

## GUIDE RAPIDE POUR LES TRAVAILLEURS BLESSÉS

# Vous avez été blessé(e) au travail. Que faire ?

Si vous avez été victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, vous avez peut-être droit à des indemnités d'accident du travail. Vous avez peut-être déjà reçu un traitement médical. Si ce n'est pas le cas, vous devez obtenir des soins médicaux dès que possible.

Pour obtenir de l'aide concernant votre demande, appelez la **Commission des accidents du travail (Commission)** au **(877) 632-4996**.

## VOS RESPONSABILITÉS

- Prévenez votre employeur, par écrit, en précisant quand, où et comment vous avez été blessé(e) ou êtes tombé(e) malade. Faites-le dès que possible dans les **30 jours** suivant la blessure ou la maladie. N'envoyez pas de SMS, mais plutôt une lettre, un courrier électronique ou tout autre document qui peut être sauvegardé ou imprimé.
- Informez vos prestataires de soins de santé que vous souffrez d'une blessure ou d'une maladie liée au travail et donnez le nom de l'assureur des accidents du travail de votre employeur. Si vous ne connaissez pas le nom de l'assureur de votre employeur, demandez-le à votre employeur ou prenez immédiatement contact avec la Commission. Votre prestataire de soins de santé déposera des rapports médicaux auprès de la Commission et de votre employeur ou de son assureur. Un rapport médical doit être déposé auprès de la Commission pour que vous ayez accès à vos prestations.
- Déposez une **Demande d'employé (formulaire C-3)** pour signaler votre blessure ou votre maladie à la Commission dès que possible. Vous devez informer la Commission de votre blessure ou de votre maladie dans un délai de **deux ans**. Si vous vous êtes déjà blessé(e) sur la même partie du corps ou si vous avez eu une maladie similaire, vous devez également remplir la **Divulgaration limitée de renseignements médicaux (formulaire C-3.3)**.  
**La citoyenneté et le statut d'immigration ne sont pas des facteurs d'indemnisation des travailleurs.**

### Comment déposer une demande

Méthode la plus rapide : Rendez-vous sur [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov) et cliquez sur « File a Claim » (déposer une demande).

Pour toute question concernant le dépôt d'un **formulaire C-3**, ou pour recevoir une copie du formulaire, appelez le **(877) 632-4996**. Un représentant de la Commission vous aidera.

## FRAIS MÉDICAUX ET DE DÉPLACEMENT

**Les soins médicaux pour le traitement de votre blessure ou de votre maladie liée au travail sont une prestation d'indemnisation des accidents du travail qui vous est fournie gratuitement.** Les factures médicales pour votre blessure ou votre maladie sont payées directement par l'assureur des accidents du travail de votre employeur à votre prestataire de soins de santé. Si votre dossier est contesté par l'assureur, les prestataires de soins de santé seront payés si la Commission tranche votre dossier en votre faveur. En revanche, si la Commission statue en votre défaveur ou si vous n'intentez pas d'action, vous devrez payer le prestataire de soins de santé ou l'hôpital (ou soumettre les factures à votre propre assurance maladie).

L'assurance des accidents du travail de votre employeur couvre les médicaments et les équipements médicalement nécessaires prescrits par votre prestataire de soins de santé. Vous pouvez également être remboursé(e) pour le kilométrage, les transports publics ou d'autres dépenses nécessaires engagées lors de vos déplacements pour recevoir un traitement. Présentez ces dépenses (y compris les reçus, le cas échéant) à l'assureur des accidents du travail de votre employeur et à la Commission au moyen du formulaire C-257, **Dossier des frais médicaux et de déplacement et demande de remboursement du demandeur**.

