



Cómo mostrar prueba para la compensación de los trabajadores y el seguro por discapacidad

Esta guía del usuario es para *Invertir en Nueva York: Subsidios para los desiertos de cuidado infantil (Invest in New York: Child Care Deserts Grants)* e incluye muestras de certificados.

<p>Seguro de compensación de los trabajadores</p>	<p>La ley de Compensación de los Trabajadores del Estado de Nueva York (NYS Workers' Compensation Law) exige que todas las organizaciones den prueba de la cobertura de compensación de los trabajadores cuando quieran participar en un contrato de subsidio con OCFS. Para una nueva subvención, la organización debe presentar UNO de los siguientes formularios como prueba de la cobertura de Seguro de Compensación de los Trabajadores adecuada con la Oficina de Servicios para Niños y Familias indicada como titular del certificado y las fechas de cobertura a partir de la fecha de la licencia y mantenida durante el período de la subvención. Si un proveedor obtiene la licencia pero no tiene empleados, debe establecer un seguro a partir del día en que trabaje el primer empleado. Se da un formulario de muestra en la página 3 de este documento.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Formulario C-105.2. Certificado de seguro de compensación de los trabajadores (Certificate of Workers' Compensation Insurance) La aseguradora del negocio enviará este formulario a la entidad de gobierno cuando se solicite. Tenga en cuenta: el Fondo de Seguros del Estado de NY (NY State Insurance Fund) da su propia versión de este formulario, el U-26.3 Certificado de seguro de compensación de los trabajadores (solo NYS Insurance Fund) 2. Formulario SI-12. Certificado de autoseguro de compensación de los trabajadores (Certificate of Workers' Compensation Self-Insurance). Las compañías que están autoaseguradas en el Estado de Nueva York para el seguro de compensación de los Trabajadores deben llamar a la Oficina de Seguros de la Junta de Compensación de los trabajadores al (518) 402-0247 para obtener este formulario; o 3. Formulario GSI-105.2. Certificado de autoseguro de grupo de compensación de los trabajadores (Certificate of Group Workers' Compensation Self-Insurance) El administrador del autoseguro de grupo de la compañía enviará este formulario a la entidad del gobierno cuando se solicite.
<p>¿Qué debo hacer después?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Llame o envíe un correo electrónico a su aseguradora de compensación de los trabajadores y pida una prueba de seguro. Si no está seguro sobre lo que necesita, ellos reconocerán los números del formulario que se mencionan arriba. 2. Pida que la OCFS se mencione como el titular del certificado usando la información de abajo: NYS OCFS, 52 Washington Street 202S, Rensselaer, NY 12144 3. Pida cobertura durante el período de tiempo del subsidio. Los seguros se deben renovar durante el subsidio con formularios actualizados que se envían a NYS OCFS. 4. Una vez se reciba la prueba de la aseguradora, presente el documento en el portal de subsidios. Si tiene problemas para presentar la prueba, su CCR&R local puede orientarlo. <p>El formulario U-26.3 Certificado de seguro de compensación de los trabajadores del NYSIF es el formulario de seguro que con mayor frecuencia envían las organizaciones. Un formulario de muestra se da en la página 3 de este documento.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Si su organización no tiene seguro de compensación de los trabajadores, necesita obtenerlo. Dentro del Estado de Nueva York, el NYSIF puede apoyar a muchas organizaciones. La información sobre el NYSIF está disponible en: https://ww3.nysif.com/, llamando al 888-875-5790, o por correo electrónico customerservice@nysif.com 	



Cobertura de beneficios por discapacidad

La ley de Compensación de los Trabajadores del Estado de Nueva York exige que todas las organizaciones den prueba de la cobertura de beneficios por discapacidad y por licencia familiar pagada cuando quieran participar en un contrato de subsidio con OCFS. Para una nueva subvención, la organización debe presentar UNO de los siguientes formularios como prueba de la cobertura de Seguro de Compensación de los Trabajadores adecuada con la Oficina de Servicios para Niños y Familias indicada como titular del certificado y las fechas de cobertura a partir de la fecha de la licencia y mantenida durante el período de la subvención. Si un proveedor obtiene la licencia pero no tiene empleados, debe establecer un seguro a partir del día en que trabaje el primer empleado. **Un formulario de muestra se da en la página 4 de este documento.**

1. **Formulario DB-120.1. Certificado de cobertura de seguro por beneficios por discapacidad y por licencia familiar pagada (Certificate of Insurance Coverage Disability and Paid Family Leave Benefits)**
2. **Formulario DB-155. Certificado de cobertura de autoseguro según la Ley de Beneficios por Discapacidad y Licencia Familiar Pagada del Estado de Nueva York (Certificate of Self-Insurance Coverage under the NYS Disability and Paid Family Leave Benefits Law)**

¿Qué debo hacer después?

