

STATEMENT OF RIGHTS -DISABILITY BENEFITS LAW

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. 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 any office of the Workers' Compensation Board. (See addresses and telephone numbers 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 any office of the Workers' Compensation Board.
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, QR.1E.YQ1L-ANY-QUIFR.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 Benefits Law. Your employer's disability benefits insurance carrier is:

(insert Name and Address of DB Insurance Carrier)



Robert R. Snashall
Chairman

100 Broadway State Office Bldg - 111 Livingston St. 220 Rabro Drive 215 W. 125th Street 168-46 91st Ave.

Menands 44 H-y Street 22nd FkXJr 107 Delaware Ave. Suite 100 175 Fulton Aven- 3rd Fbor 41 North Division St. 3rd Fbor 130 Main Street W. 935 James St. ALBANY 12241 BINGHAMTON 13901 BROOKLYN 11201 BUFFALO 14202
HAUPPAUGE 11788 HEMPSTEAD 11550 NEW YORK 10027 PEEKSKILL 10566 QUEENS 11432 ROCHESTER 14614 SYRACUSE 13203 (518) 474-6674 (607) 721-8356 (800) 877-1373 (716) 842-2051 (631) 952- (516) 560-7700 (800) 877-1373
(914) 788-5775 (800) 877-1373 (716) 238-8300 (315) 423-2932

**DECLARACION DE DERECHOS -LEY DE BENEFICIOS POR INCAPACIDAD SI USTED NO PUEDE
TRABAJAR A CAUSA DE ENFERMEDAD O LESION NO RELACIONADA
CON EL TRABAJO PUEDA TENER DERECHO A BENEFICIOS POR INCAPACIDAD**

1. Su patrono est8 obligado por ley a proveer pagos de Beneficios por Incapacidad a sus empleados.
2. Beneficios por Incapacidad establecidos por ley son pagados por cualquier lesion o enfermedad no relacionada con el trabajo (incluyendo incapacidad debida a embarazo) comenzando a partir del octavo dia consecutivo de incapacidad. Los beneficios son pagados por 26 semanas. Los pagos de beneficios por incapacidad se basan en el promedio de su sueldo semanal durante las ocho semanas inmediatamente anteriores a su incapacidad y estan limitados al maximo permitido por ley el dia inicial de su incapacidad. Su patrono o union podran proveer en un plan o en un convenio beneficios diferentes que sean al menos tan favorables como los establecidos por ley.
3. PARA RECLAMAR BENEFICIOS usted deber8 radicar una notificacion y prueba de incapacidad (Formulario DB450) con su patrono o con la compaiiia de seguros nombrada abajo dentro del plazo de 30 dias desde el primer dia de incapacidad o toda o parte de su reclamacion podra ser rechazada. Bajo ninguna circunstancia usted debe esperar mas de 26 semanas desde esa fecha para radicar su reclamacion. El formulario DB-450 10 puede conseguir a traves de su patrono, la compaiiia de seguros, el proveedor de servicios medicos o cualquier oficina de la Junta de Compensacion Obrera.(Direcciones y telefonos mas abajo). **No** asuma que su patrana ha radicado la reclamacion por usted. La radicaci6n de la reclamacion es su responsabilidad.
4. Usted tiene el derecho de ser atendido por cualquier medico, quiropractico, dentista, enfermera-partera, podiatra, o PSIC010g0 que usted seleccione. Contrario a como ocurre en compensacion obrera sus cuentas medicas no seran pagadas por su patrono o SU compaiiia de seguros a menoS que el patrono y 0 la union 10 hayan dispuesto mediante un plan de beneficios o convenio.
5. Los beneficios por incapacidad le seran pagados a usted directamente por la compaiiia de seguros, no a trave5 de su patrono, salvo en los casos en que su patrono sea aprobado como auto asegurado.
6. Si su patrono o la compaiiia de seguros reclama que usted no tiene derecho al pago de Beneficios por Incapacidad ellos tienen la obligacion de enviarle un Aviso de Rechazo, dentro de los 45 dias siguientes a la radicacion de su reclamacion, explicandole las razones para no pagar los beneficios. Si usted no esta de acuerdo con el rechazo, tiene el derecho de solicitar una revision del mismo por la Junta de Compensacion Obrera. **IMPORTANTE:** Si dentro del termino de 45 dias de haber radicado su reclamacion no recibe los beneficios ni tampoco recibe un Aviso de Rechazo (Formulario DB-451), comuniquese inmediatamente con cualquier oficina de la Junta de Compensacion Obrera.
7. Si 5U incapacidad e5 el resultado de un accidente automovili5tico y usted ha radicado una reclamacion para beneficios por 'no-fault' tambien debera radicar una reclamacion (Formulario DB-450) para beneficios por incapacidad. Si no radica reclamaci6n para benefici05 por incapacidad, la compaiiia de Seguro podria reducir 105 pag05 'no fault' que le corre5pondan. **IMPORTANTE:** en estos casos, si no tiene derecho a beneficios por incapacidad, avise inmediatamente a la compaiiia de seguros.
8. Su patrono no puede pedirle que renuncie a su derecho de recibir beneficios por incapacidad ni tampoco puede descontar mas de 60 centavos semanales (a menos que la contribuci6n adicional sea parte de un acuerdo) de su paga para contribuir al pago de las primas de seguro para los beneficios por incapacidad. Usted no puede ser despedido ni discriminado por radicar una reclamaci6n de beneficios por incapacidad.

SI TIENE DIFICULTAD EN CONSEGUIR UN FORMULARIO DE RECLAMACION O NECESITA AYUDA PARA LLENARLO, Q CUALQUIER QIRQ..PROBLEMA ACERCA DE UNA LESION O ENFERMEDAD NO RELACIONADA CON EL TRABAJO COMUNIQUESE CON CUALQUIER OFICINA DE LA JUNTA DE COMPENSACION OBRERA.

Este es un breve resumen de sus derechos como lo requiere la Secci6n 229 de la Ley de Beneficios por Incapacidad. La compaiiia de seguro de su patrono para beneficios por incapacidad es:

(insert Name and Address of DB Insurance Carrier)



Robert R. Snashall
Presidente

100 Broadway State Office Building 111 Living5ton St. 220 Rabro Drive 215 W. 125111 Street 168-46 9151 Ave.

Menand5 44 Hawley Street 22nd FkJor 107 Delaware Ave. Suite 100 175 Fulton Avenue 3rd FkJor 41 North Division St. 3rd FkJor 130 Main Street W. 935 James St. ALBANY 12241 BINGHAMTON 13901 BROOKLYN 11201 BUFFALO 14202 HAUPPAUGE 11788 HEMPSTEAD 11550 NEW YORK 10027 PEEKSKILL10566 QUEENS 11432 ROCHESTER 14614 SYRACUSE 13203 (518) 474-6674 (607) 721-8356 (800) 877-1373 (716) 842-2051 (516) 560-7700 (914) 788-5775

(631) 952-8000

(800) 877-1373

(800) 877-1373

(716) 239-8300

(315) 423-2932