En règle générale, vous pouvez choisir n'importe quel prestataire de soins de santé agréé par la Commission. Vous pouvez rechercher un prestataire de soins de santé agréé dans votre région en utilisant la fonction de recherche de prestataire (« Health Care Provider Search ») sur [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov). Vous pouvez également utiliser les cliniques de santé au travail. Toutefois, si l'assureur des accidents du travail de votre employeur dispose d'une organisation de prestataires privilégiés pour fournir des soins aux victimes d'accidents du travail, vous devez obtenir votre premier traitement au sein de ce réseau. Si cet assureur dispose également d'un réseau de pharmacie ou de diagnostic, vous devez recevoir des services au sein de ces réseaux. L'assureur doit vous informer sur ses réseaux de prestataires obligatoires et sur la manière de les utiliser. Toutefois, en cas d'urgence, vous pouvez consulter n'importe quel prestataire.

## GUIDE RAPIDE POUR LES TRAVAILLEURS BLESSÉS

### PRESTATIONS EN CAS DE PERTE DE SALAIRE

Vous avez droit à une partie de votre salaire perdu, qui doit être versée rapidement, si votre blessure ou votre maladie vous affecte d'une ou plusieurs des manières suivantes :

1. Elle vous empêche de travailler pendant plus de sept jours calendrier ;
2. Il est établi qu'une partie de votre corps est atteinte d'une invalidité permanente ; et/ou
3. Votre rémunération est réduite parce que vous travaillez désormais moins d'heures ou faites un autre travail.

Une fois que vous êtes guéri(e) de votre blessure ou de votre maladie et qu'aucune amélioration médicale n'est attendue (généralement un an après la date de l'accident/de la maladie ou de l'intervention chirurgicale, si une intervention chirurgicale a été effectuée), vous pouvez demander à votre médecin d'évaluer si votre accident/maladie a entraîné une blessure/condition permanente. Pour en savoir plus sur cette prestation, rendez-vous sur [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov), cliquez sur la section « Workers » (travailleurs), puis sélectionnez « Disability Classifications » (classifications d'invalidité).

Vous pouvez engager un avocat ou un représentant agréé pour vous aider dans votre demande, mais ce n'est pas obligatoire. Vous ou votre famille ne devez pas payer directement votre avocat ou votre représentant agréé. Leurs honoraires sont approuvés par la Commission et déduits de votre indemnité de perte de salaire.

Si votre dossier est contesté, vous pouvez recevoir des prestations d'invalidité pendant que l'affaire est en cours d'examen par la Commission. Pour obtenir le formulaire *Avis et preuve de demande de prestations d'invalidité (formulaire DB-450)*, rendez-vous sur [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov) ; appelez la Commission pour obtenir de l'aide ; ou rendez-vous dans un bureau de la Commission. Si l'affaire est résolue en votre faveur, les prestations d'invalidité seront déduites de votre indemnité pour perte de salaire.

### QUE SE PASSE-T-IL ENSUITE ?

L'assureur des accidents du travail prendra contact avec vous. Si votre demande est acceptée, vos prestataires de soins de santé seront payés et les indemnités pour perte de salaire commenceront. Si votre dossier nécessite une audience, la Commission prendra contact avec vous. Il existe des ressources en ligne pour faciliter le processus d'audience :

- **eCase** : Vous pouvez télécharger et consulter les documents relatifs à votre dossier en ligne avec le système eCase de la Commission, qui est utilisé pour traiter les demandes des travailleurs blessés. Vous devez vous inscrire à eCase sur [wcb.ny.gov](http://wcb.ny.gov).
- **Audiences à distance** : Vous avez la possibilité d'assister aux audiences sans avoir à vous rendre dans un bureau de la Commission grâce aux audiences à distance. Pour en savoir plus sur les audiences à distance et l'application gratuite de la Commission, rendez-vous sur [wcb.ny.gov/virtual-hearings](http://wcb.ny.gov/virtual-hearings).