1. Llame o envíe un correo electrónico a su aseguradora para obtener la cobertura por beneficios por discapacidad y licencia familiar pagada y pida prueba del seguro. Si no está seguro sobre lo que necesita, ellos reconocerán los números del formulario que se mencionan arriba.
2. Pida que la OCFS se mencione como el titular del certificado usando la información de abajo: **NYS OCFS, 52 Washington Street 202S, Rensselaer, NY 12144**
3. Pida cobertura durante el período de tiempo del subsidio. Los seguros se deben renovar durante el subsidio con formularios actualizados que se envían a NYS OCFS.
5. Una vez se reciba la prueba de la aseguradora, presente el documento en el portal de subsidios. Si tiene problemas para presentar la prueba, su CCR&R local puede orientarlo.

El formulario DB-120.1 Certificado de cobertura de seguro (Certificate of Insurance Coverage) es el formulario de seguro que con mayor frecuencia envían las organizaciones. Un formulario de muestra se da en la página 4 de este documento.

- Si su organización no tiene un Seguro de Compensación de los Trabajadores, debe configurarlo para que comience el día en que el primer empleado comience a trabajar. Dentro del Estado de Nueva York, el NYSIF puede apoyar a muchas organizaciones. La información sobre el NYSIF está disponible en: <https://ww3.nysif.com/>, llamando al 888-875-5790, o por correo electrónico customerservice@nysif.com



Muestras del Certificado de seguro de compensación de los trabajadores

Hay tres formularios que son aceptados para enviar a OCFS como prueba del seguro de compensación de los trabajadores para *Invertir en Nueva York: Subsidios para los desiertos de cuidado infantil (Invest in NY Child Care Deserts Grants)*. El formulario de abajo, U-26.3, es un ejemplo de uno de estos formularios. Consulte la página 1 para obtener una lista completa de los formularios que son aceptables para enviar a OCFS, como prueba del seguro de compensación de los trabajadores.

NYSIF New York State Insurance Fund
Workers' Compensation & Disability Benefits Specialists Since 1914
 199 CHURCH STREET, NEW YORK, N.Y. 10007-1100

CERTIFICATE OF WORKERS' COMPENSATION INSURANCE

***** 01234567

ABC Boys and Girls Club
 119 First Street
 New York, NY 10029



SCAN TO VALIDATE AND SUBSCRIBE

POLICYHOLDER ABC Boys and Girls Club 119 First Street New York, NY 10029		CERTIFICATE HOLDER NYS OCFS 52 WASHINGTON STREET ROOM 202 SOUTH RENSSELAER NY 12144	
--	--	--	--

POLICY NUMBER A1234 56-7	CERTIFICATE NUMBER 656789	POLICY PERIOD 07/27/2018 TO 07/27/2019	DATE 3/19/2019
------------------------------------	-------------------------------------	--	--------------------------

THIS IS TO CERTIFY THAT THE POLICYHOLDER NAMED ABOVE IS INSURED WITH THE NEW YORK STATE INSURANCE FUND UNDER POLICY NO. 1460 397-1, COVERING THE ENTIRE OBLIGATION OF THIS POLICYHOLDER FOR WORKERS' COMPENSATION UNDER THE NEW YORK WORKERS' COMPENSATION LAW WITH RESPECT TO ALL OPERATIONS IN THE STATE OF NEW YORK, EXCEPT AS INDICATED BELOW, AND, WITH RESPECT TO ALL OPERATIONS OUTSIDE OF NEW YORK, TO THE POLICYHOLDER'S REGULAR NEW YORK STATE EMPLOYMENT.

IF YOU WISH TO RECEIVE NOTIFICATIONS REGARDING SAID POLICY, INCLUDING ANY NOTIFICATION OF A CHANGE IN POLICY, OR TO VALIDATE THIS CERTIFICATE, VISIT OUR WEBSITE AT [HTTPS://WWW.NYSIF.COM/CERTIFICATE](https://www.nysif.com/certificate). THE NEW YORK STATE INSURANCE FUND IS NOT LIABLE IN THE EVENT OF FAILURE TO GIVE SUCH NOTIFICATION.

THIS CERTIFICATE IS ISSUED AS A MATTER OF INFORMATION ONLY AND CONFERS NO LIABILITY OR COVERAGE UPON THE CERTIFICATE HOLDER. THIS CERTIFICATE DOES NOT AMEND, EXTEND OR ALTER THE COVERAGE AFFORDED BY THE POLICY.

