



Remplissez ce formulaire pour demander des indemnités d'accident du travail en raison d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. Écrivez lisiblement ou à la machine. Ce formulaire peut également être rempli en ligne sur www.wcb.ny.gov.

N° de dossier WCB (si vous le connaissez) : _____

A. VOS INFORMATIONS (Employé(e))

1. Nom : _____ 2. Date de naissance : ____ / ____ / ____
Prénom Initiale du deuxième prénom Nom de famille
3. Adresse postale : _____
Numéro et rue/boîte postale/n° d'appartement Ville État Code postal
4. Numéro de sécurité sociale : ____ - ____ - ____ 5. Numéro de téléphone : (____) _____ 6. Genre : M F X
7. Avez-vous besoin d'un interprète si vous participez à une audience de la Commission ? Oui Non Si oui, pour quelle langue ? _____

B. VOTRE (VOS) EMPLOYEUR(S)

1. Employeur lors de la blessure : _____ 2. Numéro de téléphone : (____) _____
3. Votre adresse de travail : _____
Numéro et rue Ville État Code postal
4. Date d'embauche : ____ / ____ / ____ 5. Nom de votre superviseur : _____
6. Donnez le nom et l'adresse de tout autre employeur pour lequel vous travailliez au moment de votre blessure ou maladie : _____

7. Avez-vous été écarté(e) du travail dans d'autres emplois en raison de votre blessure ou maladie ? Oui Non

C. VOTRE EMPLOI le jour de la blessure ou maladie

1. Quel était le titre ou le descriptif de votre emploi ? _____
2. Quels types d'activités effectuiez-vous d'habitude au travail ? _____

3. Votre emploi était-il ? (cochez une case) À temps plein À temps partiel Saisonnier Bénévole Autre : _____
4. Quel était votre salaire brut (avant impôts) par période de paie ? _____ 5. À quelle fréquence étiez-vous payé(e) ? _____
6. Bénéficiiez-vous d'un logement ou de pourboires en plus de votre salaire ? Oui Non Si oui, expliquez : _____

D. VOTRE BLESSURE OU MALADIE

1. Date de la blessure ou de l'apparition de la maladie : ____ / ____ / ____ 2. Heure de la blessure : _____ AM PM
3. Où la blessure ou maladie est-elle survenue ? (par exemple, 1 Main Street, Pottersville, à la porte d'entrée) _____

4. S'agissait-il de votre lieu de travail habituel ? Oui Non Si non, pourquoi vous trouviez-vous à cet endroit ? _____

5. Que faisiez-vous lorsque vous vous êtes blessé(e) ou que vous êtes tombé(e) malade ? (par exemple, décharger un camion, écrire un rapport) _____

6. Comment la blessure ou maladie est-elle survenue ? (par exemple, j'ai trébuché sur un tuyau et je suis tombé sur le sol) _____

7. Expliquez en détail la nature de votre blessure ou maladie ; énumérez les parties du corps touchées (par exemple, cheville gauche tordue et coupure au front) : _____



VOTRE NOM : _____
Prénom Initial du deuxième prénom Nom de famille

DATE DE LA BLESSURE OU MALADIE : ____ / ____ / ____

D. VOTRE BLESSURE OU MALADIE *suite*

8. Un objet (par exemple, un chariot élévateur, un marteau, un acide) a-t-il été impliqué dans la blessure ou maladie ? Oui Non
Si oui, lequel ? _____

9. La blessure résulte-t-elle de l'utilisation ou de la conduite d'un véhicule à moteur immatriculé ? Oui Non

Si oui, votre véhicule le véhicule de l'employeur autre véhicule Numéro de la plaque d'immatriculation (si vous le connaissez) : _____

Si votre véhicule était impliqué, indiquez le nom et l'adresse de votre assureur automobile : _____

10. Avez-vous informé votre employeur (ou superviseur) de votre blessure ou maladie ? Oui Non

Si oui, vous en avez informé : _____ oralement par écrit Date du signalement : ____ / ____ / ____

11. Quelqu'un a-t-il vu votre blessure se produire ? Oui Non Je ne sais pas Si oui, indiquez les noms : _____

E. RETOUR AU TRAVAIL

1. Avez-vous cessé de travailler en raison de votre blessure ou maladie ? Oui, à quelle date ? ____ / ____ / ____
 Non, passez à la section F.