### VOUS POUVEZ OBTENIR DE L'AIDE

Vous avez parfois besoin d'aide pour reprendre le travail. Votre employeur peut vous proposer des tâches alternatives ou plus légères qui vous permettront de travailler pendant votre guérison. Une blessure ou une maladie peut également causer des problèmes familiaux ou financiers. La Commission dispose de conseillers en réadaptation professionnelle et de travailleurs sociaux pour vous aider. Appelez la Commission pour obtenir plus d'informations sur les services disponibles et pour obtenir de l'aide.

Si vous êtes préoccupé(e) par la dépendance aux analgésiques opioïdes, appelez la HOPELine de l'OASAS de l'État de New York au **877-8-HOPENY (877-846-7369)**.

#### Coordonnées importantes

Commission des accidents du travail	(877) 632-4996	claims@wcb.ny.gov
		wcb.ny.gov

New York State Workers' Compensation Board  
PO BOX 5205  
Binghamton, NY 13902-5205



**Workers'  
Compensation  
Board**



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](http://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. (Veillez 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**



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

**Au demandeur :** Si vous avez reçu un traitement pour une blessure antérieure à la même partie du corps ou pour une maladie similaire à celle décrite dans votre demande actuelle, remplissez ce formulaire. Ce formulaire permet aux prestataires de soins de santé que vous indiquez ci-dessous de communiquer à l'assureur des accidents du travail de votre employeur des renseignements sur votre blessure ou maladie antérieure. La loi fédérale sur la portabilité et la responsabilité en matière d'assurance santé de 1996 (loi HIPAA) stipule que vous avez le droit d'obtenir une copie de ce formulaire. Si vous ne comprenez pas ce formulaire, parlez-en à votre représentant légal. Si vous n'avez pas de représentant légal, le défenseur des travailleurs blessés de la Commission des accidents du travail peut vous aider. Appelez le : 800-580-6665.

**Au prestataire de soins de santé :** Une copie de cette décharge conforme à la loi HIPAA vous permet de divulguer des renseignements sur la santé. Si vous envoyez des dossiers à l'assureur des accidents du travail de l'employeur en réponse à cette décharge, envoyez également des copies au représentant légal du demandeur. (Si aucun représentant légal ne figure dans la liste ci-dessous, envoyez des copies au demandeur.) Les prestataires de soins de santé qui communiquent des dossiers doivent respecter la loi de l'État de New York et la loi HIPAA.

La présente décharge est :

- **Volontaire.** Vos prestataires de soins de santé doivent vous donner les mêmes soins, conditions de paiement et avantages, que vous signiez ou non ce formulaire.
- **Limitée.** Elle donne à vos prestataires de soins de santé la permission de ne divulguer que les dossiers de santé liés à la maladie ou à l'état antérieur que vous décrivez ci-dessous.
- **Temporaire.** Elle prend fin lorsque votre demande d'indemnisation actuelle est établie ou rejetée et que tous les recours sont épuisés.
- **Révocable.** Vous pouvez annuler cette décharge à tout moment. Pour l'annuler, envoyez une lettre aux prestataires de soins de santé figurant sur ce formulaire. Envoyez également une copie de votre lettre à l'assureur des accidents du travail de votre employeur et à la Commission des accidents du travail. Remarque : Vous ne pouvez pas annuler cette décharge en ce qui concerne les dossiers médicaux déjà fournis.
- **Pour les dossiers uniquement.** Elle donne à vos prestataires de soins de santé énumérés dans ce formulaire la permission d'envoyer des copies de vos dossiers médicaux à l'assureur des accidents du travail de votre employeur.

Ce formulaire n'autorise PAS vos prestataires de soins de santé à divulguer les types d'informations suivants :

- **Informations relatives au VIH**
- **Notes de psychothérapie**
- **Traitement contre l'alcoolisme et la toxicomanie**
- **Traitement de santé mentale** (sauf si vous cochez ci-dessous)
- **Informations verbales** (vos prestataires de soins de santé peuvent ne pas discuter de vos informations de soins de santé avec quiconque)

Tout dossier médical communiqué fera partie de votre dossier d'accidents du travail et est confidentiel en vertu de la loi sur les accidents du travail.

