

| <p>Comment remplir cette affirmation pour les indemnités de décès dans le cadre de la santé et de la sécurité au travail.</p> | <p>Prestations de décès liées à un accident du travail</p> |
|--|--|
| <p>1. La personne qui demande des indemnités de décès au titre de la loi sur la santé et la sécurité au travail devrait remplir cette affirmation. Tous les demandeurs doivent remplir la section A, la section B et la section 1. En fonction de votre lien avec la personne décédée, vous devez également remplir les sections suivantes :</p> <p><u>Époux(se)</u> : Sec. 2 (et Sec. 3 s'il y a des enfants). <u>Parents ou tuteurs pour les enfants</u> : Sec. 3. <u>Parents et grands-parents à charge</u> : Sec. 4. <u>Petits-enfants et frères et sœurs à charge</u> : Sec. 5. <u>Parents non à charge</u> : Sec. 6. <u>Représentant légal de la succession de la personne décédée</u> : Sec. 7.</p> <p>2. Vous ne devez compléter que les sections énumérées ci-dessus qui se rapportent à votre relation avec la personne décédée. Biffez d'un X les sections ou paragraphes qui ne vous concernent pas.</p> <p>3. Écrivez lisiblement. Indiquez le numéro de sécurité sociale de la personne décédée sur chaque page, et le numéro de dossier WCB à la page 3, si vous le connaissez.</p> <p>4. Répondez le plus précisément possible. Relisez cette affirmation une fois terminée pour vous assurer qu'elle est exacte car vous atteste de sa véracité. La fraude en matière d'indemnisation des accidents du travail est un crime passible d'amendes et d'emprisonnement.</p> <p>5. Envoyez l'affirmation remplie et signée, ainsi que toutes les pièces jointes, par courrier postal à la Commission de la santé et de la sécurité au travail (Workers' Compensation Board) à l'adresse indiquée ci-dessous.</p> | <p>1. La loi prévoit jusqu'à 12 500 \$ pour les frais funéraires dans le sud de l'État et 10 500 \$ dans le nord de l'État, selon le comté où les frais sont engagés.</p> <p>2. La loi prévoit également des prestations hebdomadaires jusqu'à un montant maximum, en fonction de la date de l'accident, pour les personnes suivantes : a) le conjoint ou la conjointe légal survivant jusqu'à ce qu'il ou elle se remarie, b) les enfants de la personne décédée jusqu'à l'âge de 18 ans (23 ans s'ils fréquentent un établissement d'enseignement agréé en tant qu'étudiant à plein temps), et c) tout enfant à charge de tout âge qui est totalement aveugle ou souffre d'un handicap total et permanent.</p> <p>3. S'il n'y a pas de conjoint(e) légal(e) survivant(e) ou d'enfants à charge, la loi prévoit des prestations hebdomadaires pour les petits-enfants ou les frères et sœurs de moins de 18 ans qui étaient à la charge de la personne décédée ; ou pour les parents ou grands-parents qui étaient à la charge de la personne décédée au moment de son décès.</p> <p>4. Si aucune personne n'a droit à des prestations de décès hebdomadaires, 50 000 \$ peuvent être versés aux parents de la personne décédée, ou à la succession de la personne décédée si les parents de la personne décédée sont décédés.</p> <p>5. Si vous recevez de l'argent à la suite d'une action en justice pour homicide délictuel, la loi permet à l'assureur d'avoir un privilège ou un crédit sur cet argent. Les droits de privilège et de crédit de l'assureur peuvent affecter votre capacité à recevoir des indemnités pour accident du travail jusqu'à ce que le privilège ou le crédit soient épuisés. Il est important d'informer l'assureur de l'état d'une action en justice pour homicide délictuel et d'obtenir son consentement avant tout règlement.</p> |

Pour toute question, appelez le Bureau du défenseur des travailleurs blessés (Office of the Advocate for Injured Workers) : 1-800-580-6665.

**NYS Workers' Compensation Board
 Centralized Mailing
 PO Box 5205
 Binghamton, NY 13902-5205**

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

Section 1 : Tous les demandeurs

Tous les demandeurs doivent remplir cette page et envoyer cette affirmation et toutes les pièces jointes par courrier postal à la Commission de la santé et de la sécurité au travail.