2. Avez-vous repris le travail ? Oui Non Si oui, à quelle date ? ____ / ____ / ____ service normal service limité

3. Si vous avez repris le travail, pour qui travaillez-vous actuellement ? Même employeur Nouvel employeur Travailleur indépendant

4. Quel est votre salaire brut (avant impôts) par période de paie ? _____ À quelle fréquence êtes-vous payé(e) ? _____

F. TRAITEMENT MÉDICAL POUR CETTE BLESSURE OU MALADIE

1. À quelle date avez-vous reçu votre premier traitement ? ____ / ____ / ____ Aucun reçu (passez à la question F-5)

2. Avez-vous été traité(e) sur place ? Oui Non

3. Où avez-vous reçu votre premier traitement médical hors site pour votre blessure ou maladie ? Aucun reçu Urgences
 Cabinet médical Clinique/hôpital/soins urgents Séjour hospitalier de plus de 24 heures

Nom et adresse de l'endroit où vous avez reçu votre premier traitement : _____

Numéro de téléphone : (____) _____

4. Êtes-vous toujours traité(e) pour cette blessure ou maladie ? Oui Non

Indiquez le nom et l'adresse des médecins qui vous traitent pour cette blessure ou maladie : _____

Numéro de téléphone : (____) _____

5. Avez-vous eu une autre blessure à la même partie du corps, ou une maladie similaire ? Oui Non

Si oui, avez-vous été traité(e) par un médecin ? Oui Non Si oui, indiquez le nom et l'adresse des médecins qui vous ont traité(e) et

REMPLISSEZ ET JOIGNEZ LE FORMULAIRE C-3.3 AVEC LE PRÉSENT FORMULAIRE :

6. La blessure ou maladie précédente était-elle liée au travail ? Oui Non

Si oui, travailliez-vous pour le même employeur que celui pour lequel vous travaillez actuellement ? Oui Non

Par la présente, je présente une demande de prestations en vertu de la loi sur les accidents du travail. Par ma signature, j'affirme que les informations que je fournis sont vraies et exactes au meilleur de mes connaissances et de mes convictions.

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.

Signature de l'employé(e) : _____ Nom en caractères d'imprimerie : _____ Date : ____ / ____ / ____

Au nom de l'employé(e) : _____ Nom en caractères d'imprimerie : _____ Date : ____ / ____ / ____

Une personne ne peut signer au nom de l'employé(e) que si elle est légalement autorisée à le faire et que l'employé(e) est mineur, mentalement inapte ou frappé(e) d'incapacité.

Je certifie qu'au mieux de mes connaissances, de mes informations et de mes convictions, formées après une enquête raisonnable dans les circonstances, les allégations et autres éléments factuels affirmés ci-dessus sont étayés par des preuves, ou sont susceptibles d'être étayés par des preuves après une possibilité raisonnable d'enquêtes ou de découvertes supplémentaires.

Signature de l'avocat ou du représentant (le cas échéant) : _____ Date : ____ / ____ / ____

Nom en caractères d'imprimerie : _____ Titre : _____

N° d'identification, le cas échéant : R _____ Si représentant agréé, n° de licence : _____ Date d'expiration : _____

Consignes pour remplir la demande d'indemnisation de l'employé (formulaire C-3)

Veillez remplir ce formulaire et l'envoyer à l'adresse postale centralisée de la Commission des accidents du travail indiquée à la fin des présentes consignes. Si vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire, prenez contact avec la Commission des accidents du travail au **1-877-632-4996**. Vous pouvez également remplir ce formulaire en ligne sur **wcb.ny.gov**. Si vous n'avez pas ou ne connaissez pas votre numéro de dossier de la Commission des accidents du travail, veuillez laisser ce champ vide. Il n'est pas nécessaire pour traiter votre demande. N'oubliez pas d'inscrire votre nom et la date de votre blessure ou maladie en haut de la page deux.

Section A - Vos informations (Employé(e)) :

Dans la section A, inscrivez votre nom, votre adresse et les autres renseignements demandés.

Remarque sur le point 7 : Les audiences de la Commission se déroulent en anglais. Si vous avez besoin d'un interprète, cochez **Oui** et indiquez la langue requise.

Notification conformément à 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 l'article 20 la loi sur les accidents du travail, et de son pouvoir administratif que lui attribue l'article 142 la loi sur les accidents du travail. 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.

Section B - Votre (vos) employeur(s) :

Dans la section B, inscrivez le nom, l'adresse, le numéro de téléphone et d'autres renseignements sur l'employeur pour lequel vous travailliez au moment de la blessure ou de la maladie.

Remarque : Votre employeur est la société ou l'organisme qui émet votre chèque de paie. Si vous êtes un(e) entrepreneur(euse) sur un lieu de travail ou dans un bureau, l'agence de recrutement ou le vendeur qui vous a embauché(e) est votre employeur, et non le lieu de travail ou le bureau où vous vous présentez au travail.

Section C - Votre emploi le jour de la blessure ou maladie :

Dans la section C, inscrivez le titre de votre emploi, vos activités professionnelles et les renseignements sur votre rémunération.

Section D - Votre blessure ou maladie :

Dans la section D, inscrivez les renseignements concernant votre blessure ou votre maladie.