**A. VOS INFORMATIONS (Demandeur)**

- Nom : \_\_\_\_\_
- Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
- Adresse postale : \_\_\_\_\_
- Date de naissance : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- Date de votre blessure ou maladie actuelle : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- Blessure ou maladie actuelle, y compris toutes les parties du corps touchées : \_\_\_\_\_
- Nom et adresse de votre représentant légal (le cas échéant) : \_\_\_\_\_

Cochez ici si vous autorisez vos prestataires de soins de santé à divulguer des informations sur les **soins de santé mentale**.

**B. VOS PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ**

(Indiquez tous les prestataires de soins de santé qui vous ont traité pour une blessure à la même partie du corps ou une maladie similaire antérieure. Si vous avez plus de 2 prestataires, joignez leurs coordonnées à ce formulaire.)

- Prestataire : \_\_\_\_\_
- Numéro de téléphone : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
- Adresse postale : \_\_\_\_\_
- Autre prestataire (le cas échéant) : \_\_\_\_\_
- Numéro de téléphone : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
- Adresse postale : \_\_\_\_\_

**C. LISEZ ET SIGNEZ CI-DESSOUS.**

Je demande par la présente que les prestataires de soins de santé mentionnés ci-dessus envoient à l'assureur des accidents du travail de mon employeur des copies de tous les dossiers médicaux relatifs à toute blessure ou maladie antérieure, à toutes les parties du corps, décrites ci-dessus.

Signature du demandeur (à l'encre seulement -- bleue si possible) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Si le demandeur est incapable de signer,** la personne qui signe en son nom doit remplir et signer ci-dessous :

Votre nom \_\_\_\_\_ Lien avec le demandeur \_\_\_\_\_ Signature (à l'encre seulement -- bleue si possible.) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**État de New York**  
**COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL**

Avis relatif au droit de choisir un prestataire de soins de santé agréé  
par la Commission de la santé et de la sécurité au travail

Nom de l'employé blessé	Numéro de sécurité sociale de l'employé blessé	Date de l'accident
Nom et adresse de l'employeur		

**À l'attention de l'employé blessé :**

Pour le traitement de votre blessure ou maladie liée au travail, vous pouvez choisir tout médecin, podiatre, chiropraticien ou psychologue (sur recommandation d'un médecin agréé) qui est agréé par la Commission de la santé et de la sécurité au travail et qui accepte des patients percevant des indemnités pour accidents du travail.

Bien que vous puissiez choisir d'utiliser un réseau ou un prestataire recommandé par votre employeur ou son assureur contre les accidents du travail, ou de permettre à votre employeur de sélectionner un prestataire en votre nom, vous pouvez, à tout moment, changer de prestataire de soins de santé sans compromettre votre demande d'indemnisation pour accidents du travail.

\_\_\_\_\_  
Signature de l'employé blessé

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin

\_\_\_\_\_  
Date

**Veillez noter :** Il n'est pas nécessaire que vous signiez ce formulaire de consentement si votre employeur (i) participe à une organisation de prestataires privilégiés certifiés (OPP) en vertu de l'article 10-A de la loi sur l'indemnisation des accidents du travail, ou (ii) participe au programme pilote de règlement extrajudiciaire des conflits (alternative dispute resolution, ADR) en vertu de l'article 25(2-c) de la loi sur les indemnités pour accidents du travail. Conformément à ces programmes statutaires, sauf en cas d'urgence, vous devez obtenir au moins un traitement initial pour toute blessure ou maladie liée au travail auprès du ou des réseaux ou prestataires certifiés désignés par votre employeur.

**À l'attention de l'employeur :**

L'employeur fournira à l'employé blessé nommé ci-dessus une copie de ce formulaire signé et conservera le formulaire original dans les dossiers de l'employeur où il pourra être consulté par la Commission de la santé et de la sécurité au travail en tout temps. Ce formulaire ne doit pas être soumis à la Commission de la santé et de la sécurité au travail ni être signé avant la survenance de la blessure ou de la maladie liée au travail de l'employé en question.

