



Junta de Compensación Obrera del Estado de Nueva York
Primer informe del empleador sobre una enfermedad/lesión relacionada con el trabajo

Una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo se debe reportar en un plazo de 10 días (según la Sección 110) de la lesión/enfermedad o estará sujeta a una multa. A los empleadores no se les requiere presentar el formulario C-2F a la Junta de Compensación Obrera si la aseguradora del empleador va a presentar la información del accidente de forma electrónica a la Junta en nombre del empleador.

Nombre del empleado _____

Número de caso de WCB (JCN) _____ Fecha de la lesión _____

Número de reclamo del Administrador de reclamos _____

INFORMACIÓN DE LA ASEGURADORA/ADMINISTRADOR DEL RECLAMO

Nombre de la aseguradora _____ Identificación de la aseguradora _____

Nombre _____

Info/Atn. _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____

Código postal _____ País _____

Identificación del administrador de reclamos _____

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Primer nombre _____ Segundo nombre/ inicia _____

Apellido _____ Sufijo _____

Dirección postal _____

Ciudad _____ Estado _____

Código postal _____ País _____

Número de teléfono _____ Fecha de contratación _____

Fecha de nacimiento _____ Sexo [] Masculino [] Femenino

NSS del empleado _____ [] Desconocido

Descripción de la ocupación _____

INFORMACIÓN DEL RECLAMO

Hora de la lesión _____ Fecha en la que el empleador tuvo conocimiento de la lesión _____
Situación laboral _____ Fecha en la que el empleador tuvo conocimiento de la fecha de discapacidad _____
Salario semanal estimado _____ Número de días trabajados a la semana _____
Tipo de trabajo semanal Semana laboral estándar Semana de trabajo fijo Semana de trabajo variado **Días de trabajo programados**
 Dom Lun Mar Miér Jue Vie Sáb

LESIÓN DEL EMPLEADO

Salarios completos pagados en la fecha de la lesión Sí No Salario pagado por el empleador en lugar de la indemnización Sí No
Tratamiento inicial No hubo tratamiento médico Tratamiento menor en el lugar por parte del Tratamiento menor en la clínica/hospital
 Evaluación de emergencia Hospitalización por más de 24 horas Tratamiento médico mayor en el futuro/ tiempo perdido anticipado
Fallecimiento como resultado de la lesión Sí No Desconocido Fecha de fallecimiento _____ Número de dependientes _____
Naturaleza de la lesión (por ejemplo, laceración, quemaduras, fractura, esguince, etc.) _____
Parte del cuerpo (por ejemplo, brazo izquierdo, pie derecho, cabeza, múltiple, etc.) _____
Causa de la lesión (por ejemplo, vehículo motorizado, máquina, esguince o lesión por levantar algo, etc.) _____
Descripción del accidente/lesión (consulte las instrucciones)

SITUACIÓN LABORAL

Fecha inicial del último día trabajado _____ Tipo de regreso al trabajo Efectivo Autorizado
Fecha inicial en la que comenzó la discapacidad _____ Restricciones físicas Sí No
Fecha inicial de regreso al trabajo _____ Regresó a trabajar con el mismo empleador Sí No

LUGAR DEL ACCIDENTE Y TESTIGOS

Instalaciones (consulte las instrucciones) Empleador Arrendatario Otro
Nombre de la organización _____
Calle _____ Estado _____
Ciudad _____ Código postal _____
Condado _____ País _____
Narrativa del lugar _____
Testigos _____ Número de teléfono de la empresa _____

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Nombre _____	FEIN del empleador _____
Número de UI _____	Código de clasificación manua _____
Código de la industria _____	
Info/Atn. _____	
Dirección postal _____	
Ciudad _____	Estado _____
Código postal _____	País _____
Dirección física _____	
Ciudad _____	Estado _____
Código postal _____	País _____
Nombre del contacto _____	
Número de teléfono de la empresa del contacto _____	

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

Nombre del asegurado _____	FEIN del asegurado _____
Tipo de asegurado <input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Asegurado por cuenta propia <input type="checkbox"/> Sin seguro	Identificación del lugar del asegurado _____
Identificación del número de póliza _____	
Fecha de entrada en vigencia de la póliza _____	Fecha de vencimiento de la póliza _____

Un empleador o compañía aseguradora, o cualquier empleado, agente o persona que actúe en nombre de un empleador o compañía aseguradora, que A SABIENDAS HAGA UNA DECLARACIÓN O REPRESENTACIÓN FALSA en cuanto a un hecho material en el curso del informe, investigación o ajuste de un reclamo para obtener cualquier beneficio o pago bajo este capítulo con el propósito de evitar la provisión de dicho pago o beneficio SERÁ CULPABLE DE UN DELITO Y ESTARÁ SUJETO A MULTAS CONSIDERABLES Y PRISIÓN.

La información anterior es verdadera según mi leal saber y entender.

