

DEMANDE DE RÉOUVERTURE DE DOSSIER DE RÉCLAMATION, PLUS DE SEPT ANS APRÈS L'ACCIDENT

AVIS : Ce formulaire doit être déposé immédiatement auprès de la présidence de la Commission des accidents du travail, accompagné du rapport du médecin traitant (formulaire C-27), si nécessaire, au bureau de district où le dossier a été fermé. Les renseignements figurant au verso doivent être complétés.

RÉPONDEZ À TOUTES LES QUESTIONS - ÉCRIRE LISIBLEMENT

N° de dossier WCB _____ Date de l'accident _____ N° de sécurité sociale du demandeur _____

1. Nom de la personne blessée _____ Genre M F X Date de naissance _____

Adresse actuelle _____ N° app. _____

2. Employeur (au moment de l'accident) _____

Adresse _____

3. Quand avez-vous travaillé pour la dernière fois pour cet employeur ? _____

4. Nom du médecin traitant actuel _____

Adresse _____

5. Si l'employé(e) blessé(e) est décédé(e), date du décès _____

6. Nature de la blessure _____

7. Motifs précis de la demande de réouverture du dossier _____

8. DOSSIER DES TRAITEMENTS MÉDICAUX DEPUIS L'ACCIDENT (Indiquez tous les médecins et hôpitaux) :

<u>Médecin ou hôpital</u>	<u>Adresse</u>	<u>Période</u>
_____	_____	De _____ À _____
_____	_____	De _____ À _____
_____	_____	De _____ À _____

9. Au moment de l'accident, avez-vous reçu un appareil, un dispositif ou un traitement pour votre blessure ? Oui Non

(a) Si oui, qui les a fournis et payés ? _____

(b) Cet appareil a-t-il été remplacé ou réparé ? Oui Non

(c) Si oui, par qui et à quelle date ? _____

10. Un traitement médical ou chirurgical ou des soins hospitaliers vous ont-ils été fournis par l'employeur ou l'assureur au cours des 8 dernières années ? Oui Non

11. Un dispositif ou un appareil artificiel a-t-il été fourni ou réparé par l'employeur ou l'assureur au cours des 8 dernières années ? Oui Non

12. Avez-vous poursuivi quelqu'un en justice en plus d'avoir demandé une indemnisation à la suite de votre accident ? Oui Non

Si oui, donnez les informations suivantes :

Nom et adresse de l'avocat _____

Date du règlement _____ Montant du règlement : \$ _____

Si possible, joignez une copie des documents du règlement.

(Complétez les informations au verso)

C-25(6-22)

C-25

C-25

C-25

C-25

C-25

C-25

13. Une indemnité vous a-t-elle été versée au cours des 8 dernières années ? Oui Non
 Si oui, donnez les informations suivantes :
- (a) Quand le dernier paiement a-t-il été effectué ? _____
- (b) Par qui ? _____
- (c) Des tâches plus légères vous ont-elles été confiées ? Oui Non
- (d) Si vous avez répondu oui à la question (c), avez-vous reçu des prestations pour baisse de salaire ? Oui Non
14. Avez-vous subi d'autres blessures depuis la clôture de votre dossier ? Oui Non
 Si oui, indiquez ce qui suit :
- (a) Nature de cette blessure _____
- (b) Date de l'accident _____
- (c) Nom de l'employeur _____
- (d) N° de dossier WCB _____
- (e) Date de la dernière audience _____
15. Travaillez-vous actuellement ? Oui Non
 Si vous **ne travaillez pas** actuellement, êtes-vous à la retraite ? Oui Non
 Si vous **travaillez** actuellement, donnez les informations suivantes :
- (a) Nom du dernier employeur _____
 Adresse _____
 N° de l'employeur à l'assurance-chômage de l'État de New York (si vous le connaissez) _____
- (b) Quand la période d'invalidité actuelle a-t-elle commencé ? _____
 (Date)
- (c) Indiquez la première et la dernière date auxquelles vous avez occupé le poste précédant immédiatement l'invalidité actuelle :
 Premier jour de travail _____ Dernier jour de travail _____
- (d) Recevez-vous des prestations d'invalidité pour votre période d'invalidité actuelle ? Oui Non
 Si oui, de qui ? _____

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 du demandeur _____ N° de téléphone _____ Date _____

Adresse postale _____

IMPORTANT

L'autorisation de la présidence de la Commission des accidents du travail doit être acquise avant d'obtenir un traitement médical ou des fournitures. Dans le cas contraire, le demandeur sera responsable de ce traitement médical ou de ces fournitures.

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

SI VOUS AVEZ DES QUESTIONS OU BESOIN DE CONSEILS CONCERNANT VOTRE DEMANDE, VOUS POUVEZ APPELER LA COMMISSION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL OU VOUS RENDRE DANS SON BUREAU LE PLUS PROCHE.