



Formulaire de statut de travail

Remplissez ce formulaire en ligne sur
www.Secure.Lni.wa.gov

- Remplissez ce formulaire dans les 14 jours suivant sa réception.
- Lisez les instructions au verso avant de remplir le formulaire.
- Ne pas renvoyer de formulaire peut entraîner des retards dans le versement des indemnités.

Numéro de demande d'indemnisation
Date de la demande
Date de l'accident

Votre statut de travail :

- Je n'ai manqué **aucun** jour de travail à cause de mon accident et/ou de ma maladie professionnelle.
- Je ne travaille **pas** et je suis dans l'incapacité de travailler **complètement** à cause de mon accident/de ma maladie professionnelle depuis le - - - - - - - - - -
- C'est la date du premier jour où je n'ai pu faire **aucun** type de travail – rémunéré ou non – tel que bénévolat, travail indépendant, ou services de soins (COPES).

J'ai repris le travail le - - - - - - - - - avec l'employeur de l'accident un nouvel employeur en indépendant.

Le travail indépendant inclut, sans s'y limiter, le commerce sous licence, hors licence et/ou en ligne.

Dans mon travail, maintenant :

- Je travaille des horaires réguliers Je travaille des horaires réduits
 Je perçois un salaire régulier Je perçois un salaire réduit

Avant mon retour au travail, je n'ai eu **aucun autre emploi à cause de mon accident du travail et/ou ma maladie professionnelle** entre le - - - - - - - - - et le - - - - - - - - - -

Ceci inclut tout type de travail – rémunéré ou non – tel que bénévolat, travail indépendant, ou services de soins (COPES).

J'ai fait une demande d'indemnisation et/ou j'ai touché les indemnités suivantes :

- Oui Non Chômage
 Oui Non Sécurité sociale
 Oui Non Retraite
 Oui Non Assistance monétaire d'une autre agence du gouvernement

Le jour de mon accident, mon employeur payait et/ou fournissait les prestations suivantes :

- Oui Non Médical/Dentaire/Vue
 Oui Non Logement
 Oui Non Pension
 Oui Non Services/Carburant
 Oui Non Je perçois encore ces indemnités
Si ce n'est pas le cas, la dernière date couvrait le : - - - - -

La garde légale de vos enfants à charge a-t-elle changé? Oui Non

Votre adresse ou votre numéro de téléphone a-t-il changé? Si c'est le cas, écrivez votre nouvelle adresse ou votre nouveau numéro de téléphone ci-dessous.

Nom :	
Adresse :	
Ville, état, code postal :	
Numéro de téléphone :	

Votre signature est requise ci-dessous.

En signant ci-dessous, je certifie que les renseignements que je fournis sont vrais et exacts. Je comprends que je dois immédiatement notifier mon gestionnaire de demande si mon médecin m'autorise à reprendre le travail, si je suis incarcéré(e) et sous condamnation, ou si la garde légale de mes enfants change. Je comprends également que si, sur ce formulaire, je fais intentionnellement une fausse déclaration ou que j'oublie de donner des renseignements sur ma condition physique, ma capacité à travailler et/ou tout travail effectué (rémunéré ou non), je devrai rembourser toute indemnisation obtenue sous de faux prétextes et je pourrais faire l'objet de pénalités civiles et/ou criminelles.

Instructions du formulaire de statut de travail

Ce formulaire est réservé au paiement d'une compensation en cas de perte de temps de travail si vous n'avez pas travaillé et que vous ne pouvez pas travailler aux dates que vous indiquez. Il est important que vous lisiez ce formulaire avec attention et que vous remplissiez toutes les parties qui vous concernent.

Prérequis minimum pour le paiement d'une compensation de perte de temps de travail :

- Un certificat médical de votre fournisseur de soins contenant des constatations et restrictions médicales.
- Un formulaire de statut de travail que vous remplissez pour faire une demande d'indemnisation. Vous devez remplir ce formulaire à chaque fois que vous le recevez.

Votre statut de travail :

- Nous avons besoin de savoir si vous avez manqué des heures de travail, pour **tout** travail, à cause de votre accident.
- Il est important de notifier L&I si vous êtes impliqué dans une activité incluant, sans s'y limiter, le bénévolat, une profession indépendante ou des services de soins.
 - Par bénévolat, nous parlons par exemple de la Croix rouge, des banques alimentaires, d'assistance dans des soupes populaires ou d'encadrement sportif.
 - Le travail indépendant peut inclure la vente en ligne, la photographie, la vente de bois de chauffage, la livraison de journaux.
 - Les services de soins peuvent inclure des soins apportés à un membre de famille handicapé, le gardiennage d'enfant, des COPES/DSHS (soins rémunérés).

Reprise du travail :

- Si vous n'avez pas repris le travail, passez cette partie.
- Si vous avez repris le travail d'une manière ou d'une autre, remplissez cette partie.
 - Par exemple, si vous travaillez pour un autre employeur, si vous travaillez en indépendant ou si vous faites du bénévolat.
- Si vous avez manqué des heures de travail, pour **tout** travail, précisez les dates auxquelles vous n'avez pas travaillé.
 - La date de début est le premier jour où vous n'avez pas du tout travaillé.
 - La date de fin est la dernière journée précédant la reprise de votre travail.
- Si vous travaillez des horaires réduits ou que vous touchez un salaire réduit, vous pourriez être admissible pour percevoir des indemnités de perte de pouvoir d'achat (Loss of Earning Power benefits). Vous pouvez accéder au formulaire en ligne sur www.Lni.wa.gov/FormPub, et chercher « LEP ».

Autres indemnisations :

- Si vous avez fait une demande pour percevoir ou que vous percevez une retraite, la sécurité sociale, etc., ceci pourrait affecter vos indemnisations L&I.
- L'assistance monétaire d'une autre agence du gouvernement peut inclure DSHS TANF.

L'employeur fournissait des prestations à la date de l'accident :

- Cette information est nécessaire pour déterminer l'état actuel des prestations que l'employeur vous fournissait à la date de l'accident. Par exemple, il pourrait s'agir de la contribution de votre employeur aux prestations d'assurance médicale.
- Si vous ne percevez plus ces prestations, le montant de votre compensation de perte de temps de travail pourrait être affectée.

Garde des enfants à charge :

- La portion de la compensation de perte de temps de travail destinée aux enfants à charge doit être versée au tuteur légal.
- Si la garde des enfants change, L&I aura besoin d'une copie des documents légaux et de l'adresse actuelle du tuteur légal.

Changement d'adresse :

- Si votre adresse a changé, veuillez fournir ici votre nouvelle adresse.
- Sinon, ne remplissez pas cette partie.

Signature :

- Votre signature est requise pour considérer le versement d'indemnités en cas de perte de temps de travail.
- En signant ce formulaire, vous confirmez que les renseignements que vous avez fournis sont exacts.