Si lo prepara el empleador:

Firma de la persona que prepara el formulario _____ Fecha _____

Nombre en letra de molde _____

Título _____ Número de teléfono _____

Junta de Compensación Obrera del Estado de Nueva York
Instrucciones para completar el Formulario C-2F "Primer informe del empleador sobre una enfermedad/lesión relacionada con el trabajo"

Escriba el nombre del empleado lesionado en la parte de arriba del informe. Complete la fecha de la lesión/enfermedad, según lo que sabe. Si no tiene o no conoce su Número de caso de la Junta de Compensación Obrera o el Número de reclamo del Administrador de reclamos, deje este campo en blanco. No se requiere para procesar el formulario.

Información de la aseguradora/administrador del reclamo:

- **Nombre de la aseguradora:** el nombre de su Aseguradora de compensación de los trabajadores o el nombre de su Grupo asegurado por cuenta propia.
- **Identificación de la aseguradora:** número del código de la aseguradora (número **W**) emitido por la Junta de Compensación Obrera. Si no conoce el número **W**, comuníquese con su aseguradora.
- **Nombre:** el nombre del Administrador de reclamos (oficina que ajusta los reclamos y que se está haciendo cargo del reclamo).
- **Info/Atn:** cualquier información de contacto pertinente del Administrador de reclamos.
- **Dirección, ciudad, estado, código postal y país:** la dirección del administrador de reclamos, si se conoce.
- **Identificación del administrador de reclamos:** número del código de la aseguradora (número **W**) o Número del administrador externo (número **T**) emitido por la Junta de Compensación Obrera. Si no conoce el número del Administrador externo (número **T**), comuníquese con su Administrador de reclamos.

Información del empleado:

- **Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido, sufijo:** el nombre completo legal del empleado lesionado.
- **Dirección postal, ciudad, estado, código postal y país:** la dirección completa del empleado lesionado.
- **Número de teléfono:** el número de teléfono del empleado incluyendo el código de área.
- **Fecha de contratación:** la fecha en la que se contrató al empleado.
- **Fecha de nacimiento:** la fecha de nacimiento del empleado.
- **Sexo:** marque el sexo correspondiente.
- **NSS del empleado:** el número del Seguro Social (NSS) del empleado.
- **Descripción de la ocupación:** identifique la ocupación principal del empleado al momento del accidente.

Información del reclamo:

- **Hora de la lesión:** la hora en la que ocurrió la lesión/enfermedad.
- **Fecha en la que el empleador tuvo conocimiento de la lesión:** la fecha en la que el empleador supo sobre la lesión/enfermedad.
- **Situación laboral:** la situación laboral aplicable del empleado (por ejemplo: tiempo completo, medio tiempo, temporal, voluntario, etc.).
- **Fecha en la que el empleador tuvo conocimiento de la fecha de discapacidad:** la fecha en la que se notificó al empleador o este se enteró de la discapacidad/incapacidad del empleado relacionada con el trabajo.
- **Salario semanal estimado:** escriba el pago bruto semanal promedio del empleado antes de la lesión/enfermedad.
- **Número de días trabajados a la semana:** escriba el número de días de trabajo regularmente planificado por semana (1-7).
- **Tipo de semana de trabajo:** marque qué tipo de semana de trabajo tenía el reclamante al momento de la lesión. Estándar (5 días, programados de lunes a viernes), fijo (días establecidos que trabaja durante la semana, pero no programados como 5 días, de lunes a viernes) o variado (el empleado no tenía un programa específico establecido de la semana de trabajo).
- **Días de trabajo programados:** marque qué días de trabajo de la semana corresponden al programa de trabajo del reclamante al momento de la lesión. Si selecciona "Semana de trabajo variado" para el tipo de semana de trabajo, puede dejar este campo en blanco.

Lesión del empleado:

- **Salarios completos pagados en la fecha de la lesión:** marque *Sí* o *No*.
- **El empleador pagó el salario en lugar de la indemnización:** marque *Sí* o *No* para indicar si el empleado continuó recibiendo un pago después de la lesión/enfermedad, como por ejemplo, licencia por enfermedad o pago por discapacidad.
- **Tratamiento inicial:** marque el tipo de tratamiento inicial.
- **Fallecimiento como resultado de la lesión:** marque *Sí* o *No* o *Desconocido* para indicar si la lesión/enfermedad tuvo como resultado la muerte.
- **Fecha de fallecimiento:** indique la fecha de muerte, si aplica.
- **Número de dependientes:** el número de dependientes, *si se conoce (únicamente para casos de fallecimiento)*.
- **Naturaleza de la lesión:** indique el tipo de lesión (por ejemplo, laceración, quemaduras, fractura, esguince, etc.).
- **Parte del cuerpo:** indique la parte del cuerpo en donde sufrió la lesión (por ejemplo, brazo izquierdo, pie derecho, cabeza, múltiple, etc.).
- **Causas de la lesión:** indique qué provocó la lesión (por ejemplo, vehículo motorizado, máquina, esguince o lesión por levantar algo, etc.).
- **Descripción del accidente/lesión:** describa cómo ocurrió el accidente y las lesiones provocadas.

