



Informations sur la demande - TOUTES LES COMMUNICATIONS DOIVENT REPRENDRE CES DONNÉES

Date de la blessure/maladie : _____ N° de dossier WCB : _____
 Mon plafond de prestations d'invalidité permanente partielle expirera le (MM/JJ/AAAA) : _____

Informations sur l'employé(e)

Nom de famille : _____ Prénom : _____ Initiale du deuxième prénom : _____
 Adresse postale : _____ Ligne 2 : _____
 Ville : _____ État : _____ Code postal : _____ Pays : _____
 N° de téléphone en journée : _____ Adresse électronique : _____

Quand remplir le formulaire C-35 - Utilisez ce formulaire si vous êtes un(e) travailleur(euse) blessé(e) qui demande un nouvel examen en raison d'une difficulté extrême telle que décrite à l'article 35(3) de la loi sur les accidents du travail et que vous avez été classé(e) comme ayant une incapacité partielle permanente avec une capacité de perte de salaire supérieure à 75 % et que vos prestations plafonnées expireront dans un délai d'un an (365 jours ou moins à partir de la date d'aujourd'hui).

Revenus du ménage hors salaires - Indiquez tous les revenus perçus mensuellement hors salaire.

	Travailleur(euse) blessé(e)	Époux(se)	Autre adulte résidant avec le (la) travailleur(euse) blessé(e)
Indemnités d'accident du travail	_____	_____	_____
Prestations d'invalidité de la sécurité sociale	_____	_____	_____
Prestations de retraite de la sécurité sociale	_____	_____	_____
Pensions alimentaires pour enfants	_____	_____	_____
Aliments matrimoniaux	_____	_____	_____
Autres revenus (préciser) : _____	_____	_____	_____
Autres revenus (préciser) : _____	_____	_____	_____
Autres revenus (préciser) : _____	_____	_____	_____
Revenu TOTAL du ménage hors salaires	_____	_____	_____

Frais de subsistance mensuels nécessaires - Indiquez les montants mensuels. Pour les dépenses payées sur base non mensuelle, consultez les instructions.

Dépenses du ménage	Dépenses mensuelles	Autres dépenses (préciser)	Dépenses mensuelles
Loyer ou prêt hypothécaire	_____	_____	_____
Électricité, mazout/gaz, eau/déchets	_____	_____	_____
Téléphone/portable/câble/Internet	_____	_____	_____
Dépenses TOTALES du ménage			_____

Autres facteurs contribuant à la situation de difficulté extrême - Utilisez cet espace ou joignez des feuilles supplémentaires pour fournir des détails sur tout autre facteur qui contribue à votre situation de difficulté extrême.

Signature du (de la) travailleur(euse) blessé(e) : _____ **Date :** _____

Toute personne qui, en connaissance de cause et AVEC L'INTENTION DE FRAUDER, présente, fait présenter ou prépare, en sachant ou en croyant qu'elles seront présentées à ou par un assureur ou à un employeur auto-assuré, des informations contenant une FAUSSE DÉCLARATION MATÉRIELLE ou qui dissimule un fait important, SE RENDRA COUPABLE D'UNE INFRACTION et sera passible D'AMENDES ET D'UNE PEINE D'EMPRISONNEMENT importantes.

Au (à la) travailleur(euse) blessé(e) - Renseignements généraux sur l'utilisation de ce formulaire

Vous pouvez déposer ce formulaire (C-35) et toutes les pièces jointes auprès de la Commission des accidents du travail par fax, par courrier électronique ou par courrier. Les coordonnées sont indiquées ci-dessous. Veuillez conserver une copie de votre formulaire complété et des pièces justificatives. Après avoir examiné votre formulaire complété, la Commission pourra reprendre contact avec vous pour obtenir des renseignements supplémentaires. Si ce formulaire ne prévoit pas suffisamment d'espace pour vous permettre d'inclure toutes les informations pertinentes, utilisez un autre document pour indiquer les informations supplémentaires. Veuillez identifier tous les documents en indiquant clairement votre nom, le numéro de dossier WCB et la date de la blessure ou de la maladie.