La Commission de la santé et de la sécurité au travail emploie et soutient les personnes handicapées sans discrimination.





## GESTION DES AVANTAGES PHARMACEUTIQUES DU FONDS D'ASSURANCE DE L'ÉTAT DE NEW YORK

Le Fonds d'assurance de l'État de New York (NYSIF) fournit une couverture d'assurance contre les accidents du travail à votre employeur pour les blessures ou les maladies liées au travail des employés. Ce plan comprend un réseau de plus de 67 000 pharmacies participantes comme un moyen facile et pratique pour vous de remplir vos ordonnances médicales. Si des médicaments vous sont prescrits pour un accident ou une maladie liés au travail, la prescription doit être remplie dans une pharmacie du réseau de pharmacies CareComp.

Le NYSIF fournit également un service "short-fill", qui vous permet d'obtenir des prestations pharmaceutiques, avant même que votre demande n'ait été acceptée. Bien que nous ne soyons pas tenus de fournir cette prestation, nous voulons vous aider à traverser les premiers jours difficiles après vos blessures ou maladies liées au travail en offrant un nombre limité de prestations pour médicaments sur ordonnance qui peuvent être remplies au sein du réseau de pharmacies CareComp.

Veuillez utiliser le formulaire au verso de cette page - "Identifiant des services d'ordonnances temporaires d'indemnisation des accidents du travail" - pour remplir les ordonnances dans n'importe quelle pharmacie participante. Pour remplir le formulaire, veuillez:

**Étape 1:** Demandez à votre employeur de remplir le **nom de son entreprise** et son **numéro de police**.

**Étape 2:** Remplissez le reste du formulaire avec votre **réclamation** et **coordonnées**.

**Étape 3:** Apportez le formulaire rempli et l'ordonnance dans une pharmacie du réseau de pharmacies CareComp.

**Étape 4:** Dans les 10 jours suivant l'accident confirmé, vous recevrez un paquet de CVS Caremark. Ce paquet contiendra une carte d'identité permanente qui doit être utilisée lors de l'exécution des ordonnances pour la blessure ou la maladie liée au travail.

Vous pouvez trouver les pharmacies locales participantes en visitant [www.wcrxpharmacylocator.com](http://www.wcrxpharmacylocator.com) ou en appelant la ligne d'assistance téléphonique 24 heures sur 24 au (866) 493-1640.

Si vous avez des questions ou avez besoin d'aide, veuillez visiter [www.nysif.com/networkbenefits](http://www.nysif.com/networkbenefits) ou contacter le NYSIF at (888) 875-5790.



## Informations importantes sur l'identification des services de prescription temporaire dans le cadre de l'indemnisation des accidents du travail

### ATTENTION TRAVAILLEUR BLESSÉ

Ce formulaire d'identification des services de prescription temporaire pour l'indemnisation des accidents du travail DOIT ÊTRE PRÉSENTÉ à votre pharmacien lorsque vous faites exécuter votre première ordonnance. Si vous avez des questions ou si vous avez besoin de localiser une pharmacie participante, veuillez contacter Service à la clientèle de CVS Caremark au 1-866-493-1640.

**Pharmacien/employeur** - Une fois le formulaire rempli, envoyez un fax à CVS Caremark :1-866-493-1644

Les renseignements sur le demandeur seront ajoutés par CVS Caremark pour permettre le traitement des médicaments. Ces renseignements peuvent également être fournis par téléphone en composant le 1-866-493-1640.

