

RAPPORT DU TRAVAILLEUR SUR L'ACCIDENT - DEMANDE AUPRÈS DE LA CSIT

Indiquez S/O à côté des questions qui ne s'appliquent pas.

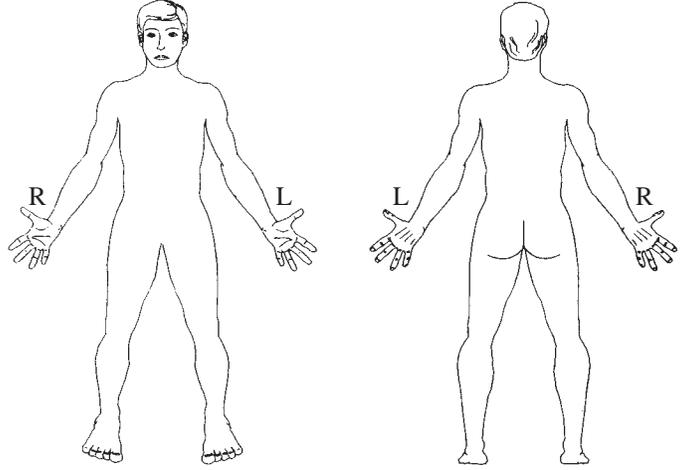
A – Renseignements sur le travailleur

1. Prénom		2. Nom			
3. Adresse postale		4. Communauté		5. Code postal	
6. Adresse de résidence (si elle est différente de l'adresse postale)		7. Date de naissance		8. Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/>	
		AA MM JJ			
9. Téléphone (inclure l'indicatif régional)		Cellulaire	Télécopieur	Courriel	
10. Numéro d'assurance sociale		11. Célibataire <input type="checkbox"/> Marié (mariée) <input type="checkbox"/> Union de fait <input type="checkbox"/> Veuf (veuve) <input type="checkbox"/> Divorcé (divorcée) <input type="checkbox"/>			
12. Nombre de personnes à charge	13. Titre du poste		14. Langue préférée		
			<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Inuktitut <input type="checkbox"/> Autre		

B – Renseignements sur l'employeur

15. Nom de l'employeur	16. Adresse
17. Nom du superviseur	18. Téléphone (inclure l'indicatif régional)

C – Détails de l'accident

19. Date de l'accident	20. Lieu de l'accident – Ville ou village
AA MM JJ	
Heure: à _____ h.	
21. L'accident s'est-il produit sur les lieux du travail? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si non, précisez.	
22. Date du signalement à l'employeur	23. Nom et poste de la personne à qui l'accident a été signalé:
AA MM JJ	
Heure: à _____ h.	
24. Date de la première invalidité	
AA MM JJ	
Heure: à _____ h.	
IMPORTANT ! 25. Décrivez l'accident en détail le mieux possible en incluant l'endroit où il s'est produit, ce que le travailleur faisait, l'équipement utilisé à ce moment-là et si des gaz, produits chimiques ou températures extrêmes entrent en compte. (Utilisez une feuille séparée si nécessaire.) <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
Parties du corps atteintes? (côté, main, œil, gauche ou droit, dos, etc.) <hr/> <hr/>	
De quel genre blessure s'agit-il? (foulure, ecchymose, fracture, etc.) <hr/> <hr/>	
	
26. IMPORTANT ! - Indiquez les témoins	Nom et adresse du témoin en précisant son numéro de téléphone
Nom et adresse du témoin en précisant son numéro de téléphone	

27. Vous a-t-on offert de faire des tâches légères? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Date: AA MM JJ
28. Êtes-vous retourné au travail? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Date: AA MM JJ
Si oui, <input type="checkbox"/> Tâches légères <input type="checkbox"/> Tâches normales	
29. Nom du secouriste si on vous a administré les premiers soins? Où?	Date: AA MM JJ
30. Nom de l'hôpital ou du centre médical où vous avez été traité.	Date: AA MM JJ
31. Nom du professionnel de la santé qui vous a traité.	

D. Blessures antérieures

32. Avez-vous déjà subi une blessure ou une invalidité à cette même partie du corps (p. ex. pied gauche ou main droite)? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Date: AA MM JJ
33. Avez-vous déjà, dans le passé, fait une demande auprès de cette commission ou d'une autre commission des accidents du travail? Si oui, précisez les dates et la nature de la blessure.	