Dans l'affaire de la réclamation de

_____, **Demandeur(se)**
(Votre prénom et votre nom de famille)

Concernant le décès de

_____, **Personne décédée**
(Prénom et nom de famille de la personne décédée) **AFFIRMATION**
N° WCB _____
c. **WCL § 16**

_____, **Employeur**
(Nom de l'employeur de la personne décédée au moment du décès)

(Adresse de l'employeur)

Numéro de sécurité sociale de la personne décédée : _____

Section A : Tous les demandeurs

Tous les demandeurs doivent remplir cette section. Joignez les documents suivants, le cas échéant. Cochez la case si vous joignez le document indiqué.

- Certificat de décès (obligatoire).
- Copies des documents que la Commission peut utiliser pour déterminer la rémunération hebdomadaire brute totale de la personne décédée pour tous ses emplois pendant l'année précédant le décès (fiches de paie, formulaire W-2, etc.).
- Copies des reçus ou autres documents relatifs au paiement des frais funéraires.
- Copie du consentement de l'assureur à régler une action en homicide délictuel.

1. Je suis le (la) demandeur(se). J'habite à _____.
(rue, ville, État, code postal)

Mon numéro de téléphone est le _____.
(indicatif régional, numéro)

Mon numéro de sécurité sociale est _____.
(les neuf chiffres)

Je suis le (la) _____ de la personne décédée.
(époux[se], enfant, parent, grand-parent, frère ou sœur, petit-enfant, représentant successoral)

2. L'adresse de l'employeur susmentionné est _____.
(rue, ville, État, code postal)

3. La date de naissance de la personne décédée est le _____.
(mois, jour, année)

Le numéro de sécurité sociale de la personne décédée est _____.
(les neuf chiffres)

La date de décès de la personne décédée est le _____.
(mois, jour, année)

À la date du décès, la personne décédée _____ employé(e) par l'employeur nommé ci-dessus.
(était ou n'était pas)

Le _____, la personne décédée se trouvait à _____.
(date et heure du décès) (rue, ville et État)

et était occupée à _____.
(ce que la personne décédée faisait au moment du décès)

et est décédée à la suite de _____.
(expliquez comment la personne est décédée)

4. Le salaire brut de la personne décédée (y compris les **heures supplémentaires** et les **pourboires**) pour cet emploi était de _____ \$, et aussi _____ \$ pour _____, payé sur une base _____.
(montant) (montant) (logement, loyer, repas, etc.)
(hebdomadaire, bihebdomadaire, etc.)

5. La personne décédée _____ autre emploi au moment de son décès, auprès de _____, situé à _____.
(avait un ou n'avait pas d') (nom de l'autre employeur, le cas échéant) (rue, ville, État, code postal)

Le salaire brut (y compris les **heures supplémentaires** et les **pourboires**) gagné pour cet autre emploi était de _____ \$, et aussi _____ \$ pour _____, payé sur une base _____.
(montant) (montant) (logement, loyer, repas, etc.)
(hebdomadaire, bihebdomadaire, etc.)

Numéro de sécurité sociale de la personne décédée : _____

Affirmation relative aux indemnités de décès de la Commission de la santé et de la sécurité au travail

6. Les frais funéraires de la personne décédée, d'un montant de _____ \$, ont été payés. Je demande le
(montant)
remboursement à l'employeur et/ou à l'assureur.

7. En relation avec le décès de la personne décédée, j' _____
(ai l'intention d'engager, ai engagé, ai réglé)
une action pour homicide délictuel contre _____
(nom de la partie en tort)

J'ai récupéré _____ \$ dans l'action pour homicide délictuel, qui a été réglée le _____.
(montant) (date)

Section 2 : Époux(es)

Les époux(es) qui demandent des prestations doivent remplir cette section. Joignez les documents suivants, le cas échéant. Cochez la case si vous joignez le document indiqué.

- Copie d'un certificat de mariage (obligatoire).
- Documentation attestant que votre mariage antérieur, le cas échéant, a pris fin.
- Documents attestant que le mariage antérieur de la personne décédée, le cas échéant, a pris fin.
- Copie de l'allocation de sécurité sociale si vous recevez des prestations de survivant.

8. Je suis l'époux(se) survivant(e) de la personne décédée et je demande des prestations en mon nom.

9. Mon nom de jeune fille est _____
(nom de jeune fille, si applicable)

10. Ma date de naissance est le _____
(mois, jour, année)

11. J'ai épousé la personne décédée le _____ à _____
(mois, jour, année) (ville et État)

12. _____ marié(e) avant d'épouser la personne décédée.
(J'ai été ou je n'ai pas été)

13. La personne décédée _____ mariée avant de se marier avec moi.
(a été ou n'a pas été)

14. À la date du décès de la personne décédée, j'étais toujours marié(e) à la personne décédée.