Fonds d'assurance de l'Etat de New York	Group#: NYSIF
<b>Attention :</b> Tous les points ci-dessous doivent être remplis.	
LE NOM DE L'EMPLOYEUR:  _____	NOM DU TRAVAILLEUR ACCIDENTÉ:  _____
LE NUMÉRO DE LA POLICE DE COMPENSATION DES TRAVAILLEURS DU NYSIF DE L'EMPLOYEUR :	PRENOM                      SURNOM                      NOM
DATE DE LA BLESSURE ____/____/_____(MM/DD/YYYY)	L'ADRESSE POSTALE DU TRAVAILLEUR BLESSÉ:  _____
LA DATE DE NAISSANCE DU TRAVAILLEUR BLESSÉ :  ____ / ____ / _____ (MM/DD/YYYY)	RUE  _____
LE NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE DU TRAVAILLEUR BLESSÉ:  _____	VILLE, CODE POSTAL ETAT  <i>Service d'assistance : Il s'agit d'un programme POS par CVS Caremark uniquement. Pour obtenir de l'aide, appelez le service d'assistance de CVS Caremark au 866.493.1640.</i>

### A l'attention du pharmacien:

Le programme de prescription de la NYSIF est administré par CVS Caremark. Veuillez suivre les étapes d'action énumérées ci-dessous pour saisir la demande. Ces étapes sont nécessaires pour soumettre une ordonnance pour les demandeurs du NYSIF.

Étape 1	Entrez le numéro de boîte 610235
Étape 2	Entrez PCN: WRK
Étape 3	ID: Numéro de sécurité sociale du travailleur blessé

### BESOIN D'AIDE ?

Pharmacien, si vous avez des questions pendant le traitement de la demande, veuillez appeler le service d'assistance de CVS Caremark au numéro suivant : 1-866-493-1640.

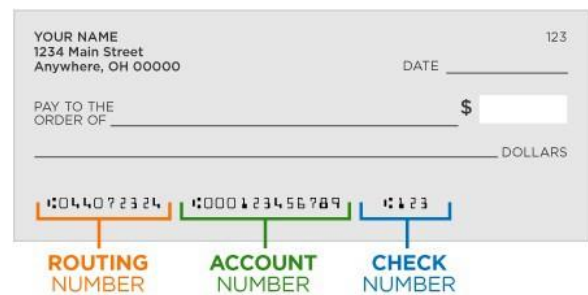
**Recevez vos indemnités d'accident du travail par dépôt direct !**

## Dépôt direct

### Fonds d'assurance de l'État de New York

La NYSIF propose le dépôt direct pour les demandeurs d'indemnités d'accident du travail. En coopération avec votre institution financière, le NYSIF peut déposer les paiements de prestations directement sur votre compte bancaire. Vous pouvez même choisir de répartir vos paiements entre deux comptes bancaires (par pourcentage).

#### EXIGENCES RELATIVES AU TYPE DE COMPTE



YOUR NAME  
1234 Main Street  
Anywhere, OH 00000

DATE \_\_\_\_\_ 123

PAY TO THE ORDER OF \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DOLLARS

044072324    000123456789    123

**ROUTING NUMBER**    **ACCOUNT NUMBER**    **CHECK NUMBER**

#### ANNULATION

Cet accord reste en vigueur jusqu'à ce qu'il soit annulé. Pour annuler votre accord, visitez [nysif.com](http://nysif.com), inscrivez-vous en tant que demandeur et sélectionnez l'option "se désinscrire du dépôt direct". De plus, vous pouvez annuler en contactant votre gestionnaire de dossier NYSIF sur [nysif.com](http://nysif.com) en utilisant nos liens rapides pour "Obtenir de l'aide pour les réclamations". Cet accord peut également être annulé par le NYSIF ou par votre institution financière. Dans les deux cas, vous recevrez des chèques ultérieurs par la poste. Le traitement d'une annulation peut prendre jusqu'à trois semaines.

#### MODIFICATIONS DE VOTRE COMPTE

**Il vous incombe d'informer le NYSIF** de toute modification des informations relatives à votre compte bancaire (changement de numéro de compte, d'institution financière, etc.). Avisez le NYSIF en soumettant une nouvelle demande de dépôt direct, disponible sur [nysif.com](http://nysif.com).

