



# Perte de capacité de salaire Formulaire de renseignements professionnels

*État de New York - Commission des accidents du travail*

Avant de remplir ce formulaire, vous désirez peut-être parler à un représentant juridique. Vous pouvez également appeler le 1-800-580-6665 et demander à parler au défenseur des travailleurs blessés de la Commission. Veuillez répondre à toutes les questions de façon complète. Joignez des pages supplémentaires si nécessaire.

## A. Vos informations

Nom : \_\_\_\_\_ N° de dossier WCB (si vous le connaissez) : \_\_\_\_\_  
Prénom Nom de famille Initiale du deuxième prénom

Adresse : \_\_\_\_\_  
Numéro et rue Ville État Code postal

Date de naissance : \_\_\_\_\_ N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_ Date de la blessure/l'invalidité : \_\_\_\_\_

## B. Votre parcours scolaire (indiquez le niveau d'éducation le plus élevé)

- Avant l'enseignement secondaire  Diplôme de l'enseignement secondaire ou formation générale  
 Études supérieures  Diplôme de l'enseignement supérieur

Dans quel pays avez-vous atteint votre niveau d'éducation le plus élevé :  États-Unis  Autre (préciser) \_\_\_\_\_

Avez-vous reçu une formation professionnelle spécialisée ou effectué un stage ?  Oui  Non

Si oui, indiquez le type de formation : \_\_\_\_\_

Date de fin : \_\_\_\_\_ Certificat/diplôme reçu : \_\_\_\_\_

Date d'expiration du certificat/diplôme : \_\_\_\_\_

Avez-vous servi dans l'armée des États-Unis ?  Oui  Non Branche : \_\_\_\_\_ Dates : \_\_\_\_\_

Formation spécialisée dans l'armée des États-Unis : \_\_\_\_\_

Indiquez toute formation supplémentaire. Indiquez le nom de l'école/du programme, la date de la formation et tout diplôme ou certificat obtenu.

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

## C. Votre expérience professionnelle

Énumérez tous les titres de postes occupés au cours des 10 dernières années (par exemple, manutentionnaire, cuisinier), le plus récent en premier. Joignez une feuille supplémentaire si nécessaire.

Titre du poste : \_\_\_\_\_

Tâches du poste : \_\_\_\_\_

Durée du poste (en années) : \_\_\_\_\_

Titre du poste : \_\_\_\_\_

Tâches du poste : \_\_\_\_\_

Durée du poste (en années) : \_\_\_\_\_

Titre du poste : \_\_\_\_\_

Tâches du poste : \_\_\_\_\_

Durée du poste (en années) : \_\_\_\_\_

## D. Votre maîtrise et votre usage de l'anglais

- Indiquez votre capacité à : Parler  Bien  Pas bien  Pas du tout  
 Lire  Bien  Pas bien  Pas du tout  
 Écrire  Bien  Pas bien  Pas du tout

**Les informations que je fournis sont vraies et exactes au meilleur de mes connaissances et de mes convictions. Ce formulaire est signé sous peine de parjure.**

Signature du (de la) demandeur(euse) : \_\_\_\_\_

Nom du (de la) demandeur(euse) (écrire lisiblement) : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

## **Instructions pour remplir le formulaire VDF-1 « Perte de capacité de salaire - Formulaire de renseignements professionnels »**

Veillez répondre à toutes les questions de façon complète. Joignez des pages supplémentaires si nécessaire. Envoyez ce formulaire à la Commission des accidents du travail à l'adresse indiquée ci-dessous. Avant de remplir ce formulaire, vous désirez peut-être parler à un représentant juridique. Vous pouvez également appeler le 1-800-580-6665 et demander à parler au défenseur des travailleurs blessés de la Commission. Les faits indiqués sur ce formulaire serviront à déterminer votre perte de capacité de salaire.

**Si vous n'avez pas ou ne connaissez pas votre numéro de dossier de la Commission des accidents du travail, veuillez laisser ce champ vide. Il n'est pas nécessaire pour traiter votre demande. N'oubliez pas d'inscrire votre nom et la date de votre blessure ou de votre maladie.**

### **Section A - Vos informations :**

- Inscrivez votre nom complet. Incluez le prénom, l'initiale du second prénom et le nom de famille.
- Entrez votre numéro de dossier de la Commission des accidents du travail, si vous le connaissez.
- Saisissez votre adresse postale. Incluez la boîte postale, le cas échéant, la ville ou le village, l'État et le code postal.
- Indiquez votre date de naissance.
- Indiquez votre numéro de sécurité sociale. Ce renseignement est important pour traiter votre demande plus rapidement.
- Entrez la date de la blessure.

### **Section B - Votre parcours scolaire :**

- Cochez la case en regard du plus haut niveau d'études que vous avez atteint.
- Cochez « Oui » si vous avez suivi un stage de formation spécialisée. Cochez « Non » si vous ne l'avez pas fait. Si vous avez répondu « Oui », écrivez le type de formation et de stage. Indiquez la date à laquelle la formation ou le stage a été achevé. Indiquez tout certificat ou diplôme reçu et la date à laquelle il expirera.
- Cochez « Oui » si vous avez servi dans l'armée des États-Unis. Cochez « Non » si vous ne l'avez pas fait. Si vous répondez « Oui » à la question, identifiez la branche de l'armée dans laquelle vous avez servi. Indiquez les dates de votre service. Indiquez toute formation professionnelle et/ou spécialisée reçue.
- Si vous avez suivi une formation supplémentaire non mentionnée ci-dessus, écrivez le type de formation que vous avez reçue. Indiquez tout diplôme ou certificat que vous avez obtenu.

### **Section C - Votre expérience professionnelle :**

- Indiquez le titre de votre emploi le plus récent (par exemple, manutentionnaire, cuisinier). Si vous avez occupé cet emploi auprès de plusieurs employeurs, ne l'indiquez qu'une seule fois.
- Énumérez les activités et les tâches typiques de votre emploi.
- Indiquez pendant combien de temps vous avez occupé cet emploi.

### **Section D - Votre maîtrise et votre usage de l'anglais :**

- Indiquez votre maîtrise et votre usage de l'anglais.

**Envoyez l'original signé à la Commission des accidents du travail et conservez une copie pour vos dossiers.**

***Un employeur potentiel ne peut pas exiger que vous communiquiez vos dossiers d'indemnisation des accidents du travail. Consultez l'article 110-a de la loi sur les accidents du travail.***

---

## **COMMENT DÉPOSER CE FORMULAIRE**

**Les rapports doivent être envoyés directement à la Commission des accidents du travail à l'adresse ci-dessous, avec une copie à l'assureur. Les rapports peuvent également être envoyés par fax au numéro de la Commission, 1-877-533-0337. Lorsque vous joignez des documents supplémentaires, veuillez indiquer le numéro de dossier de la Commission (n° WCB) sur chaque page.**

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