

STATE OF NEW YORK
WORKERS' COMPENSATION BOARD

ESTADO DE NUEVA YORK — LA JUNTA DE COMPENSACION OBRERA

**NOTICE OF COMPLIANCE
DISABILITY BENEFITS LAW
TO EMPLOYEES**

**AVISO DE CUMPLIMIENTO
LEY DE BENEFICIOS POR INCAPACIDAD
A LOS EMPLEADOS**

1. If you are unable to work because of an illness or injury not work-related, you may be entitled to receive weekly benefits from your employer, or his or her insurance company, or from the Special Fund for Disability Benefits.
2. To claim benefits you must file a claim form, within 30 days from the first date of your disability, but in no event more than 26 weeks from such date.
3. Use one of the following claim forms:
-If, when your disability begins, you are employed or are unemployed for four weeks or less, use the WHITE claim form (Form DB-450), which you may obtain from your employer, his or her insurance carrier, your health provider or any office of the Workers' Compensation Board, and send it to your employer or the insurance carrier named below.
-If, when your disability begins, you have been unemployed more than four weeks, use the GREEN claim form (Form DB-300), which you may obtain from any Unemployment Insurance Office, your health provider, or any office of the Workers' Compensation Board. Send completed claim form to the Workers' Compensation Board, Disability Benefits Bureau, Albany, New York 12241.
IMPORTANT: Before filing your claim, your health provider must complete the "Health Care Provider's Statement" on the claim form, showing your period of disability.
4. You are entitled to be treated by any physician, chiropractor, dentist, nurse-midwife, podiatrist or psychologist of your choice. However, unlike worker's compensation, your medical bills will not be paid unless your employer and/or union provides for the payment of such bills under a Disability Benefits Plan or Agreement.
5. If you are ill or injured during the time you are receiving Unemployment Insurance Benefits, file a claim for Disability Benefits as soon as you sustain the injury or illness, by following the instructions outlined above.
6. If you are out of work in excess of seven days, your employer is required to send you a Disability Benefits Statement of Rights (Form DB-271).
7. Other information about Disability Benefits may be obtained by writing or calling the nearest Workers' Compensation Board Office.

1. Si no puede usted trabajar debido a enfermedad o lesión no relacionada con el trabajo, podría tener derecho a recibir beneficios semanales de su patrón o de la compañía de seguros de él/ella o del Fondo Especial para Beneficios por Incapacidad.
2. Para reclamar beneficios usted debe presentar una forma de reclamación, dentro de 30 días a partir de la primera fecha de su incapacidad, pero en ningún caso más de 26 semanas de dicha fecha.
3. Use una de las siguientes formas de reclamación:
-Si, cuando comience su incapacidad usted está empleado o ha estado desempleado por cuatro semanas o menos, use la forma de reclamación BLANCA (Form DB-450), la cual puede obtener de su patrón o de la compañía de seguros de él/ella, o de su proveedor de cuidados de salud, o bien de cualquier oficina de la Junta de Compensación Obrera, y envíela a su patrón o a la compañía de seguros nombrada abajo.
-Si, cuando comience su incapacidad, usted ha estado desempleado más de cuatro semanas, use la forma de reclamación VERDE (Form DB-300), la cual puede obtener en cualquier Oficina de Seguro de Desempleo, de su proveedor de salud, o bien de cualquier oficina de la Junta de Compensación Obrera. Envíela forma de reclamación, debidamente terminada, a Workers' Compensation Board, Disability Benefits Bureau, Albany, New York 12241.
IMPORTANTE: Antes de presentar usted su reclamación, es necesario que su proveedor de salud complete la declaración del médico "Health Care Provider's Statement" en la forma de reclamación, indicando el periodo de su incapacidad.
4. Usted tiene derecho a ser tratado por cualquier médico, quiropráctico, dentista, enfermera-partera, podiatra o psicólogo que usted elija. Pero, contrario a la compensación obrera, sus cuentas médicas no serán pagadas a menos que su patrón y/o Unión proporcione pago de tales cuentas médicas bajo un Plan o Convenio de Beneficios por Incapacidad.
5. Si estuviera usted enfermo o lesionado durante el tiempo que esté recibiendo beneficios del Seguro de Desempleo, presente una reclamación para Beneficios por Incapacidad, siguiendo las instrucciones arriba descritas, tan pronto como sufra la lesión o la enfermedad.
6. Si usted está desempleado por más de siete días, su patrón está obligado mandarle a usted la Declaración de Derechos de Beneficios Por Incapacidad (Form DB-271).
7. Otras informaciones relativas a Beneficios por Incapacidad pueden obtenerse escribiendo o llamando a la oficina más cercana de la Junta de Compensación Obrera.

WORKER'S COMPENSATION BOARD OFFICES

Albany, 12241 - 100 Broadway - Menands - (518) 474-6681
Binghamton, 13901 - State Office Bldg. - 44 Hawley St. (607) 721-8353
Buffalo, 14203 - State Office Bldg. - 125 Main St. - (716) 847-3178
Hempstead, 11550 - 175 Fulton Avenue - (516) 560-7745
New York City, 11248-0005 - 180 Livingston St. - Brooklyn - (718) 802-6964
Rochester, 14614 - 130 Main Street West - (585) 238-8300
Syracuse, 13202 - State Office Bldg. - East Washington St. - (315) 428-4465

Robert R. Snashall

Robert R. Snashall
Chairman (Presidente)

The undersigned employer is in compliance with the provisions of the Disability Benefits Law (El patrón abajo firmante está en conformidad con las disposiciones de la Ley de Beneficios por Incapacidad).

Disability Benefits, when due, will be paid by (Los Beneficios por Incapacidad, cuando debidos, serán pagados por):

LINCOLN LIFE & ANNUITY OF NY

85 ALLEN ST., STE 210

ROCHESTER

NY 14608

Effective: From 01/01/2016 To 01/01/2018

(En Vigor Desde)

(Hasta)

Policy No. 01171-00

(Póliza No.)

The benefits provided are (Los beneficios provistos son)

Statutory
(Estatutarios)

Under a Plan or Agreement
(Bajo un Plan o Convenio)

Class(es) of employees covered (Clase(s) de empleados amparados)

ALL ELIGIBLE

1

Name of employer (Nombre del patrón)

ARUP LABORATORIES INC

BY

DB-120 (6/95)

Prescribed by Chair
Workers' Compensation Board
State of New York

THIS NOTICE MUST BE POSTED CONSPICUOUSLY IN AND
ABOUT THE EMPLOYER'S PLACE OR PLACES OF BUSINESS.