

AVIS ET JUSTIFICATIFS DE DEMANDE DE PRESTATIONS D'INVALIDITÉ

Comment demander des prestations d'invalidité

Ne soumettez pas ce formulaire avant votre première date d'invalidité. Vous devez soumettre votre formulaire de réclamation dûment rempli dans les **30 jours civils suivant votre premier jour d'invalidité** pour éviter de perdre vos prestations. Conservez une copie de tous les formulaires et documentations pour vos dossiers.

1. Si vous utilisez ce formulaire parce que vous êtes devenu invalide **pendant votre emploi** ou que vous êtes devenu invalide **dans les quatre (4) semaines suivant la cessation de votre emploi**, votre demande dûment remplie doit être soumise à votre employeur ou à la compagnie d'assurance de votre dernier employeur. Vous pouvez trouver la compagnie d'assurance invalidité de votre employeur sur le site Web de la Commission de la santé et de la sécurité au travail, www.wcb.ny.gov, à l'aide de l'outil de recherche de la couverture de l'employeur.
2. Si vous utilisez ce formulaire parce que vous êtes devenu **invalide après avoir été au chômage pendant plus de quatre (4) semaines après la cessation de votre emploi**, votre demande dûment remplie DOIT être envoyée par courrier à : **Workers' Compensation Board, Disability Benefits Bureau, PO Box 9029, Endicott, NY 13761-9029**. Si vous avez répondu « oui » à la question 13.B.4., veuillez remplir et joindre le formulaire DB-450.1.

Remarque : Ce formulaire comporte une section devant être remplie par votre professionnel de la santé et une section devant être remplie par votre employeur. Avant de fournir le formulaire à votre employeur, remplissez votre section et faites-en une copie pour vos dossiers.

- Le prestataire de soins de santé est tenu de vous renvoyer le formulaire avec la partie B remplie dans les sept jours. En cas de retard, vous devez attendre pour soumettre le formulaire à votre compagnie d'assurance. Si la partie B n'est pas remplie (ou comporte des réponses incomplètes), le paiement des prestations pourrait être retardé.
- Votre employeur est tenu de vous renvoyer le formulaire avec la partie C remplie dans les trois jours ouvrables. En cas de retard, il n'est pas nécessaire d'attendre. Vous devriez envoyer le formulaire à la compagnie d'assurance de votre employeur. Ils ne peuvent pas refuser votre demande de prestations d'invalidité uniquement parce que votre employeur n'a pas rempli sa section.

À savoir :

Vous recevrez une réponse dans les 18 jours suivant votre premier jour de congé d'invalidité ou la réception par l'employeur ou la compagnie d'assurance de votre formulaire de demande dûment rempli, la date la plus tardive étant prise en compte. Si votre demande est rejetée, vous recevrez soit un avis de refus de demande de prestations d'invalidité (formulaire DB-DEN), soit un avis de rejet total ou partiel de demande de prestations d'invalidité (formulaire DB-451). Si vous recevez un formulaire DB-DEN, vous recevrez un formulaire DB-451 avec des informations supplémentaires dans les 45 jours suivant votre premier jour de congé d'invalidité ou la réception par l'employeur ou la compagnie d'assurance de votre formulaire de demande dûment rempli, la date la plus tardive étant prise en compte.

Si vous ne recevez pas de réponse dans les 18 jours (ou le formulaire DB-451 dans les 45 jours), ou si vous avez des questions concernant votre demande de prestations d'invalidité, veuillez appeler la compagnie d'assurance de votre employeur. Pour des informations générales sur les prestations d'invalidité, consultez www.wcb.ny.gov ou appelez le Bureau des prestations d'invalidité de la Commission au (877) 632-4996.

Avis et justificatifs de demande de prestations d'invalidité (Formulaire DB-450) - Instructions

PARTIE A - INFORMATIONS RELATIVES À L'EMPLOYÉ (doit être remplie par l'employé)

Vous devez répondre à toutes les questions de cette partie.