15. À la date du décès de la personne décédée, nous _____ ensemble, et il _____
(vivions ou ne vivions pas) (y avait une ou n'y avait pas de)
procédure de séparation en cours pour dissoudre le mariage.

16. Depuis le décès de la personne décédée, je _____ remarié(e). La date de mon remariage
(me suis ou ne me suis pas)
est le _____
(mois, jour, année)

17. _____ des enfants avec la personne décédée.
(J'ai eu ou je n'ai pas eu)

18. La personne décédée _____ des enfants avec une autre personne.
(a eu ou n'a pas eu)

Numéro de sécurité sociale de la personne décédée : _____

Section 3 : Enfants

Les enfants qui demandent des prestations doivent remplir cette section. Joignez les documents suivants, le cas échéant, et cochez la case si vous joignez le document indiqué.

- Copies des certificats de naissance ou des ordonnances d'adoption (obligatoire).
- Documents établissant que vous êtes le tuteur légal de tout enfant de la personne décédée, si vous n'êtes pas le parent.
- Documents montrant que les enfants de la personne décédée, par alliance ou hors mariage, dépendaient de la personne décédée pour leur subsistance.
- Documentation certifiée d'un établissement d'enseignement agréé montrant que tout enfant âgé de 18 à 23 ans est inscrit et suit des cours à temps plein.
- Preuve d'invalidité ou de cécité.

19. Je demande des indemnités pour accident du travail pour le ou les enfants suivants, qui dépendaient de la personne décédée pour leur entretien au moment du décès de cette dernière.

20. En tant que parent ou tuteur légal de l'enfant ou des enfants énumérés ci-dessous, je demande à être reconnu(e) comme une personne légalement responsable d'eux et que toute indemnité qui leur est accordée me soit versée en leur nom.

21. Si je suis désigné(e) comme personne légalement responsable de cet (ces) enfant(s) mineur(s), j'accepte de déposer des rapports, annuellement ou plus fréquemment, selon les exigences de la présidence de la Commission des accidents du travail, concernant toute dépense de l'indemnité de tout bénéficiaire mineur.

22. Je suis le parent ou le tuteur légal de l'enfant ou des enfants figurant dans les tableaux 1 et/ou 2.

Les tableaux suivants se rapportent chacun à une relation et à une situation de vie différentes entre les enfants à charge, vous-même et la personne décédée. Veuillez répondre à toutes les questions des tableaux qui se rapportent à votre situation et ignorer les tableaux qui ne s'y rapportent pas. Il se peut que vous ayez à remplir plusieurs tableaux.

Tableau 1. Enfants qui vivaient avec la personne décédée et/ou moi. Veuillez répondre à toutes les questions.

| Prénom et nom de famille | Lien de parenté avec la personne décédée | Lien de parenté avec le (la) demandeur(se) | Date de naissance | L'enfant est-il totalement aveugle ? (O/N) | L'enfant souffre-t-il d'un handicap total et permanent ? (O/N) | L'enfant vivait avec moi (O/N) | L'enfant vivait avec la personne décédée (O/N) |
|--------------------------|--|--|-------------------|--|--|--------------------------------|--|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Numéro de sécurité sociale de la personne décédée : _____

Tableau 2. Enfants qui ne vivaient pas avec la personne décédée et/ou moi. Veuillez répondre à toutes les questions.

| Prénom et nom de famille | Lien de parenté avec la personne décédée | Adresse | Lien de parenté avec le (la) demandeur(se) | Date de naissance |
|--------------------------|--|---------|--|-------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

23. Tableau 3. Je ne suis pas le tuteur légal de l'enfant (des enfants) suivant(s), mais selon mes informations et convictions, les noms ci-dessous sont ceux de tous les autres enfants de la personne décédée :

| Prénom et nom de famille | Lien de parenté avec la personne décédée | Adresse | Date de naissance |
|--------------------------|--|---------|-------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Section 4 : Parents ou grands-parents à charge

Cette section doit être remplie par les **parents** ou **grands-parents à charge** qui demandent des prestations. Cochez la case indiquant qu'un élément est inclus :

- Documents qui établissent le lien de parenté entre vous et la personne décédée (obligatoire).
- Documents (déclarations fiscales, chèques, relevés bancaires, etc.) montrant que la personne décédée vous a soutenu(e) et a payé vos dépenses (obligatoire).
- Ordonnance du tribunal ou procuration si vous êtes le représentant légal du parent ou du grand-parent à charge et que vous faites la demande en son nom (le cas échéant).

