

**State of New York  
WORKERS' COMPENSATION BOARD**

**Notice of Right to Select a Workers' Compensation Board Authorized  
Health Care Provider**

Injured Employee's Name	Injured Employee's Social Security No.	Date of Accident
Employer's Name and Address		

**To the Injured Employee:**

For the treatment of your work-related injury or illness, you may choose any physician, podiatrist, chiropractor, or psychologist (upon referral from an authorized physician) who is Workers' Compensation Board authorized and who is accepting workers' compensation patients.

While you may choose to utilize a network or provider which is recommended by your employer or its workers' compensation insurance carrier or to permit your employer to select a provider on your behalf, you may, at any time, change your health care provider without jeopardizing your workers' compensation claim for benefits.

\_\_\_\_\_  
Signature of Injured Employee

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature of Witness

\_\_\_\_\_  
Date

**Please note:** It is not necessary for you to sign this consent form if your employer is (i) participating in a certified preferred provider organization (PPO) under Article 10-A of the Workers' Compensation Law, or (ii) participating in the alternative dispute resolution (ADR) pilot program under section 25(2-c) of the Workers' Compensation Law. In accordance with these statutory programs, except in emergency situations, you must obtain at least initial treatment for any workers' compensation injury or illness from the certified network(s) or providers designated by your employer.

**To the Employer:**

The employer shall provide the above-named injured employee with a copy of this signed form and shall maintain the original form in the employer's records where it may be inspected by the Workers' Compensation Board at any time. This form shall not be submitted to the Workers' Compensation Board nor shall it be executed prior to the occurrence of this employee's work-related injury or illness.

The Workers' Compensation Board employs and serves people with disabilities without discrimination.

**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.