

ÉTAT DE NEW YORK
COMMISSION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

FORMULAIRE D'AUTORISATION DE DÉPÔT DIRECT

Consignes : Il s'agit d'un formulaire type uniquement destiné à des fins d'illustration. Veuillez ne pas remplir ce formulaire. Pour initier, modifier ou annuler la transmission des chèques d'indemnités pour accidents du travail et/ou du produit d'un accord de règlement au titre de l'article 32 de la loi sur les accidents du travail (ci-après, « produit du règlement ») directement à une institution financière : remplissez le formulaire sur le site Web de votre assureur ou administrateur et soumettez-le directement à eux. **Ne l'envoyez pas à la Commission des accidents du travail.** Si vous avez besoin d'une copie papier du formulaire, veuillez prendre contact avec votre assureur.

DROITS DU DEMANDEUR AU DÉPÔT DIRECT

- Ce formulaire est facultatif, mais vous avez le droit de recevoir vos indemnités d'accident du travail ou vos prestations de décès sous forme de dépôt direct. Vous avez également le droit de recevoir vos indemnités d'accident du travail ou vos prestations de décès par chèque papier envoyé par courrier.
- Vous avez le droit d'annuler le dépôt direct à tout moment en cochant la case appropriée sur ce formulaire et en envoyant le formulaire complété à l'administrateur des demandes responsable de la demande d'indemnités d'accident du travail. La demande sera exécutée dans les quarante-cinq jours suivant la réception de l'avis, après quoi le chèque de paiement des prestations sera envoyé en format papier.
- À compter du 1^{er} juillet 2021, vous avez le droit de faire déposer ces paiements sur au moins deux comptes bancaires à votre demande, soit en fonction d'un pourcentage de la prestation totale, soit en fonction d'un montant fixe pour chaque dépôt. L'administrateur de la demande peut exiger un montant minimum de 20 \$ sur chaque compte bancaire.

AUTORISATIONS ET ENTENTES

- J'autorise l'administrateur de la demande à déposer directement mes indemnités d'accident du travail ou mes prestations de décès sur le ou les comptes bancaires indiqués.
- J'autorise l'administrateur de la demande à débiter le compte afin de récupérer tout crédit déposé par erreur. L'administrateur de la demande peut récupérer les crédits déposés par erreur par tout moyen légal. **IMPORTANT :** Le présent consentement n'autorise pas l'administrateur de la demande à recouvrer les paiements prétendument excédentaires de prestations établies et accordées.
- Je comprends que tout changement de ma situation professionnelle peut affecter mon droit à recevoir des prestations.
- Je comprends que toute fausse déclaration ou omission de divulguer un fait important en vue d'obtenir ou d'augmenter mes prestations peut entraîner des poursuites pénales, la perte des prestations et le remboursement de tous les fonds déposés sur mon compte.
- Je comprends que le fait de ne pas informer l'assureur, l'employeur auto-assuré ou l'administrateur tiers (administrateur de la demande) de tout changement d'institution financière ou de compte peut retarder la réception de mes prestations ou du produit du règlement.
- Je comprends que pour modifier ou annuler le dépôt direct de mes indemnités d'accident du travail ou de mes prestations de décès, je dois soumettre ce formulaire à l'administrateur de la demande.
 - Je comprends que j'ai l'obligation d'informer immédiatement l'administrateur de la demande si je n'ai plus droit à ces paiements ou si des changements de circonstances affectent mon droit à ces paiements.
 - Je comprends que l'administrateur de la demande peut exiger que je certifie chaque année que je continue à choisir de recevoir ces prestations par dépôt direct et que, si je ne le fais pas, l'administrateur de la demande peut mettre fin au dépôt direct et verser par la suite les prestations par chèque papier.



NOUVELLE AFFILIATION CHANGEMENT ANNULATION

SECTION 1 (À COMPLÉTER PAR LE DEMANDEUR)

Nom du déposant/demandeur (nom de famille, prénom) :	Numéro de demande WCB :
Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional) :	Adresse électronique :
Adresse :	
ATTESTATION DU DÉPOSANT/DEMANDEUR/TITULAIRE DE COMPTE COMMUN Je certifie que j'ai le droit de recevoir les indemnités ou les prestations de décès sous-jacentes et que les circonstances me donnant droit aux indemnités ou aux prestations de décès n'ont pas changé. Je comprends que l'administrateur de la demande peut demander une attestation annuelle du maintien de mon droit à ces indemnités ou prestations et que cette attestation doit être fournie dans les soixante jours pour que les paiements par dépôt direct puissent se poursuivre.	
Signature de l'attestation du déposant/demandeur	Date
Signature de l'attestation du titulaire de compte commun	Date

SECTION 2

Veillez vous renseigner auprès de votre institution financière pour compléter les informations demandées dans cette section. Le dépôt direct n'est possible que si votre institution financière fait partie de la Chambre de compensation automatisée de l'État de New York (New York State Automated Clearinghouse). En outre, le nom du déposant DOIT figurer sur le compte.

Nom de l'institution financière :	Type de compte : <input type="checkbox"/> À vue <input type="checkbox"/> Épargne Montant ou pourcentage à déposer : _____
Numéro de compte du déposant (format TEF) :	Numéro d'acheminement :

Nom de la deuxième institution financière :	Type de compte : <input type="checkbox"/> À vue <input type="checkbox"/> Épargne Montant ou pourcentage à déposer : _____
Numéro de compte du déposant (format TEF) :	Numéro d'acheminement :