NEW YORK STATE INSURANCE FUND

 DIRECTOR, INSURANCE FUND UNDERWRITING

VALIDATION NUMBER: 12345678

U-26.3

Las fechas del período de la póliza deben cubrir la fecha de inicio de la subvención o para nuevos proveedores cuando se contrate al primer empleado.

U-26.3



Muestra del Certificado de cobertura de seguro por beneficios por discapacidad y por licencia familiar pagada (Certificate of Insurance Coverage for Disability and Paid Family Leave Benefits)

Hay dos formularios que son aceptados para enviar a OCFS como prueba de los beneficios por discapacidad y licencia familiar pagada para *Invertir en Nueva York: Subsidios para los desiertos de cuidado infantil*. El formulario de abajo, *DB-120.1*, es un ejemplo de uno de estos formularios. Consulte la página 2 para obtener una lista completa de los formularios que son aceptables para enviar a OCFS, como prueba del seguro por discapacidad.

CERTIFICATE OF INSURANCE COVERAGE DISABILITY AND PAID FAMILY LEAVE BENEFITS LAW	
PART 1. To be completed by Disability and Paid Family Leave Benefits Carrier or Licensed Insurance Agent of that Carrier	
1a. Legal Name & Address of Insured (use street address only) ABC BOYS AND GIRLS CLUB 119 FIRST STREET NEW YORK, NY 10029 <small>Work Location of Insured (Only required if coverage is specifically limited to certain locations in New York State, i.e., Wrap-Up Policy)</small>	1b. Business Telephone Number of Insured (212)555-5555 1c. Federal Employer Identification Number of Insured or Social Security Number M123456
2. Name and Address of Entity Requesting Proof of Coverage (Entity Being Listed as the Certificate Holder) New York State Office of Children & Family Services 52 Washington Street, Room 202 South Rensselaer, NY 12144	3a. Name of Insurance Carrier Standard Security Life Insurance Company of New York 3b. Policy Number of Entity Listed in Box "1a" 44-8792-000 3c. Policy effective period 9/30/2018 to 3/19/2020
4. Policy provides the following benefits: <input checked="" type="checkbox"/> A. Both disability and paid family leave benefits. <input type="checkbox"/> B. Disability benefits only. <input type="checkbox"/> C. Paid family leave benefits only.	
5. Policy covers: <input checked="" type="checkbox"/> A. All of the employer's employees eligible under the NYS Disability and Paid Family Leave Benefits Law. <input type="checkbox"/> B. Only the following class or classes of employer's employees: <hr/>	
Under penalty of perjury, I certify that I am an authorized representative or licensed agent of the insurance carrier referenced above and that the named insured has NYS Disability and/or Paid Family Leave Benefits insurance coverage as described above.	
Date Signed _____ By <u>Rani Cameron</u> <small>(Signature of insurance carrier's authorized representative or NYS Licensed Insurance Agent of that insurance carrier)</small>	
Telephone Number <u>(212)555-5555</u> Name and Title <u>SUPERVISOR-</u>	
IMPORTANT: If Boxes 4A and 5A are checked, and this form is signed by the insurance carrier's authorized representative or NYS Licensed Insurance Agent of that carrier, this certificate is COMPLETE. Mail it directly to the certificate holder. If Box 4B, 4C or 5B is checked, this certificate is NOT COMPLETE for purposes of Section 220, Subd. 8 of the NYS Disability and Paid Family Leave Benefits Law. It must be mailed for completion to the Workers' Compensation Board, Plans Acceptance Unit, PO Box 5200, Binghamton, NY 13902-5200.	
PART 2. To be completed by the NYS Workers' Compensation Board (Only if Box 4C or 5B of Part 1 has been checked)	
State of New York Workers' Compensation Board According to information maintained by the NYS Workers' Compensation Board, the above-named employer has complied with the NYS Disability and Paid Family Leave Benefits Law with respect to all of his/her employees.	
Date Signed _____ By _____ <small>(Signature of Authorized NYS Workers' Compensation Board Employee)</small>	
Telephone Number _____ Name and Title _____	
<small>Please Note: Only insurance carriers licensed to write NYS disability and paid family leave benefits insurance policies and NYS licensed insurance agents of those insurance carriers are authorized to issue Form DB-120.1. Insurance brokers are NOT authorized to issue this form.</small>	

Las fechas del período de la póliza deben cubrir la fecha de inicio de la subvención o para nuevos proveedores cuando se contrate al primer empleado.

DB-120.1