Dirección para el envío por correo electrónico: wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov • Línea de fax en todo el estado: (877) 533-0337

Divulgación de información: La Junta no divulgará ningún tipo de información sobre su caso a un tercero no autorizado sin su consentimiento. Si decide que dicha información se divulgue a un tercero no autorizado, debe presentar ante la Junta el Formulario OC-110A original firmado, la Autorización del Reclamante para divulgar los expedientes de la Junta de Compensación de los Trabajadores, o bien una carta de autorización original firmada y con certificación notarial. Puede llamar por teléfono a la oficina local de la WCB para solicitar que le envíen el Formulario OC-110A, o bien puede descargarlo desde nuestro sitio web en www.wcb.ny.gov. Está disponible debajo del encabezado Common Forms Online (Formularios comunes en línea). Envíe por correo el formulario completado a la dirección que se indica más arriba.

Notificación de acuerdo con la Ley de Protección de la Privacidad Personal de Nueva York (New York Personal Privacy Protection Law) (Ley de Funcionarios Públicos, artículo 6-A [Public Officers Law]) y la Ley Federal de Privacidad de 1974 (Federal Privacy Act of 1974) (título 5 del Código de los EE. UU. [U.S. Code, U.S.C.], sección 552a). La autoridad que tiene la Junta de Compensación de los Trabajadores (la Junta) para solicitar que los reclamantes proporcionen información personal, incluido su número de Seguro Social, proviene de la autoridad investigadora de la Junta conforme a la Ley de Compensación de Trabajadores, sección 20, y su autoridad administrativa según la sección 142 de la ley WCL. Esta información se recopila para ayudar a la Junta a investigar y administrar los reclamos de la manera más rápida posible y para ayudarla a mantener registros de reclamos precisos. La presentación de su número de Seguro Social a la Junta es voluntaria. No habrá penalización por no proporcionar el número de Seguro Social en este formulario, y esto no provocará el rechazo de su reclamación ni una reducción en los beneficios. La Junta protegerá la confidencialidad de toda la información personal que tenga en posesión y solo la divulgará en su respaldo de sus obligaciones oficiales, de acuerdo con la ley estatal y federal aplicable.