VEUILLEZ PASSER AUX SECTIONS « E » ET « F » À LA 2^E PAGE. →

Nom au complet du travailleur:

E – Catégorie d'emploi

34. Type d'emploi du travailleur : a) Permanent <i>Type d'emploi permanent</i> - <input type="checkbox"/> Poste de période déterminée (<i>plus d'un an</i>) <input type="checkbox"/> Permanent à plein temps ou temps partiel <input type="checkbox"/> Poste d'apprenti <input type="checkbox"/> Poste d'assistance <input type="checkbox"/> Autre	b) Non - permanent <i>Type d'emploi non permanent</i> - <input type="checkbox"/> Poste de période déterminée (<i>plus d'un an</i>) <input type="checkbox"/> Poste saisonnier <input type="checkbox"/> Poste d'été pour étudiant <input type="checkbox"/> Poste occasionnel <input type="checkbox"/> Poste d'apprenti
35. Le poste peut-il faire l'objet de mises à pied saisonnières ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	36. Le poste peut-il faire l'objet de mises à pied pour manque de travail ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
37. Date d'embauche : AA MM JJ	

F – Renseignements sur l'horaire de travail (*Veillez répondre à toutes les questions qui s'appliquent.*)

38. Nombre de jours travaillés _____ Nombre de jours en congé _____	39. Nombre d'heure par quart de travail / jour. _____	40. Nombre d'heures par rotation. _____
41. Encerchez les jours de travail d'une rotation complète. L M M J V S D L M M J V S D L M M J V S D L M M J V S D		
42. Date du début de la rotation AA MM JJ Date de la fin de la rotation AA MM JJ		

SI VOUS N'AVEZ PAS ÉTÉ ABSENT DU TRAVAIL et que vos tâches ou votre salaire N'ONT PAS CHANGÉ, allez au bas de la page, signez et indiquez la date à l'espace prévu et envoyez le rapport. SI VOUS AVEZ ÉTÉ ABSENT DU TRAVAIL ou si vos tâches ou votre salaire ont été modifiés, veuillez répondre à TOUTES les questions du formulaire.

G – Renseignements sur le salaire (*Veillez répondre à toutes les questions*)

43. Taux horaire de votre salaire ? _____ \$/h <i>Veillez préciser si vous ne touchez pas un taux horaire ou un salaire.</i>	Quel est le montant de vos gains bruts annuels ? _____
44. Recevez-vous d'autres prestations ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> (p. ex. congé payé, indemnité d'établissement, etc.)	Si oui, précisez le montant ou la moyenne
45. Faites-vous régulièrement des heures supplémentaires ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
46. Donnez une estimation du nombre d'heures supplémentaires _____ <i>(encerchez par semaine, / par mois ou par année).</i>	47. Taux des heures supplémentaires : _____ \$/h
48. Êtes-vous payé pendant les arrêts de travail ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
49. Avez-vous un autre emploi ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, avez-vous dû vous en absenter en raison de cette blessure ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <i>(Si vous avez plus d'un autre employeur, veuillez donner la liste de tous les employeurs et leurs coordonnées.)</i>	
Nom du deuxième employeur : _____ Personnes-ressources et numéro de téléphone : _____	

CONSENTEMENT DU TRAVAILLEUR

Par la présente, je demande une indemnisation en raison d'un accident du travail ou maladie professionnelle.

Échange d'information- Je comprends que la CSIT utilisera l'information susmentionnée à mon sujet à la seule fin de faire une enquête sur cette demande d'indemnisation. Je comprends aussi que la CSIT doit collecter des renseignements au sujet de mon accident du travail et de mes antécédents médicaux et professionnels afin de gérer ma demande. À cette seule fin, certains renseignements personnels peuvent être communiqués à des employeurs, du personnel médical et autres tiers pertinents. **L'autorise la CSIT à fournir et collecter ces renseignements de toutes les sources nécessaires, y compris les dossiers des hôpitaux, des médecins et d'emploi.**

Exactitude de l'information – Je comprends que l'administration de la demande risque d'être retardée si toutes les sections de ce formulaire ne sont pas remplies. Je comprends aussi qu'il est illégal de fournir de l'information erronée.

J'atteste que l'information donnée est fidèle et exacte. Je comprends qu'il peut être un crime de faire sciemment une fausse déclaration ou de travailler et de toucher un revenu tout en recevant une indemnité pour accident du travail sans en informer la CSIT.

Signature: _____

Date: _____

Témoin: _____

Date: _____

Pour obtenir plus d'information sur notre législation et nos politiques, allez à
www.wcb.nt.ca • www.wcbnunavut.ca

Si vous désirez plus d'information ou de l'aide pour remplir ce formulaire, veuillez communiquer avec l'un de nos bureaux indiqués ci-dessous.

Siège social : CP 8888 • Yellowknife, NT X1A 2R3 • Téléphone : (867) 920-3888 • Sans frais : 1-800-661-0792 • Télécopieur : (867) 873-4596 • Télécopie sans frais : 1-866-277-3677

or

CP 669 • Iqaluit, NU X0A 0H0 • Téléphone : (867) 979-8500 • Sans frais : 1-877-404-4407 • Télécopieur : (867) 979-8531 • Télécopie sans frais : 1-866-979-8501

Page Web • www.wcb.nt.ca or www.wcbnunavut.ca