Question 9 : Saisissez la meilleure estimation de salaire hebdomadaire brut moyen. Remplissez le tableau en utilisant votre salaire brut reçu de votre dernier employeur avant l'invalidité. Si vous aviez plus d'un employeur au cours des 8 semaines précédant votre invalidité, incluez également toutes les informations salariales de ces employeurs.

Étape 1 : Additionnez tous les salaires bruts reçus (avant toute déduction) au cours des huit dernières semaines avant le premier jour d'invalidité, y compris les heures supplémentaires et les pourboires gagnés. (Voir l'étape 3 pour les instructions de calcul des bonus et/ou commissions.)

Étape 2 : Divisez le salaire brut calculé à la première étape par huit (ou le nombre de semaines travaillées si moins de huit) pour calculer le salaire hebdomadaire moyen.

Étape 3 : Si vous avez reçu des primes et/ou commissions au cours des 52 semaines précédant le premier jour d'invalidité, ajoutez le montant hebdomadaire au prorata au salaire hebdomadaire moyen. Pour déterminer le montant hebdomadaire au prorata, additionnez tous les bonus/commissions gagnés au cours des 52 semaines précédentes, puis divisez ce chiffre par 52.

PARTIE B - DÉCLARATION DU PRESTATAIRE DE SOINS DE SANTÉ (doit être remplie par le prestataire de soins de santé)

Le prestataire de soins de santé doit remplir cette déclaration au complet et la renvoyer dans les sept jours suivant la réception de ce formulaire.

PARTIE C - INFORMATIONS RELATIVES À L'EMPLOYEUR (doit être remplie par l'employeur)

L'employeur doit remplir et renvoyer cette partie à l'employé dans les trois jours ouvrables suivant sa réception.

Question 6 : Si le salaire a été maintenu pendant l'invalidité, précisez comment le salaire a été versé – via le maintien du salaire, l'utilisation de congés payés, de congés de maladie, etc.

Question 8 : Indiquez le salaire gagné par l'employé au cours des huit dernières semaines précédant le premier jour d'invalidité. Le montant brut payé est le salaire hebdomadaire brut de l'employé, y compris les heures supplémentaires et les pourboires gagnés pour cette semaine, plus le montant hebdomadaire au prorata de toute prime ou commission reçue au cours des 52 semaines précédentes. (Pour les étapes détaillées, voir la question 9 dans les instructions de la partie A). Calculez le salaire hebdomadaire moyen brut en additionnant les montants bruts payés, puis en divisant le total par huit (ou le nombre de semaines travaillées si moins de huit).

AVIS ET JUSTIFICATIFS DE DEMANDE DE PRESTATIONS D'INVALIDITÉ

PARTIE A - INFORMATIONS RELATIVES AU DEMANDEUR (Veuillez fournir en caractère d'imprimerie)

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

2. Adresse postale (rue et apt) : _____

Ville : _____ État : _____ Code postal : _____

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

4. Numéro de sécurité sociale : _____ - _____ - _____ 5. Date de naissance : ____ / ____ / _____ 6. Genre : M F X

7. Décrivez votre invalidité (en cas de blessure, indiquez également comment, quand et où elle s'est produite) : _____

8. Date à laquelle vous êtes devenu invalide : ____ / ____ / _____ Avez-vous travaillé ce jour-là ? : Oui Non

Êtes-vous remis de cette invalidité ? : Oui Non Si « oui », date à laquelle vous avez pu retourner au travail : ____ / ____ / _____

Avez-vous depuis travaillé pour un salaire ou un profit ? : Oui Non Si « oui », fournissez les dates : _____

9. Nom du dernier employeur avant l'invalidité. Si vous avez eu plus d'un employeur au cours des huit (8) semaines précédentes, nommez tous les employeurs. Le salaire hebdomadaire moyen est basé sur tous les salaires gagnés au cours des huit (8) dernières semaines travaillées.