Point 1 : Inscrivez la date à laquelle vous avez été blessé(e) ou la première date à laquelle vous avez remarqué que vous étiez malade.

S'il s'agit d'une maladie, passez le point 2. La date de l'accident doit être indiquée au format mois/jour/année. L'année doit être écrite en quatre chiffres, par exemple 2015.

Point 2 : Indiquez l'heure à laquelle la blessure est survenue en format 12 heures. Précisez s'il s'agissait du matin (AM) ou de l'après-midi (PM).

Point 3 : Indiquez le lieu où la blessure ou maladie est survenue, y compris l'adresse du bâtiment et l'emplacement physique dans le bâtiment où la blessure ou maladie est survenue.

Point 4 : Précisez s'il s'agit de votre lieu de travail habituel. Si ce n'est pas le cas, expliquez pourquoi vous vous trouviez à cet endroit.

Point 5 : Décrivez en détail ce que vous faisiez au moment de la blessure ou maladie (par exemple, décharger des boîtes d'un camion à la main).

Cette explication permet de déterminer les événements qui ont conduit à la blessure.

Point 6 : Décrivez en détail comment la blessure ou maladie est survenue (par exemple, je soulevais une lourde boîte d'un camion). Cette description doit inclure toutes les personnes et tous les événements impliqués dans la blessure ou maladie.

Point 7 : Indiquez de façon complète la nature et l'étendue de votre blessure ou maladie, y compris toutes les parties du corps touchées. Faites preuve d'autant de précision que possible (par exemple, je me suis fait mal au dos en essayant de soulever une boîte lourde ; maintenant, j'ai mal lorsque je me penche ou que je soulève des objets, même légers).

Point 8 : Indiquez si un objet **autre** qu'un véhicule à moteur immatriculé a été impliqué dans l'accident. Il peut s'agir d'un outil (par exemple, un marteau), d'un produit chimique (par exemple, de l'acide), d'une machine (par exemple, un chariot élévateur ou une perceuse à colonne), etc.

Point 9 : Indiquez si un véhicule à moteur immatriculé a été impliqué dans l'accident. Si oui, précisez si le véhicule impliqué était le vôtre, celui de votre employeur ou celui d'un tiers. Indiquez le numéro de la plaque d'immatriculation (si vous le connaissez). Si votre véhicule était impliqué, indiquez le nom et l'adresse de votre assureur de responsabilité civile automobile.

Point 10 : Précisez si vous avez informé votre employeur ou votre supérieur hiérarchique de votre blessure ou de votre maladie. Si oui, indiquez qui vous avez prévenu et si vous l'avez fait oralement ou par écrit. Indiquez la date à laquelle vous avez effectué ce signalement.

Point 11 : Indiquez si quelqu'un d'autre a vu la blessure se produire. Si quelqu'un était témoin, indiquez son nom.

Section E - Retour au travail :

Point 1 : Si vous avez cessé de travailler à la suite de votre blessure ou maladie professionnelle, cochez « Oui » et indiquez la date à laquelle vous avez cessé de travailler. Si vous n'avez pas cessé de travailler, cochez « Non » et passez à la section suivante.

Point 2 : Si vous avez repris le travail depuis, cochez « Oui ». Indiquez également à quelle date vous avez recommencé à travailler, et si vous avez repris vos fonctions normales ou si vous êtes en service limité ou restreint. (Si vous n'avez pas repris toutes les fonctions que vous exerciez avant votre blessure ou votre maladie, vous êtes en service limité.)

Point 3 : Si vous avez repris le travail, indiquez pour qui vous travaillez actuellement.

Point 4 : Indiquez votre salaire brut (avant impôts) par période de paie pour l'emploi que vous occupez actuellement. Indiquez à quelle fréquence vous recevez un chèque de paie (hebdomadaire, bihebdomadaire, etc.).

Section F - Traitement médical pour cette blessure ou maladie :

Point 1 : Si vous n'avez pas reçu de traitement médical pour cette blessure ou maladie, cochez la case « Aucun reçu » et passez au point 5. Sinon, inscrivez la date à laquelle vous avez reçu le premier traitement pour cette blessure ou maladie et remplissez le reste de la section.

Point 2 : Précisez si vous avez d'abord été traité(e) au travail pour cette blessure ou cette maladie.

Point 3 : Précisez l'endroit où vous avez reçu pour la première fois un traitement médical hors site pour votre blessure ou votre maladie. Indiquez le nom et l'adresse de l'établissement ainsi que le numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional).

Point 4 : Si vous recevez toujours un traitement pour la même blessure ou maladie, cochez « Oui » et indiquez le nom et l'adresse des médecins qui vous soignent ainsi que leur numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional) ; sinon, cochez « Non ».