Situación laboral:

- **Fecha inicial del último día trabajado:** el último día trabajado antes del tiempo perdido.
- **Tipo de regreso al trabajo:** marque *Efectivo* para el empleado que en realidad haya regresado al trabajo o marque *Autorizado* para el empleado que fue autorizado para trabajar, pero que no lo hizo.
- **Fecha inicial en la que comenzó la discapacidad:** primer día de la discapacidad (tiempo perdido) después de haber cumplido el requisito del período de espera de 7 días. Si el empleado era un Trabajador voluntario en la ambulancia o un Bombero voluntario, no existe el período de espera de 7 días.
- **Restricciones físicas:** marque *Sí* si el empleado regresó a trabajar con restricciones; marque *No* si el empleado regresó a trabajar sin restricciones.
- **Fecha inicial de regreso al trabajo:** si el empleado regresó a trabajar, indique la fecha inicial de regreso al trabajo.
- **Regresó a trabajar con el mismo empleador:** marque *Sí* o *No*.

Lugar del accidente y testigos:

- **Instalaciones:** marque el lugar indicado en donde ocurrió la lesión. *Empleador:* el accidente ocurrió en las instalaciones del empleador; *Arrendatario:* el accidente ocurrió en las instalaciones del arrendatario para el cual estaba contratado el empleado; u *Otro:* el accidente ocurrió en otro lugar que no es el del empleador para el cual estaba contratado el empleado. Marque *Empleador* si el empleado era miembro del Servicio de voluntarios de ambulancia o un Departamento de Bomberos voluntarios y se lesionó mientras trabajaba para su propio servicio/departamento. Marque *Otro*, si el empleado se lesionó trabajando en una capacidad oficial para un Servicio de voluntarios de ambulancia o un Departamento de Bomberos voluntarios aparte del cual era miembro.
- **Nombre de la organización:** el nombre de la organización en donde ocurrió la lesión/enfermedad.
- **Calle, ciudad, estado, código postal, condado y país:** la dirección en donde ocurrió la lesión/enfermedad.
- **Narrativa del lugar:** proporcione cualquier descripción adicional del lugar: (por ejemplo: Edificio C, 4.º piso en la habitación 101).
- **Testigos y Número de teléfono de la empresa:** indique el nombre y los números de teléfono de la empresa de cualquiera de los testigos de la lesión/enfermedad.

Información del empleador:

- **Nombre:** el nombre de la compañía o el nombre del propietario y el nombre DBA. Si el empleado era miembro de un Servicio de voluntarios de ambulancia o un Departamento de Bomberos voluntarios, se debe escribir el nombre de la subdivisión política.
- **FEIN del empleador:** su número de identificación federal del empleador (FEIN). Este es su número de identificación de impuestos federal. Si no tiene un FEIN, escriba su número del Seguro Social. Si el empleador era un Servicio de voluntarios de ambulancia o un Departamento de Bomberos voluntarios, se debe escribir el FEIN de la subdivisión política.
- **Número de UI:** escriba los primeros 7 dígitos de su número de registro (UIER) del seguro de desempleo de Nueva York (NY UI). Este es el número que se usa para reportar al Departamento de Trabajo.
- **Código de clasificación manual:** el código de clasificación manual de la New York Compensation Insurance Rating Board - Junta de Calificación de Indemnización de Nueva York (NYCIRB), si se conoce. Este se puede encontrar en su póliza de seguro de compensación de los trabajadores.
- **Código de la industria:** North American Industry Classification System - Sistema de clasificación industrial norteamericano (NAICS). Si no conoce su NAICS, describa el tipo o la naturaleza del negocio con la mayor precisión posible (por ejemplo: restaurante, construcción, minorista).
- **Info/Atn:** indique cualquier información de contacto pertinente del empleador.
- **Dirección postal, ciudad, estado, código postal y país:** la dirección principal del empleador en donde recibe correo (como la oficina central). Incluya los Apartados postales (P.O. Boxes).
- **Dirección física, ciudad, estado, código postal y país:** la dirección física del empleador (si es distinta).
- **Nombre del contacto y Número de teléfono de la empresa del contacto:** indique el nombre y el número de teléfono del supervisor directo del empleado, incluyendo código de área.

Información del asegurado:

- **Nombre del asegurado:** el nombre de la entidad asegurada. Si el empleado era miembro de un Servicio de voluntarios de ambulancia o un Departamento de Bomberos voluntarios, se debe escribir el nombre del servicio de ambulancia o del departamento de bomberos.
- **FEIN del asegurado:** el número de identificación federal del empleador (FEIN) del asegurado. Este es su número de identificación de impuestos federal. Si no tiene un FEIN, escriba su número del Seguro Social. Si el asegurado es un Servicio de voluntarios de ambulancia o un Departamento de Bomberos voluntarios, se debe escribir el FEIN del servicio de ambulancia o del departamento de bomberos.
- **Identificación del lugar del asegurado:** indique la identificación del lugar del asegurado, si la hay (por ejemplo: Tienda 202, Obra 51, etc.).
- **Tipo de asegurado:** marque el acuerdo del seguro: *asegurado*, *asegurado por cuenta propia*, o *sin seguro*.
- **Identificación del número de póliza:** su número de póliza de seguro de compensación de los trabajadores.
- **Fecha de vigencia y de vencimiento de la póliza:** las fechas de vigencia y de vencimiento de la póliza.