



# DEMANDE D'INDEMNISATION DES BÉNÉVOLES DU WORLD TRADE CENTER

**Vous DEVEZ répondre à toutes les questions de manière complète - écrivez ou imprimez clairement.** Lisez attentivement les conditions requises pour déposer une demande en tant que bénévole du World Trade Center à la page deux. Vous devez fournir tous les documents requis avec ce formulaire, y compris une lettre de décision du programme de santé du World Trade Center.

## A. Personne blessée

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Initiale du deuxième prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse postale : \_\_\_\_\_ Ligne 2 : \_\_\_\_\_  
 Ville : \_\_\_\_\_ État : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_  
 N° de téléphone en journée : \_\_\_\_\_ Adresse électronique : \_\_\_\_\_  
 N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_ Date de naissance (MM/JJ/AAAA) : \_\_\_\_\_ Genre :  M  F  X  
 Parlez-vous anglais ?  Oui  Non Si non, quelle langue parlez-vous : \_\_\_\_\_

## B. Lieu/date

À quelle(s) date(s) avez-vous fait du bénévolat à Ground Zero ou dans ses environs ou à la décharge de Fresh Kills (MM/JJ/AAAA) : \_\_\_\_\_

Un organisme de bénévolat ou de secours a-t-il dirigé vos activités à Ground Zero ou dans ses environs ou à la décharge de Fresh Kills ?  Oui  Non

Si oui, nom de l'organisme : \_\_\_\_\_

Si non, qui peut fournir une déclaration à l'appui de votre participation au sauvetage, à la restauration ou au nettoyage du WTC : \_\_\_\_\_

## C. Nature et étendue de la blessure/maladie

Comment la blessure/maladie est-elle survenue : \_\_\_\_\_

Indiquez la nature complète de votre blessure/maladie, y compris toutes les parties du corps blessées : \_\_\_\_\_

Avez-vous cessé de travailler régulièrement à cause de cette blessure/maladie :  Oui  Non Si oui, date d'arrêt (MM/JJ/AAAA) : \_\_\_\_\_

Si vous avez cessé de travailler régulièrement, avez-vous repris le travail :  Oui  Non Si oui, date de reprise (MM/JJ/AAAA) : \_\_\_\_\_

Nom de l'employeur régulier : \_\_\_\_\_

Adresse de l'employeur régulier : \_\_\_\_\_

## D. Prestations/soins médicaux

Avez-vous demandé des prestations du Fonds d'indemnisation des victimes du 11 septembre :  Oui  Non

Si oui, quel est le statut de votre demande : \_\_\_\_\_

Avez-vous reçu ou recevez-vous des soins médicaux :  Oui  Non Avez-vous actuellement besoin de soins médicaux :  Oui  Non

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Adresse du médecin : \_\_\_\_\_

Si vous avez séjourné à l'hôpital, indiquez les dates d'hospitalisation (MM/JJ/AAAA) : \_\_\_\_\_

Nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_

Adresse de l'hôpital : \_\_\_\_\_

Avez-vous encouru des dépenses directes pour des soins médicaux afin de traiter la blessure/maladie contractée :  Oui  Non

Si oui, quel est le montant total des dépenses directes encourues : \$ \_\_\_\_\_

**Par la présente, je présente ma demande d'indemnisation pour les blessures/maladies résultant d'un travail bénévole à Ground Zero ou dans ses environs ou à la décharge de Fresh Kills, et à l'appui de celle-ci, je fais la déclaration de faits qui précède.**

Signature de la personne blessée (demandeur(euse))

Date

Toute personne qui, EN CONNAISSANCE DE CAUSE, FAIT UNE FAUSSE DÉCLARATION d'un fait important au cours d'une déclaration, d'une enquête ou d'un règlement d'une demande de prestation ou de paiement en vertu du présent chapitre, dans le but d'éviter le versement d'une telle prestation ou d'un tel paiement, SERA RECONNUE COUPABLE D'UN DÉLIT ET SERA PASSIBLE D'AMENDES ET DE PEINES D'EMPRISONNEMENT CONSIDÉRABLES.

