

Informations sur la réclamation - TOUTES LES COMMUNICATIONS DOIVENT INCLURE CES NUMÉROS

Date de la blessure/maladie : _____ Numéro de dossier WCB : _____

Informations sur le travailleur blessé Cochez en cas de nouvelle adresse

Nom de famille : _____ Prénom : _____ Initiale du deuxième prénom : _____

Adresse postale : _____ Ligne 2 : _____

Ville : _____ État : _____ Code postal : _____ Pays : USA

Numéro de téléphone (journée) : _____ Adresse électronique : _____

Numéro de sécurité sociale : _____ Date de naissance : _____ Genre : M F X**Informations sur l'employeur :**

Nom de l'employeur : _____

Adresse postale : _____ Ligne 2 : _____

Ville : _____ État : _____ Code postal : _____ Pays : USA

Numéro de téléphone de l'employeur : _____ Numéro d'identification fiscale fédérale : _____

Le numéro d'identification fiscale (Tax ID) est le (cochez une case) : Numéro de sécurité sociale (SSN) Numéro d'identification d'employeur (EIN)**Raison pour cette demande - Instructions :** Cochez toutes les cases pertinentes. Assurez-vous de joindre les formulaires supplémentaires, rapports médicaux, lettres, et autres documents requis pour chaque case cochée. Si les informations supplémentaires ont déjà été soumises, ne les joignez pas, mais essayez de les identifier dans l'espace au bas de ce formulaire** en indiquant le numéro ou le titre du formulaire ainsi que la date à laquelle il a été soumis à la Commission. Signez et datez le formulaire ci-dessous.**Paiements d'indemnisation :**

- a. Je ne travaille pas depuis le _____ et je ne perçois pas de paiements. **Documentation médicale indiquant le handicap requise. Cochez toutes les cases pertinentes :**
- J'ai déposé une réclamation pour un accident du travail.
 - Mon employeur ne me verse pas mon salaire.
 - Ma réclamation n'a pas été rejetée.
 - Je n'ai pas reçu de décision me refusant une indemnisation.
 - J'ai essayé de résoudre le problème avec l'assureur.
- b. Les paiements que je perçois ont été arrêtés ou réduits.
- c. Je suis de retour au travail depuis le _____ et je perçois l'intégralité de mon salaire.
- d. Je gagne moins d'argent que je ne gagnais avant d'être blessé. **Joignez un talon de paie actuel et les rapports médicaux de votre médecin.**
- e. J'avais deux employeurs ou plus à la date de l'accident/de la blessure (emploi simultané). **Joignez votre salaire brut hebdomadaire avant votre blessure et la déclaration du deuxième employeur concernant le temps perdu.**
- f. Je suis sorti de prison le _____ et je ne perçois pas de paiements. **Joignez un rapport médical qui montre un handicap médical et une autorisation de sortie du service de garde.**
- g. Je n'ai pas été payé selon les modalités figurant dans la décision déposée le _____

Problèmes médicaux :

- h. Ma demande d'autorisation préalable (Prior Authorization Request, PAR) a été rejetée par l'assureur. **Joignez le rejet PAR.** L'examen par le service d'arbitrage du WCB ne peut être demandé que si :
- La catégorie du rejet était administrative ou sans juridiction. **Joignez tous les documents qui montrent pourquoi le rejet était incorrect.**
 - La PAR avec services spéciaux MTG ou avec variance MTG a été rejetée pour des raisons médicales. (Le prestataire de soins médicaux ne demande pas un examen du bureau du directeur médical)
 - Une PAR de plus de 1,000 \$ non-MTG a été partiellement accordée.



- i. Ma demande d'autorisation préalable (PAR) Medication (médicaments), Durable Medical Equipment (matériel médical durable), MTG Variance (directive de traitement médical variance) ou MTG Special Services (directive de traitement médical services spéciaux) a été refusée ou accordée en partie par le Bureau du directeur médical (Medical Director's Office). **Joignez l'« avis de résolution » concernant le traitement.**
- j. Mon handicap est désormais permanent. **Joignez le rapport d'amélioration médicale maximale (MMI)/déficience permanente du médecin (formulaire C-4.3).**
- Cochez cette case si vous aviez moins de 25 ans au moment de l'accident.
- k. Mon état de santé a changé. **Joignez les formulaires médicaux.**
- l. Ma demande de remboursement des frais médicaux et de transport a été rejetée ou n'a pas été traitée. **Joignez les reçus et le formulaire C-257.**

Autres problèmes :

- m. J'ai de nouvelles informations et/ou des informations demandées par la Commission concernant (**Joignez les documents**):
- n. Autres (Expliquez dans l'espace ci-dessous) :

****Informations de référence du document (date, nom/titre, numéro d'identification du formulaire) :** _____

Signature du travailleur blessé : _____ **Date :** _____

À l'attention du travailleur blessé - Informations générales sur l'utilisation de ce formulaire

Vous pouvez déposer ce formulaire (RFA-1W) et toute pièce jointe auprès de la Commission de la santé et de la sécurité au travail lorsque vous souhaitez que la Commission prenne une mesure spécifique par rapport à votre réclamation, ou si vous devez alerter la Commission d'un problème ou d'une situation qui affecte votre réclamation. La plupart des actions/situations les plus fréquentes sont répertoriées comme des questions de paiement d'indemnisation (points a à g) ou des problèmes médicaux (points h à l), mais vous n'êtes pas limité aux questions répertoriées. Cochez tout ce qui s'applique et/ou ajoutez des informations ou des explications supplémentaires dans l'espace prévu (m ou n).

