



# Plainte pour licenciement ou discrimination

Envoyez le formulaire complété à : Discrimination Unit • Riverview Center - 150 Broadway • Menands, NY 12204

## TYPE DE DEMANDE DE PRESTATIONS

Prestations d'invalidité (invalidité indépendante du travail)

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Accident du travail (blessure dans le cadre du travail)

N° de dossier WCB \_\_\_\_\_  
(blessures dans le cadre du travail) :

**VEUILLEZ ÉCRIRE EN MAJUSCULES OU À LA MACHINE. RÉPONDEZ À TOUTES LES QUESTIONS - LE TRAITEMENT DE VOTRE PLAINTE SERA AUTREMENT RETARDÉ - RÉPONDEZ AUX QUESTIONS 6 ET 7 EN DÉTAIL - JOIGNEZ DES FEUILLES SUPPLÉMENTAIRES SI NÉCESSAIRE**

**ENVOYEZ LE TOUT EN DOUBLE EXEMPLAIRE À L'ADRESSE FIGURANT EN HAUT DU FORMULAIRE.**

1. Nom de l'employé(e) : \_\_\_\_\_

2. Adresse de l'employé(e) : \_\_\_\_\_

3. Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_

4. Adresse de l'employeur : \_\_\_\_\_

5. Avez-vous été licencié(e) :  Oui  Non Si oui, donnez la date : \_\_\_\_\_

6. Indiquez en détail le fondement de votre plainte, la raison de votre licenciement et le nom de votre superviseur ou responsable ou de la personne qui vous a licencié(e) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Indiquez les noms des autres personnes impliquées. Joignez une copie de votre avis de licenciement, le cas échéant, ou des autres documents reçus : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Où travailliez-vous (indiquez l'adresse, si elle est différente de celle du point 4 ci-dessus) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. Profession : \_\_\_\_\_

10. Nom et adresse de votre avocat ou de votre représentant, le cas échéant (voir la déclaration « Représentation » au verso) :

\_\_\_\_\_

11. Date de l'accident ou du premier jour d'invalidité : \_\_\_\_\_

**J'AFFIRME, SOUS PEINE DE PARJURE, QUE LES INFORMATIONS FOURNIES CI-DESSUS SONT VRAIES :**

\_\_\_\_\_  
Signature de l'employé(e)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone

## LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

**Sec. 120. Discrimination à l'encontre des employés qui intentent une action.** Il est illégal pour tout employeur ou son agent dûment agréé de licencier un(e) employé(e) ou d'agir de manière discriminatoire quant à son emploi parce que cet(te) employé(e) a réclamé ou tenté de réclamer une indemnisation à cet employeur, ou parce qu'il (elle) a témoigné ou est sur le point de témoigner dans une procédure en vertu du présent chapitre et qu'aucune autre raison valable n'est démontrée pour justifier une telle action par l'employeur.

Toute plainte alléguant une telle pratique discriminatoire illégale doit être déposée dans les deux ans suivant la commission de cette pratique. Après avoir constaté qu'un employeur a violé le présent article, la Commission doit rendre une ordonnance selon laquelle tout(e) employé(e) victime de discrimination doit être réintégré(e) dans son emploi ou rétabli(e) dans le poste ou les privilèges qu'il (elle) aurait eus s'il (elle) n'y avait pas souffert de discrimination, et doit être indemnisé(e) par son employeur pour toute perte de rémunération résultant de cette discrimination, ainsi que pour les honoraires ou indemnités pour les services rendus par un avocat ou un représentant agréé, tels que fixés par la Commission. Tout employeur qui enfreint le présent article est passible d'une amende d'au minimum cent dollars ou d'au maximum cinq cents dollars, selon ce que déterminera la Commission. Toutes ces pénalités sont versées au Trésor public. Toutes les pénalités, les indemnités et les droits ou allocations sont payés uniquement par l'employeur. L'employeur seul, et non son assureur, est responsable de ces pénalités et paiements. Toute disposition d'une police d'assurance visant à exonérer l'employeur de la responsabilité de ces pénalités et paiements est nulle et non avenue.

L'employeur qui enfreint le présent article et l'employé(e) lésé(e) doivent communiquer à la Commission la manière dont l'employeur s'est mis en conformité dans les trente jours suivant la réception de la décision finale. En cas de manquement à l'obligation de faire rapport sur la conformité ou de manquement à une ordonnance ou à une pénalité de la Commission dans les trente jours suivant la signification de l'ordonnance ou de l'avis de pénalité, sauf si une demande de modification, de révision ou d'examen de l'ordonnance ou de la pénalité a été déposée en temps opportun auprès de la Commission en vertu de l'article 23 du présent chapitre, le président, dans ce cas, ou sur consentement de la présidence, toute partie peut faire appliquer l'ordonnance ou la pénalité de la même manière qu'une indemnité.

**Sec. 241. Application des autres dispositions du chapitre.** Tous les pouvoirs et devoirs conférés ou imposés à la présidence et à la Commission par le présent chapitre, qui sont nécessaires à l'administration du présent article et qui ne sont pas incompatibles, sont, dans cette mesure, rendus applicables au présent article ; et aucune des autres dispositions du présent chapitre relatives aux prestations prévues par d'autres articles du présent chapitre ne sera interprétée comme étant applicable au présent article. Les dispositions de la section 120 du présent chapitre sont applicables aussi pleinement que si elles étaient énoncées dans le présent article, sauf que les pénalités versées au Trésor public en vertu du présent article sont affectées aux dépenses d'administration du présent article.

### REPRÉSENTATION

Bien que vous ne soyez pas tenu(e) d'obtenir que quelqu'un vous représente dans le cadre d'une plainte pour discrimination, vous avez le droit d'être représenté(e) par un avocat ou un représentant agréé, si vous le souhaitez. Si vous êtes représenté(e) par un avocat ou un représentant agréé dans votre affaire d'accident du travail ou de prestations d'invalidité, et que vous souhaitez être représenté(e) cette personne, veuillez prendre contact avec elle pour déterminer si elle accepte ou non de vous représenter. Dans le cas contraire, vous avez le droit de choisir un autre représentant de votre choix.

**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 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 BESOIN D'AIDE POUR REMPLIR CE FORMULAIRE, OU SI VOUS AVEZ D'AUTRES QUESTIONS, PRENEZ CONTACT AVEC N'IMPORTE QUEL BUREAU DE LA COMMISSION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL.**