**Informations importantes pour le (la) demandeur(euse)**  
**Demande d'indemnisation des bénévoles du World Trade Center (formulaire WTCVol-3)**

Des fonds sont disponibles pour indemniser les bénévoles blessés ou handicapés alors qu'ils apportaient leur aide aux New-Yorkais à la suite de l'attaque terroriste du 11 septembre 2001 contre le World Trade Center. Ces fonds sont connus sous le nom de Fonds de l'État de New York pour les bénévoles du World Trade Center. La Commission des accidents du travail de l'État de New York recevra les demandes d'indemnisation des bénévoles souffrant de maladies ou de blessures résultant de leur bénévolat sur le site du World Trade Center ou de la décharge de Fresh Kills, et administrera les paiements du fonds conformément à la loi sur les accidents du travail et aux règles de la Commission. En remplissant, en signant et en déposant ce formulaire, vous déposez une demande d'indemnisation auprès du Fonds de l'État de New York pour les bénévoles du World Trade Center.

Les prestations pour tous les bénévoles du World Trade Center sont limitées à la survivance du financement fourni par le Fonds de l'État de New York pour les bénévoles du World Trade Center.

Afin de documenter votre demande, soumettez ce formulaire avec les copies suivantes à la Commission des accidents du travail de l'État de New York.

1. Preuve du statut de bénévole (lettre de recommandation ou de confirmation de l'organisme qui a dirigé vos activités bénévoles du 11 septembre à Ground Zero ou à la décharge de Fresh Kills, photos, lettres de témoins, etc.).
2. Preuve médicale d'une blessure ou d'une maladie causée par le bénévolat sur un site désigné.
3. Formulaire WTC-12 complété (Enregistrement de participation aux opérations de sauvetage, de restauration ou de nettoyage du World Trade Center).
4. Lettre d'acceptation ou de refus du programme de santé du World Trade Center. La WCB exige maintenant que les travailleurs bénévoles déposent une demande d'indemnisation auprès du programme de santé du World Trade Center avant de déposer une demande auprès de la WCB ; la lettre d'indemnisation du programme de santé du World Trade Center doit être soumise avec le formulaire WTCVol-3.
5. Si vous avez soumis une demande d'indemnisation au Fonds d'indemnisation des victimes, fournissez la plus récente lettre de décision d'éligibilité, lettre d'attribution ou autre avis sur l'état de la demande.
6. Formulaire de décharge HIPAA complété - [wcb.ny.gov/content/main/forms/wtc-hipaa\\_F.pdf](http://wcb.ny.gov/content/main/forms/wtc-hipaa_F.pdf)
7. Formulaire de décharge du Fonds d'indemnisation des victimes complété - [wcb.ny.gov/content/main/forms/wtc-vcf\\_auth\\_F.pdf](http://wcb.ny.gov/content/main/forms/wtc-vcf_auth_F.pdf)

Veillez conserver tous les documents pour vos dossiers.

Veillez informer vos prestataires de soins de santé que vous avez une demande d'indemnisation en cours auprès du Fonds de l'État de New York pour les bénévoles du World Trade Center administré par la Commission des accidents du travail et que leurs factures et rapports médicaux doivent être envoyés à la Commission des accidents du travail de l'État de New York, No Insurance Unit, PO Box 5205, Binghamton, NY 13902-5205.

**Notification conformément à la loi de New York sur la protection de la vie privée**

**(article 6-A du droit de l'administration) et de la loi fédérale sur la protection de la vie privée de 1974 (5 U.S.C. § 552a).**

Le pouvoir de la Commission des accidents du travail de demander aux demandeurs de fournir des données personnelles, y compris leur numéro de sécurité sociale, découle du pouvoir d'enquête de la Commission que lui attribue la loi sur les accidents du travail § 20, et de son pouvoir administratif que lui attribue la loi sur les accidents du travail § 142. Ces informations sont recueillies pour aider la Commission à enquêter et à administrer les demandes de la manière la plus rapide possible et pour l'aider à tenir des dossiers de demande précis. La communication de votre numéro de sécurité sociale à la Commission se fait sur base volontaire. Le fait de ne pas fournir votre numéro de sécurité sociale sur ce formulaire n'entraîne aucune pénalité ; cela n'entraînera pas le refus de votre demande ou la réduction de vos prestations. La Commission protégera la confidentialité de toutes les données personnelles en sa possession et ne les divulguera que dans le cadre de ses fonctions officielles et conformément aux lois fédérales et d'État applicables.

**AVIS RELATIF À L'HIPAA**

Afin de statuer sur une demande d'indemnisation d'accident du travail ou d'invalidité, les règles WCL-13-a(4)(a) et 12 NYCRR 325-1.3 exigent que les prestataires de soins de santé déposent régulièrement des rapports médicaux de traitement auprès de la Commission et de la compagnie d'assurance ou de l'employeur. Conformément à la règle 45 CFR 164.512, ces rapports médicaux exigés par la loi sont exemptés des restrictions de l'HIPAA sur la divulgation de renseignements médicaux.