Point 5 : Si vous avez déjà eu une blessure à la même partie du corps ou une maladie similaire, cochez « Oui » et indiquez si vous avez été traité par un médecin pour cette blessure ou cette maladie. Si vous avez été traité(e) par un médecin, indiquez le nom et l'adresse des médecins qui vous ont soigné(e) et **remplissez et déposez le formulaire C-3.3 avec le présent formulaire.**

Point 6 : Si vous avez eu une blessure ou une maladie antérieure, précisez si votre blessure ou votre maladie antérieure était liée au travail. Si oui, précisez si la blessure ou la maladie s'est produite pendant que vous travailliez pour votre employeur actuel.

Signez le formulaire C-3 à l'endroit prévu pour la signature de l'employé à la page 2, écrivez votre nom en caractères d'imprimerie et inscrivez la date à laquelle vous avez signé le formulaire. Si un tiers signe au nom de l'employé(e), cette personne doit signer sur la deuxième ligne de signature. Si vous êtes représenté(e) par un avocat, votre représentant doit remplir et signer la section dédiée à l'attestation de l'avocat ou du représentant au bas de la page 2.

Ce que tout(e) travailleur(euse) doit faire en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle :

1. Indiquez immédiatement à votre employeur ou à votre superviseur quand, où et comment vous avez été blessé(e).
2. Obtenez immédiatement des soins médicaux.
3. Demandez à votre médecin de déposer des rapports médicaux auprès de la Commission et de votre employeur ou de sa compagnie d'assurance.
4. Remplissez cette demande d'indemnisation et envoyez-la au bureau de la Commission des accidents du travail le plus proche. (Voir ci-dessous.) Si vous ne déposez pas votre demande dans les deux ans qui suivent la date de la blessure, votre demande peut être rejetée. Si vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire, téléphonez ou rendez visite au bureau de la Commission des accidents du travail le plus proche dans la liste ci-dessous.
5. Présentez-vous à toutes les audiences lorsque vous êtes convoqué(e).
6. Retournez au travail dès que vous le pouvez ; les indemnités n'atteignent jamais le montant de votre salaire.

Vos droits :

1. En général, vous avez le droit d'être traité(e) par le médecin de votre choix, à condition qu'il soit agréé par la Commission. Si votre employeur participe à une entente avec un organisme de prestataires privilégié, vous devez obtenir le traitement initial auprès de l'organisme de prestataires privilégié qui a été désigné pour fournir des services de soins de santé pour les accidents du travail.
2. NE PAYEZ PAS votre médecin ou votre hôpital. Leurs factures seront payées par l'assureur si votre dossier ne fait pas l'objet d'une contestation. Si votre dossier fait l'objet d'une contestation, le médecin ou l'hôpital doit attendre que la Commission statue sur votre cas pour être payé. Si vous n'engagez pas de procédure pas votre affaire ou si la Commission se prononce contre vous, vous devrez payer le médecin ou l'hôpital.
3. Vous avez également le droit au remboursement pour les médicaments, les béquilles ou tout autre appareil dûment prescrit par votre médecin et pour les frais de voiture ou autres dépenses nécessaires pour vous rendre au cabinet de votre médecin ou de l'hôpital et en revenir. (Veuillez à demander des reçus pour ces dépenses.)
4. Vous avez droit à une indemnisation si votre blessure vous empêche de travailler pendant plus de sept jours, vous oblige à travailler à un salaire inférieur ou entraîne une invalidité permanente de toute partie de votre corps.
5. L'indemnité est payable directement et sans attendre une sentence, sauf lorsque la demande est contestée.
6. Les travailleurs accidentés ou les personnes à charge des travailleurs décédés peuvent se représenter eux-mêmes dans les affaires portées devant la Commission ou peuvent retenir les services d'un avocat ou d'un représentant agréé pour les représenter. Si les services d'un avocat ou d'un représentant agréé sont retenus, ses honoraires seront examinés par la Commission et, s'ils sont approuvés, ils seront payés par l'employeur ou la compagnie d'assurance à partir de toute indemnité due. Les travailleurs accidentés ou les personnes à charge des travailleurs décédés ne doivent rien payer directement à l'avocat ou au représentant agréé qui les représente dans une affaire d'indemnisation.
7. Si vous avez besoin d'aide pour retourner au travail, ou pour résoudre des problèmes familiaux ou financiers en raison de votre blessure, prenez contact avec le bureau de la Commission des accidents du travail le plus proche de chez vous et demandez un conseiller en réinsertion ou un travailleur social.

Ce formulaire doit être déposé directement par courrier à l'adresse ci-dessous :

Commission des accidents du travail de l'État de New York

Adresse centralisée

PO Box 5205

Binghamton, NY 13902-5205

Numéro gratuit du service clientèle : 877-632-4996