24. J'affirme qu'au moment de son décès, la personne décédée n'avait pas d'époux(se) survivant(e) ni d'enfants à charge de moins de 18 ans (ou de moins de 23 ans s'ils sont inscrits et fréquentent à plein temps un établissement d'enseignement agréé), ni d'enfants à charge totalement aveugles ou souffrant d'un handicap total et permanent.

25. La personne décédée est mon/ma _____
(enfant ou petit-enfant)

26. Je _____ avec la personne décédée au moment de son décès.
(vivais ou ne vivais pas)

Numéro de sécurité sociale de la personne décédée : _____

Affirmation relative aux indemnités de décès de la Commission de la santé et de la sécurité au travail

27. J'étais _____ à la charge de la personne décédée parce que
(*totalemment ou en partie*)

(*expliquez pourquoi vous étiez à sa charge*)

28. Au moment du décès de la personne décédée, j'avais et j'ai actuellement les sources de revenus suivantes :

| Source de revenus (ex., emploi, sécurité sociale, etc.) | Montant perçu | Fréquence |
|---|---------------|-----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

29. Au moment du décès de la personne décédée, j'avais les dépenses mensuelles suivantes :

| Nature de la dépense | Montant de la dépense |
|----------------------|-----------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

30. La personne décédée payait directement mes dépenses.

| Nature de la dépense | Personne légalement responsable de la dépense | Montant de la dépense | Comment la personne décédée a payé la dépense |
|----------------------|---|-----------------------|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Numéro de sécurité sociale de la personne décédée : _____

Section 5 : Frères et sœurs ou petits-enfants à charge

Cette section doit être remplie par les **frères et sœurs ou petits-enfants à charge** qui demandent des prestations. Joignez les documents suivants, le cas échéant, et cochez la case si vous joignez le document indiqué :

- Certificats de naissance de toutes les personnes à charge (obligatoire).
- Ordonnances d'adoption du tribunal si la personne à charge a été adoptée par les enfants ou les parents de la personne décédée.
- Documents tels que les déclarations fiscales, les chèques de la personne décédée, les relevés bancaires, etc. montrant que la personne décédée subvenait aux besoins des personnes à charge.
- Documents établissant que vous êtes le tuteur légal de la personne à charge (si vous n'êtes pas le parent).

31. J'affirme qu'au moment de son décès, la personne décédée n'avait pas d'époux(se) survivant(e) ni d'enfants à charge de moins de 18 ans (ou de moins de 23 ans s'il s'agit d'un étudiant à temps plein inscrit et fréquentant un établissement d'enseignement agréé), ni d'enfants à charge totalement aveugles ou souffrant d'un handicap total et permanent.

32. Je suis le/la _____ des personnes suivantes, qui étaient à la charge de la personne décédée :
(parent, tuteur[trice] légal[e])

| Nom et prénom de la personne à charge | Lien de parenté avec la personne décédée | Lien de parenté avec le (la) demandeur(se) | Date de naissance | Nom, adresse de la personne avec laquelle la personne à charge vit désormais |
|---------------------------------------|--|--|-------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

33. Le/la/les _____ à charge vivai(en)t avec
(petit-enfant, petits-enfants, frère, frères, sœur, sœurs)

_____ au moment du décès de la personne décédée à l'adresse suivante :
(la personne décédée ou nom d'une autre personne)

(rue, ville, État, code postal)

34. Le/la/les _____ à charge étai(en)t à la charge de la personne décédée parce que
(petits-enfants, frères, sœurs)

(expliquez pourquoi ils étaient à sa charge)

35. Je demande à être désigné(e) comme la personne légalement responsable afin de recevoir les prestations payables, au nom des petits-enfants ou des frères et sœurs à charge énumérés ci-dessus.

36. Si je suis ainsi désigné(e) comme personne légalement responsable des petits enfants et/ou frères et sœurs à charge, j'accepte de déposer des rapports, annuellement ou plus fréquemment, selon les exigences de la présidence de la Commission des accidents du travail, concernant toute dépense de l'indemnité de tout bénéficiaire mineur.