DERNIER(S) EMPLOYEUR(S) AVANT L'INVALIDITÉ			PÉRIODE DE TRAVAIL		Salaire hebdomadaire moyen (Inclure les primes, les pourboires, les commissions, la juste valeur des prestations en repas, loyer, etc.)
Nom de la société ou du commerce	Adresse	Numéro de téléphone	Premier jour (MM/JJ/AAAA)	Dernier jour travaillé (MM/JJ/AAAA)	

Inscrivez ci-dessous le salaire total gagné au cours des 8 dernières semaines précédant le premier jour d'invalidité (Inclure les salaires de tous les employeurs énumérés ci-dessus).

Semaine N°	Dernier jour travaillé (MM/JJ/AAAA)	Nombre de jours travaillés	Montant brut payé
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
		Salaire hebdomadaire brut moyen calculé :	

10. Mon travail est ou était : _____ Profession

11. Membre de syndicat : Oui Non

Si « oui » : _____

Nom du syndicat ou numéro de la section locale

12. Avez-vous demandé ou reçu des allocations chômage avant cette invalidité ? Oui Non

Si vous **n'avez pas** fait de demande ou si vous avez fait une demande mais **n'avez pas** reçu d'allocations chômage *après* le DERNIER JOUR TRAVAILLÉ, expliquez-en les raisons en détail : _____

Si vous avez reçu des allocations chômage, indiquez toutes les périodes perçues : _____

PARTIE A - INFORMATIONS RELATIVES AU DEMANDEUR (Veuillez fournir en caractère d'imprimerie)

13. Pendant la période d'invalidité couverte par cette demande :

A. Recevez-vous un salaire, une paie ou une indemnité de départ ? Oui Non

B. Recevez-vous ou demandez-vous :

1. Des allocations chômage ? Oui Non 2. Un congé parental rémunéré ? Oui Non

3. Des indemnités d'accident pour une invalidité liée au travail ? Oui Non

4. Un accident de voiture hors-faute ? Oui Non ou des dommages corporels impliquant un tiers ? Oui Non

5. Des prestations d'invalidité de longue durée prévues par la loi fédérale sur la sécurité sociale pour cette invalidité ? Oui Non

SI LA CASE « OUI » EST COCHÉE POUR L'UNE DES RUBRIQUES DU POINT 13, REMPLISSEZ CE QUI SUIT :

J'ai : reçu demandé de : _____ pour la période allant du : ___ / ___ / _____ au : ___ / ___ / _____

14. Au cours de l'année (52 semaines) précédant le début de votre invalidité, avez-vous reçu des prestations d'invalidité pour d'autres périodes d'invalidité ? Oui Non

Si « oui », payées par : _____ du : ___ / ___ / _____ au : ___ / ___ / _____

15. Au cours de l'année (52 semaines) précédant le début de votre invalidité, avez-vous reçu un congé parental rémunéré ? Oui Non

Si « oui », payé par : _____ du : ___ / ___ / _____ au : ___ / ___ / _____

16. Si vous êtes devenu invalide pendant que vous étiez employé ou dans les quatre semaines suivant votre dernier jour de travail, votre employeur vous a-t-il accordé vos droits en vertu de la loi sur l'invalidité dans les 5 jours suivant votre notification ou votre demande de formulaires d'invalidité ? Oui Non

Par la présente, je demande des prestations d'invalidité et certifie que pendant la période couverte par cette demande, j'étais invalide. J'ai lu les instructions de ce formulaire et certifie par la présente que les déclarations qui précèdent, y compris les déclarations annexes, sont, à ma connaissance, véridiques et complètes.

Signature du demandeur

Date

Une personne ne peut signer au nom du demandeur que si elle est légalement autorisée à le faire et que le demandeur est mineur, mentalement incompetent ou autrement incapable de le faire. Si la signature n'est pas celle du demandeur, fournissez les informations demandées ci-dessous en caractères d'imprimerie, et remplissez et soumettez le formulaire OC-110A, Autorisation du demandeur à divulguer les dossiers d'indemnisation des accidents du travail.