Remplissez les informations d'identification en haut du formulaire RFA-1W et envoyez le formulaire AVEC TOUTES LES INFORMATIONS APPLICABLES EN PIÈCES JOINTES* à l'adresse :

Workers' Compensation Board
PO Box 5205
Binghamton, NY 13902-5205

Adresse pour un dépôt par courrier électronique : wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov

La Commission communiquera avec vous et toutes les parties lorsqu'elle donnera suite à votre réclamation.

*Après chaque case, vous verrez les informations requises en caractères gras. Par exemple, si vous informez la Commission que votre handicap est désormais permanent (case j), l'information requise est le rapport MMI/déficience permanente du médecin (formulaire C-4.3).

VOUS DEVEZ ENVOYER UNE COPIE DE CE FORMULAIRE AUX ASSUREURS, OU DIRECTEMENT À L'EMPLOYEUR OU À SON ADMINISTRATEUR TIERS SI L'EMPLOYEUR EST AUTO-ASSURÉ.

Si vous avez d'autres préoccupations, contactez le **DÉFENSEUR DES TRAVAILLEURS BLESSÉS de la Commission au (800) 580-6665**. Des informations supplémentaires sur les autres services de la Commission peuvent être obtenues sur le site Web de la Commission : **www.wcb.ny.gov**. Si vous souhaitez suivre votre réclamation en ligne, vous pouvez vous inscrire à eCase en suivant les instructions d'inscription disponibles sur le site Web de la Commission sous le lien eCase.

Vous avez le droit d'être représenté par un avocat. Un avocat ne peut pas vous facturer directement pour vous représenter dans le cadre d'une demande d'indemnisation pour accident du travail. Si votre réclamation résulte en une indemnisation, toute demande d'honoraires juridiques doit être approuvée par la Commission, puis sera déduite de l'indemnité qui vous sera attribuée par l'assureur et payée directement à l'avocat.

Traitement médical - Médicaments/Équipement médical durable/Traitement/Test - Ce formulaire doit être utilisé lorsqu'une demande médicale a été rejetée et que vous demandez de l'aide auprès de la Commission pour l'une des raisons énumérées dans la case h. Si une autorisation préalable n'a pas encore été demandée et est requise, votre prestataire de soins de santé doit soumettre une demande d'autorisation préalable (PAR). Vous trouverez des informations concernant la soumission de demandes d'autorisation préalable ou de factures médicales impayées sur le site Web de la WCB : www.wcb.ny.gov.

TOUTE PERSONNE QUI, SCIEMMENT ET DANS L'INTENTION DE COMMETTRE UNE FRAUDE, PRÉSENTE, FAIT PRÉSENTER OU PRÉPARE EN SACHANT OU EN CROYANT QU'ELLE SERA PRÉSENTÉE À OU PAR UN ASSUREUR OU UN AUTO-ASSUREUR, TOUTE INFORMATION CONTENANT UNE FAUSSE DÉCLARATION IMPORTANTE, OU CACHANT TOUT FAIT IMPORTANT, SERA COUPABLE D'UN DÉLIT ET POURRAIT FAIRE L'OBJET D'AMENDES SUBSTANTIELLES ET D'UNE PEINE DE PRISON.

Avis en vertu de la loi de New York sur la protection de la vie privée (Personal Privacy Protection Law) (article 6-A de la loi sur les agents publics) et de la loi fédérale sur la protection de la vie privée (Federal Privacy Act) de 1974 (5 U.S.C. § 552a). Le pouvoir de la Commission de la santé et de la sécurité au travail (Commission) de demander aux travailleurs blessés de fournir des informations personnelles, y compris leur numéro de sécurité sociale, découle de l'autorité dans le cadre d'enquête de la Commission en vertu de la loi sur les accidents du travail (WCL) § 20 et de son autorité administrative en vertu de la WCL § 142. Ces informations sont recueillies pour aider la Commission à enquêter et à administrer les réclamations de la manière la plus rapide possible, et pour l'aider à détenir des dossiers de réclamation exacts. Fournir votre numéro de sécurité sociale à la Commission est volontaire. Aucune sanction ne vous sera infligée si vous ne fournissez pas votre numéro de sécurité sociale sur ce formulaire ; cela n'entraînera pas un rejet de votre demande ou une réduction des prestations. La Commission protégera la confidentialité de toutes les informations personnelles en sa possession ; elle ne les divulguera que dans le cadre de ses fonctions officielles et conformément aux lois fédérales et de l'État applicables.

RFA-1W (5-22)

Ce formulaire et toutes les pièces jointes doivent être envoyés par courrier postal ou électronique à la Commission de la santé et de la sécurité au travail.