

Premier rapport de l'employeur de blessures
ou de maladie professionnelle
(Voir les instructions au verso - Laissez Articles 1 et 2 vide)

U.S. Department of Labor (Ministère du Travail)
Administration des normes d'emploi
Bureau des Programmes d'indemnité pour accident du travail



OMB No. 1215-0031

1. No. OWCP		2. No. de l'assureur		3. Date et heure de l'accident (mm/jj/aaaa) (hh:mm)	
4. Nom de l'employé blessé / décédé (Tapez ou imprimez - prénoms, nom) Téléphone				5. Adresse de l'employé (No., rue, ville, état, code postal)	
6. Blessure est signalée sous la Loi suivante (Cochez une case) A ☐ Loi d'indemnité pour accident du travail des ouvriers dockers et portuaires B ☐ Loi de base de défense C ☐ Loi des instrumentalités de fonds non-affecté D ☐ Loi de la zone externe du plateau continental		7. Indiquez où la blessure s'est produite (Loi des ouvriers dockers uniquement) (Cochez une case) A ☐ A bord un navire ou sur les eaux navigables B ☐ Débarcadère / Quai C ☐ Cale sèche D ☐ Gare marine E ☐ Passage de bâtiment F ☐ Cale de halage G ☐ Autre zone adjacente		8. Sexe ☐ M ☐ F 9. Date de naissance (mm/jj/aaaa)	
				10. No. de Sécurité sociale (Prescrit par la loi)	
				11. La blessure a-t-elle provoqué la mort ? ☐ Non ☐ Oui - Si oui, passez à l'article 16	
				12. La blessure a-t-elle provoqué la perte de temps au-delà du jour ou du poste de travail de l'accident ? ☐ Oui ☐ Non	
				13. Date et heure l'employé (mm/jj/aaaa) (hh:mm) a tout d'abord perdu à cause de la blessure	
14. L'employé a-t-il arrêté de travailler immédiatement ? ☐ Oui ☐ Non		15. Date et heure l'employé est retourné au travail (mm/jj/aaaa) (hh:mm)		16. L'employé était-il en train de faire son travail habituel lorsqu'il a été blessé / tué ? (Sinon, expliquez à l'article 26) ☐ Oui ☐ Non	
17. La blessure / le décès se sont-ils produits dans les locaux de l'employeur ? ☐ Oui ☐ Non		18. Service dans lequel l'employé travaille (travaillait) normalement		19. Occupation	
20. Date et heure la paye s'est arrêtée		21. Quels jours travaillait-il d'habitude par semaine ? (Marquez (X) jours) D L M M J V S ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		22. Date l'employeur ou le chef de main était au courant de l'accident. (mm/jj/aaaa) (hh:mm)	
23. Salaires ou revenus (y compris les heures supplémentaires, les indemnités, etc.) a. Horaire b. Journalier c. Hebdomadaire d. Annuel		24. Endroit précis où l'accident s'est produit (Voir les instructions au verso). Cet article devrait préciser la zone si l'accident s'est passé lors de l'emploi maritime et s'il a eu lieu dans une zone adjacente aux eaux navigables.		25. Comment la connaissance de l'accident ou de la maladie professionnelle a-t-elle été acquise ?	
26. Décrivez intégralement comment l'accident s'est produit (Racontez les événements qui ont abouti à la blessure ou la maladie professionnelle. Dites ce que le blessé effectuait au moment de l'accident. Dites ce qui s'est passé et comment cela s'est produit. Nommez tous les objets ou les substances impliqués et dites comment ils étaient impliqués. Donnez les détails complets sur tous les facteurs qui ont mené ou contribué à l'accident.) (Utilisez des feuilles supplémentaires au besoin et les joindre au présent rapport)					
27. Nature de la blessure (Nommer les parties affectées du corps - jambe gauche fracturée, pouce droit contusionné, etc.) Si une amputation d'un membre du corps a été faite, décrivez-la.					
28. Une attention médicale a-t-elle été autorisée ? ☐ Oui ☐ Non		29. Inscrivez la date d'autorisation (mm/jj/aaaa)		30. Le médecin de premier traitement a-t-il été choisi par l'employé ? ☐ Oui ☐ Non	
				31. La compagnie d'assurance a-t-elle été averti ? ☐ Oui ☐ Non	
► Nom			Adresse - Inscrivez le numéro, la rue, la ville, l'état, le code postal) ◀		
32. Médecin					
33. Hôpital					
34. Compagnie d'assurance					
35. Employeur					
36. Nom du commerce de l'employeur			37. Signature de la personne autorisée à signer de la part de l'employeur		
38. Titre officiel de la personne signant ce rapport			Nom de la personne signant ce rapport		39. Date de ce rapport (mm/jj/aaaa)

Le présent rapport doit être déposé en duplicata avec le Directeur de District au bureau de district convenu du Bureau des Programmes d'indemnité pour accident du travail et ceci est obligatoire selon 33 U.S.C. 930(a). Déposez le formulaire dans les 10 jours à partir de la date de la blessure ou du décès ou à partir de la date l'employeur a premièrement pris connaissance de la blessure ou du décès. Selon la loi, tout traitement médical et toute indemnité doivent être fournis par l'employeur ou sa compagnie d'assurance. Le traitement doit être effectué par un médecin choisi par l'employé sauf si le médecin se trouve parmi la liste de médecins qui ne sont pas

actuellement autorisés par le Ministère du Travail à accorder des soins médicaux sous la Loi. Les règlements d'indemnité arrivent à échéance et sont payables le 14ième jour qui suit l'employeur ayant premièrement pris connaissance de la blessure ou du décès. Il se peut que des pénalités soient imputées pour manque de conformité aux dispositions de la loi. Les informations seront utilisées pour déterminer le droit aux avantages sociaux. Dispensées sont les personnes de répondre à cette collecte d'informations sauf s'il est affiché un numéro de contrôle OMB actuellement valide.