Si vous changez de compte ou d'institution financière, vous devez maintenir votre ancien compte jusqu'à ce que votre nouveau compte reçoive votre prochain paiement par dépôt direct. Si l'ancien compte n'est pas maintenu, vous risquez de subir un retard de paiement jusqu'à ce que votre nouvelle autorisation de dépôt direct prenne effet.

#### VÉRIFICATION PÉRIODIQUE

Le NYSIF peut vous contacter périodiquement pour valider les informations concernant votre compte de dépôt direct. Si le bénéficiaire n'est plus en vie, informez-en le NYSIF immédiatement.

## DEMANDE D'AUTORISATION DE DÉPÔT DIRECT DU FONDS D'ASSURANCE DE L'ETAT DE NEW YORK

Pour recevoir le dépôt direct des prestations, remplissez ce formulaire dans son intégralité et renvoyez-le à l'adresse ci-dessous. Pour plus d'informations sur vos droits concernant le dépôt direct, consultez le site [nysif.com/directdeposit](http://nysif.com/directdeposit). Tous les champs doivent être remplis pour pouvoir adhérer au dépôt direct.

NOM (PRENOM, SURNOM, NOM): \_\_\_\_\_

NUMÉRO DE DEMANDE D'INDEMNISATION DU NYSIF: \_\_\_\_\_

ADRESSE DU DOMICILE (NE PAS UTILISER LA BOÎTE POSTALE): \_\_\_\_\_

VILLE: \_\_\_\_\_ ETAT: \_\_\_\_\_

CODE POSTALE: \_\_\_\_\_

ADRESSE ELECTRONIQUE: \_\_\_\_\_ TELEPHONE: \_\_\_\_\_

Saisissez toutes les informations, y compris votre numéro de compte et votre numéro d'acheminement bancaire. Contactez votre institution financière si vous avez besoin d'aide pour remplir cette section. Facultatif : Si vous souhaitez répartir vos paiements entre deux comptes bancaires, remplissez les deux séries de champs relatifs aux banques. Le pourcentage de répartition doit totaliser 100% (par exemple, 75% sur le premier compte et 25% sur le deuxième). Si, à tout moment, votre compte bancaire devient indisponible, le montant à payer sera envoyé par chèque papier.

DÉPÔT DIRECT COMPTE #1 (choisir entre le chèque et l'épargne):  Chèque  Distribution Epargne \_\_\_\_\_ %du chèque

NOM DE L'INSTITUTION FINANCIÈRE: \_\_\_\_\_

ROUTAGE # \_\_\_\_\_ COMPTE # \_\_\_\_\_

DÉPÔT DIRECT COMPTE #2 (choisir entre le chèque et l'épargne):  Chèque  Distribution Epargne \_\_\_\_\_ %du chèque

NOM DE L'INSTITUTION FINANCIÈRE: \_\_\_\_\_

ROUTAGE # \_\_\_\_\_ COMPTE # \_\_\_\_\_

### CERTIFICATION ET AUTORISATION DU DÉPOSANT/BÉNÉFICIAIRE

En signant ce formulaire, j'autorise la NYSIF à diriger les paiements vers le(s) établissement(s) financier(s) nommé(s) ci-dessus pour les déposer sur le(s) compte(s) désigné(s). Je certifie que j'ai le droit de recevoir les indemnités sous-jacentes ou le produit du règlement, et que les circonstances me donnant droit à des indemnités de la NYSIF n'ont pas changé. Dans le cas où les circonstances qui affecteraient mon droit à recevoir des paiements ont changé, je dois en informer le NYSIF. Je comprends que pour demander le dépôt direct, je dois fournir une adresse électronique. En soumettant cette demande, je consens à recevoir des notifications électroniques à l'adresse électronique fournie.

SIGNATURE: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

**ENVOYEZ LE FORMULAIRE REMPLI À:**

NYSIF  
PO Box 66699  
Albany, NY 12206

**DD-APP-WCF (6/21)**