Au nom du demandeur

Adresse

Relation avec le demandeur

PARTIE B - DÉCLARATION DU PRESTATAIRE DE SOINS DE SANTÉ (Veuillez fournir en caractère d'imprimerie)

LA DÉCLARATION DU PRESTATAIRE DE SOINS DE SANTÉ DOIT ÊTRE INTÉGRALEMENT REMPLIE. LE PRESTATAIRE DE SOINS DE SANTÉ TRAITANT DOIT REMPLIR LA DÉCLARATION ET LA RENVoyer AU DEMANDEUR DANS LES SEPT (7) JOURS SUIVANT LA RÉCEPTION DE CE FORMULAIRE. Si l'invalidité est causée par ou survient en relation avec une grossesse, inscrivez la date d'accouchement estimée au point 7-e. **DES RÉPONSES INCOMPLÈTES POURRAIENT RETARDER LE PAIEMENT DES PRESTATIONS.**

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

2. Genre : M F X 3. Date de naissance : ___ / ___ / _____

4. Diagnostic/Analyse : _____ Code de diagnostic : _____

a. Symptômes du demandeur : _____

b. Conclusions objectives : _____

5. Le demandeur est-il hospitalisé ? : Oui Non du : ___ / ___ / _____ au : ___ / ___ / _____

6. Une opération est-elle indiquée ? : Oui Non a. Type _____ b. Date ___ / ___ / _____

7. INSCRIVEZ LES DATES SUIVANTES	MOIS	JOUR	ANNÉE
a. Date de votre premier traitement pour cette invalidité			
b. Date de votre traitement le plus récent pour cette invalidité			
c. Date à laquelle le demandeur ne pouvait pas travailler en raison de cette invalidité			
d. Date à laquelle le demandeur pourra recommencer à travailler (Même si des doutes considérables existent, estimez la date. Évitez d'utiliser des termes tels que « inconnu » ou « indéterminé ».)			
e. Si l'invalidité est liée à une grossesse, veuillez cocher la case et indiquer la date <input type="checkbox"/> Date prévue d'accouchement OU <input type="checkbox"/> Date réelle d'accouchement			

8. À votre avis, cette invalidité est-elle le résultat d'un accident survenu par le fait et au cours de l'emploi, ou une maladie professionnelle ? : Oui Non Si « oui », un certificat médical a-t-il été déposé auprès de la Commission ? Oui Non

Je certifie être :

(médecin, chiropracteur, dentiste, podologue, psychologue, infirmière sage-femme)

Agrégé(e) ou certifié(e) dans l'État de

Numéro de licence

Nom en caractères d'imprimerie du prestataire de soins de santé

Signature du prestataire de soins de santé

Date

Adresse du prestataire de soins de santé

Numéro de téléphone

1. Nom légal complet et adresse postale de l'entreprise

Nom de l'entreprise _____

Adresse postale _____

Ville, État _____

Code postal _____

Pays (si hors des États-Unis) _____

2. Numéro FEIN de l'employeur : _____

3. Coordonnées :

Nom de contact de l'employeur pour les questions liées à l'invalidité : _____

Numéro de téléphone de contact de l'employeur : _____

Adresse e-mail de contact de l'employeur : _____

4. L'employé est-il membre d'un syndicat qui offre les prestations d'invalidité obligatoires ? Oui Non

*Si « oui », indiquez le nom, l'adresse et les coordonnées du syndicat. _____

5. Informations sur l'employé :

Rôle de l'employé : Employé Titulaire Partenaire Conjoint(e) de l'employeur Propriétaire Co-propriétaire

Date d'embauche de l'employé (MM/JJ/AAAA) : _____

Dernière date de travail de l'employé : _____

Date de retour au travail de l'employé (le cas échéant) : _____

6. Le salaire a-t-il été maintenu pendant l'invalidité ? Oui Non

Si « oui », quel type ? (Congés payés, congé maladie, autres) : _____

Si « oui », le remboursement est-il demandé par l'employeur ? Oui Non

*Le remboursement n'est disponible que si l'employeur a maintenu le salaire pendant l'invalidité ou si l'employé a utilisé des congés de maladie