BLESSURE A RAPPORTER – Toute blessure accidentelle qui provoque la perte d'un ou plusieurs postes de travail ou la mort soi-disant survenant lors et au cours de l'emploi, y compris toute maladie professionnelle ou toute infection estimée ou alléguée ayant survenu naturellement lors d'un tel emploi ou du fait du résultat naturel ou inévitable d'une blessure accidentelle. Si l'employeur contrevient le droit d'indemnité, il doit aussi déposer un avis de controversion avec le Directeur de District dans les 14 jours suite à ce qu'il ait pris connaissance de la blessure alléguée ou le décès.

Article 6 – A. Loi d'indemnité pour accident du travail des ouvriers dockers et portuaires assurent les employés blessés lorsqu'ils occupent un emploi maritime sur les eaux navigables des Etats-Unis (y compris tout débarcadère, tout quai, toute cale sèche, toute gare, tout passage de bâtiment, toute cale de halage adjacents ou autre zone adjacente habituellement utilisée par un employeur pour le chargement, le déchargement, la réparation ou la construction d'un navire) ; - les employés blessés sur les eaux navigables des Etats-Unis et autres zones décrites, qui, au moment de leur blessure, occupaient un emploi maritime et qui ne sont pas sans quoi spécifiquement exclus sous la Loi (33 U.S.C. 902).

B. Loi de base de défense assure tout emploi (1) sur des bases militaires, aériennes et navales acquises par les Etats-Unis d'un pays étranger ; (2) sur les terres occupées ou utilisées par les Etats-Unis à des fins militaires ou navales hors des limites continentales des Etats-Unis ; (3) sur tous travaux publics dans tout Territoire ou toute possession hors des Etats-Unis continentaux dans le cadre d'un contrat d'un entrepreneur avec les Etats-Unis ; (4) dans le cadre d'un contrat passé avec les Etats-Unis où un tel contrat doit être exécuté hors des Etats-Unis continentaux et dans des endroits non pas parmi les zones décrites à l'article (1), (2) et (3) ci-dessus à des fins de s'engager dans des travaux publics ; (5) dans le cadre de certains contrats approuvés et financés par les Etats-Unis sous la Loi mutuelle de sécurité de 1954, tel qu'elle a été amendée ; et (6) au service des employeurs américains fournissant l'aide social ou des services semblables au profit des Forces armées des Etats-Unis continentaux.

C. La Loi des instrumentalités de fonds non-affecté assure les employés des instrumentalités de fonds non-affecté des Forces armées, par exemple, échanges de poste, service de cinématographie, etc.

D. La Loi de la zone externe du plateau continental assure les employés d'employeurs privés qui sont engagés dans des opérations dirigées dans la Zone externe du plateau continental à des fins d'exploration, de développement, d'extraction ou de transportation par canalisation des ressources naturelles des terres submergées.

Poste 24 – « Endroit exact où l'accident s'est produit » nécessite l'adresse la plus proche - rue, ville et village. En outre –

- Si sur un navire,
Donnez l'endroit sur le navire où la blessure a eu lieu (pont, cale, entrepont, chambre des machines, etc.) Nom du navire
- Si soit sur un débarcadère, un quai, une cale sèche, une gare, un passage de bâtiment, une cale de halage ou une autre zone habituellement utilisée pour le chargement, le déchargement, la réparation ou la construction d'un vaisseau.
Nom ou numéro du débarcadère, de la cale sèche, de la cale de halage, etc.
Nom de la gare ou du chantier naval
Adresse la plus proche – Rue, Ville et Etat
- Si sur une Base de défense ou militaire,
Donnez l'endroit exact sur la base où la blessure a eu lieu
Nom de la base
Lieu de la base – ville ou pays
- Si sur la Zone externe du plateau continental
Donnez le site du forage et le numéro du bloc
Nom de la zone (par exemple, Zone Delta Ouest)
Numéro fédéral de bail, Numéro d'état de bail
Distance et nom de la terre la plus proche, nom de l'Etat

NOTA : LA DEPOSITION DU PRESENT FORMULAIRE NE CONSTITUE PAS UNE ADMISSION DE RESPONSABILITE SOUS LA LOI D'INDEMNITE. Tout employeur, toute compagnie d'assurance ou tout employeur auto-assuré qui sciemment et volontairement manque de soumettre le présent rapport comme requis, ou sciemment ou volontairement fait une fausse déclaration ou une représentation déformée dans le présent rapport, sera soumis à une pénalité civile à ne pas dépasser 10 000 pour chaque manquement, refus, fausse déclaration ou représentation déformée. [33 U.S.C.930(e)] Le présent rapport ne fera preuve d'aucun fait déclaré ci-contre dans aucune procédure touchant à toute blessure ou tout décès quelconque pour raison de laquelle le rapport est rédigé. [33 U.S.C. 930(c)]

Déclaration des charges publiques

Nous estimons que cela prendra 15 minutes en moyenne pour compléter la présente collecte d'informations, y compris le temps pour passer en revue les instructions, rechercher les sources de données existantes, rassembler et maintenir les données requises et compléter et passer en revue la collecte d'informations. Si vous avez des commentaires concernant ces estimations ou tout autre aspect de cette collecte d'informations, y compris des suggestions pour réduire ces charges, les envoyer à U.S. Department of Labor, Division of Longshore and Harbor Workers' Compensation, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210 USA. N'ENVOYEZ PAS LE FORMULAIRE DUMENT REMPLI A CE BUREAU