Numéro de sécurité sociale de la personne décédée : _____

Section 6 : Parents non à charge

Cette section doit être remplie par les **parents non à charge**. Joignez le certificat de naissance de la personne décédée. *Remarque : La prestation de décès pour les parents non à charge est de 50 000 \$ s'ils sont mariés l'un à l'autre ou de 50 000 \$ si un seul est vivant. Si les parents ne sont pas mariés ensemble, les indemnités sont de 25 000 \$ pour chacun, et chacun doit déposer sa propre affirmation.*

37. J'affirme que la personne décédée, au moment de son décès, n'était pas mariée ; qu'elle n'avait pas d'enfant de moins de 23 ans, d'enfant à charge aveugle ou souffrant d'un handicap physique, de petit-enfant, frère ou sœur à charge de moins de 23 ans, ni de petit-enfant, frère ou sœur à charge aveugle ou souffrant d'un handicap physique.

38. En tant que _____ en vie et non à charge de la personne décédée
(parent ou parents)

au moment de son décès, _____ demande(ons) que la somme de _____
(je ou nous) (25 000 \$ ou 50 000 \$)

_____ soit versée à comme indiqué ci-dessous.
(me ou nous)

(nom(s) et prénom(s))

(rue, ville, État et code postal de votre lieu de résidence)

(numéro de téléphone, y compris l'indicatif régional)

Numéro de sécurité sociale de la personne décédée : _____

Section 7 : Représentant légal de la succession de la personne décédée

Le **représentant légal** de la succession de la personne décédée doit remplir cette section. Joignez les documents suivants, le cas échéant, et cochez la case si vous joignez le document indiqué :

- Documents montrant l'autorité de représentation de la succession de la personne décédée, tels que les lettres testamentaires ou les lettres d'administration (obligatoire).
- Copies des certificats de décès des parents de la personne décédée.
- Documents tels que les déclarations fiscales, les chèques, les relevés bancaires, etc. montrant que la personne décédée vous a entretenu(e) et a payé les dépenses que vous avez engagées.
- Certificat de naissance de la personne décédée.

39. J'affirme que la personne décédée, au moment de son décès, n'était pas mariée ; qu'elle n'avait pas d'enfant de moins de 23 ans, d'enfant à charge aveugle ou souffrant d'un handicap physique, de petit-enfant, frère ou sœur à charge de moins de 23 ans, de parent en vie, ni de petit-enfant, frère ou sœur à charge aveugle ou souffrant d'un handicap physique.

Je suis le (la) représentant(e) légal(e) de la succession de la personne décédée.

La personne décédée, au moment de son décès, n'était pas mariée ; elle n'avait pas d'enfant de moins de 23 ans, d'enfant à charge aveugle ou souffrant d'un handicap physique, de petit-enfant, frère ou sœur à charge de moins de 23 ans, ni de petit-enfant, frère ou sœur à charge aveugle ou souffrant d'un handicap physique.

40. Le parent de la personne décédée s'appelait _____ et est décédé le _____.
(prénom et nom de famille) (mois, jour, année)

41. L'autre parent de la personne décédée s'appelait _____ et est décédé le _____.
(prénom et nom de famille) (mois, jour, année)

42. Je m'appelle _____ . Mon adresse est _____
(prénom et nom de famille) (rue, ville, État, code postal)

(rue, ville, État, code postal)

et mon numéro de téléphone est le _____
(numéro de téléphone, y compris l'indicatif régional)

43. Je demande par la présente que la somme de 50 000 \$ soit versée à la succession de la personne décédée à l'attention de mon nom tel qu'indiqué ci-dessus.

Numéro de sécurité sociale de la personne décédée : _____

Section B : Tous les demandeurs

Tous les demandeurs doivent remplir cette page. Envoyez cette affirmation et toutes les pièces jointes par courrier postal à la Commission de la santé et de la sécurité au travail.

En signant mon nom ci-dessous, j'affirme en ce _____ jour du mois de _____ 20____, sous les peines de parjure prévues par les lois de New York, qui pourraient inclure une amende ou une peine d'emprisonnement, que ce qui précède est vrai, et que je comprends que ce document pourrait être déposé dans le cadre d'un procès ou d'une procédure auprès d'un tribunal. J'affirme en outre que je comprends que la loi prévoit des sanctions en cas de parjure pour cause de fausse déclaration volontaire dans le cadre d'une réclamation d'assurance.

Signature (à l'encre uniquement – bleue si possible)

Numéro de sécurité sociale de la personne décédée : _____