7. L'invalidité de l'employé est-elle liée au travail ? Oui Non

8. Indiquez les 8 dernières semaines de salaire brut de l'employé immédiatement avant l'invalidité en commençant par la semaine au cours de laquelle l'invalidité a commencé, et calculez le salaire hebdomadaire brut moyen (inclure les primes, les pourboires, les commissions, la valeur raisonnable des prestations en repas, loyer, etc. ; voir les instructions pour plus d'informations)

Semaine N°	Date de fin de la semaine (MM/JJ/AAAA)	Nombre de jours travaillés	Montant brut payé
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
		Salaire hebdomadaire brut moyen calculé :	

9. Au cours des 52 semaines précédentes, l'employé a-t-il pris un congé pour :

Invalidité État de New York PFL Invalidité et PFL Rien

Invalidité : Veuillez fournir des dates précises pour l'invalidité _____

PFL : Veuillez fournir des dates précises pour le PFL _____

10. L'employé travaille-t-il toujours chez vous ? Oui Non

Si « non », date de cessation d'emploi : _____

11. Si l'employé a reçu des allocations chômage, date à laquelle l'allocation a été reçue pour la dernière fois : _____

PARTIE C - INFORMATIONS RELATIVES À L'EMPLOYEUR (doit être remplie par l'employeur)

J'ai lu et je confirme avoir pris connaissance les informations sur la fraude ci-dessous, et j'affirme qu'à ma connaissance, les informations que j'ai fournies sont véridiques et exactes.

Nom et intitulé de poste de l'employeur : _____

Signature de l'employeur : _____

Numéro de téléphone de contact de l'employeur : _____

Date : _____

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 à 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 demandeurs 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.

AVIS HIPAA - Afin de statuer sur une demande d'indemnisation des accidents du travail ou une demande de prestations d'invalidité, WCL 13-a(4)(a) et 12 NYCRR 325-1.3 exigent que les prestataires de soins de santé déposent régulièrement des rapports médicaux concernant le traitement auprès de la Commission et de la compagnie d'assurance ou de l'employeur. Conformément à 45 CFR 164.512, ces rapports médicaux également requis sont exemptés des restrictions de la HIPAA sur la divulgation d'informations sur la santé.

Divulguer d'informations : La Commission ne divulguera aucune information concernant votre cas à une partie non autorisée sans votre consentement. Si vous choisissez de divulguer des informations de la sorte à une partie non autorisée, vous devez déposer un formulaire OC-110A « Autorisation du demandeur à divulguer les dossiers de la Commission de la santé et de la sécurité au travail » (Claimants Authorization to Disclose Workers' Compensation Records) original signé auprès de la Commission. Vous trouverez ce formulaire sur le site Web de la WCB (www.wcb.ny.gov) en cliquant sur le lien « Forms » (Formulaires). Si vous n'avez pas accès à Internet, veuillez appeler le (877) 632-4996. À la place du formulaire OC-110A, vous pouvez également soumettre une lettre d'autorisation originale signée et notariée.

RECONNAISSANCE DE LA FRAUDE - Un employeur ou un assureur, ou tout employé, agent ou personne agissant au nom d'un employeur ou d'un assureur, qui FAIT SCIEMMENT UNE FAUSSE DÉCLARATION OU SE LIVRE SCIEMMENT À UNE FAUSSE REPRÉSENTATION concernant un fait important dans le cadre de la demande, de l'enquête ou de l'ajustement se rapportant à une demande de prestation ou de paiement en vertu du présent chapitre, et ce, dans le but d'éviter l'octroi d'un paiement ou prestation de la sorte, SERA COUPABLE D'UN CRIME ET SOUMIS À DES AMENDES ET À UNE PEINE DE PRISON IMPORTANTES.