1. Ce formulaire doit être utilisé uniquement par les travailleur(euse)s blessé(e)s qui ont été classé(e)s comme ayant une invalidité partielle permanente avec une capacité de perte de salaire supérieure à 75 %.
2. Ce formulaire peut être déposé auprès de la Commission des accidents du travail dans l'année qui précède l'épuisement prévu des prestations. Les formulaires déposés avant un an avant l'épuisement des prestations seront retournés et ne seront pas traités.
3. Utilisez ce formulaire pour indiquer les revenus de toutes les sources, y compris ceux des autres personnes vivant dans le même foyer que le (la) travailleur(euse) blessé(e). Joignez des feuilles supplémentaires si nécessaire. Utilisez ce formulaire pour indiquer les dépenses du ménage et tout autre facteur contribuant à une situation de difficulté extrême.

Inscrivez les montants mensuels des dépenses. Pour toute dépense qui n'est pas payée mensuellement, effectuez les calculs suivants :

Si une facture est payée...	Calculez le montant mensuel en...
Tous les trois mois	Divisant par 3
Toutes les semaines	Multipliant par 4,3
Toutes les deux semaines	Multipliant par 2,17
Deux fois par mois	Multipliant par 2

4. Envoyez les documents relatifs aux dépenses et aux revenus du ménage indiqués sur le formulaire C-35. Les demandes incomplètes peuvent être mises en suspens dans l'attente des informations complètes.

Remplissez les données d'identification en haut du formulaire C-35 et envoyez le formulaire, AVEC TOUS LES RENSEIGNEMENTS REQUIS EN PIÈCE JOINTE, à l'adresse suivante :

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

Adresse de dépôt électronique : wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov • N° de fax pour tout l'État : (877) 533-0337

Divulguation d'informations : La Commission ne divulguera aucun renseignement relatif à votre dossier à une partie non autorisée sans votre consentement. Si vous choisissez de faire divulguer de tels renseignements à une partie non autorisée, vous devez déposer auprès de la Commission l'original signé du formulaire OC-110A, Autorisation du demandeur de divulguer le dossier d'indemnisation des accidents du travail, ou l'original signé d'une lettre d'autorisation notariée. Vous pouvez téléphoner à votre bureau local de la WCB pour que le formulaire OC-110A vous soit envoyé, ou vous pouvez le télécharger sur notre page Web, www.wcb.ny.gov. Vous le trouverez sous la rubrique Formulaires communs en ligne. Envoyez le formulaire d'autorisation dûment complété à l'adresse indiquée ci-dessus.

Notification en vertu de la loi de New York sur la protection de la vie privée (article 6-A du droit de l'administration) et de la loi fédérale sur la protection de la vie privée de 1974 (5 U.S.C. § 552a). Le pouvoir de la Commission des accidents du travail de demander aux demandeurs de fournir des données personnelles, y compris leur numéro de sécurité sociale, découle du pouvoir d'enquête de la Commission que lui attribue la loi sur les accidents du travail § 20, et de son pouvoir administratif que lui attribue la loi sur les accidents du travail § 142. Ces informations sont recueillies pour aider la Commission à enquêter et à administrer les demandes de la manière la plus rapide possible et pour l'aider à tenir des dossiers de demande précis. La communication de votre numéro de sécurité sociale à la Commission se fait sur base volontaire. Le fait de ne pas fournir votre numéro de sécurité sociale sur ce formulaire n'entraîne aucune pénalité ; cela n'entraînera pas le refus de votre demande ou la réduction de vos prestations. La Commission protégera la confidentialité de toutes les données personnelles en sa possession et ne les divulguera que dans le cadre de ses fonctions officielles et conformément aux lois fédérales et d'État applicables.