

THIS REPORT MUST BE SUBMITTED WITHIN THREE (3) DAYS AFTER THE ACCIDENT.
CE RAPPORT DOIT ÊTRE ENVOYÉ À TRAVAIL SÉCURITAIRE NB DANS UN DÉLAI DE TROIS (3) JOURS APRÈS UN ACCIDENT.

Please FAX this form TOLL-FREE IMMEDIATELY to:
Veuillez TÉLÉCOPIER ce formulaire IMMÉDIATEMENT, SANS FRAIS au :

1 888 629-4722

Last Name / Nom de famille _____ Given Name / Prénom(s) _____ Sex / Sexe M F

Street Address or PO Box / Numéro et rue ou case postale _____ Apt # / N° d'app. _____ City/Town / Ville / Village _____

Postal Code / Code postal _____ Telephone No. / N° de téléphone _____ Date of Birth / Date de naissance _____ Y / A _____ M / M _____ D / J _____

Social Insurance No. / N° d'assurance sociale _____ Medicare No. / N° d'assurance-maladie _____ Occupation / Profession _____

Company Name / Nom de l'entreprise _____ Contact Person / Personne-ressource _____

Street Address or PO Box / Numéro et rue ou case postale _____ City/Town / Ville / Village _____

Postal Code / Code postal _____ Telephone No. / N° de téléphone _____ Fax No. / N° de télécopieur _____

Employer No. / N° de l'employeur _____ Operation No. / N° d'activité _____

PART I

PARTIE I

1. Date of accident / Date de l'accident _____, 20____ Time / Heure _____ am pm OR Exposure dates for occupational disease or injury over time / Dates d'exposition provoquant la maladie professionnelle ou la blessure From / Du _____, 20____ To / Au _____, 20____

2. Date reported to employer / Date que l'accident a été signalé à l'employeur _____, 20____ Time / Heure _____ am pm

3. To whom reported / Nom de la personne à qui l'accident a été signalé _____ Position / Poste occupé _____

4. Part(s) of body injured (specify left/right) / Partie(s) atteinte(s) du corps (précisez le côté : gauche ou droit) _____

5. Address or location of accident (if different than above) / Adresse ou lieu de l'accident (si le lieu diffère de celui mentionné ci-dessus) _____

6. Describe the accident in as much detail as possible. Use separate sheet if necessary. / Décrivez en détail l'accident. Utilisez une autre feuille au besoin.

7. Name(s) of witness(es) (if any) / Nom(s) du (des) témoin(s) (s'il en est) _____

8. Name of first doctor seen / Nom du premier médecin consulté _____ Facility / Établissement de soins _____

Date _____, 20____

9. Has the worker missed any time from work beyond the day of accident due to this injury? / Le travailleur s'est-il absenté du travail après le jour de l'accident en raison de cette blessure? Yes / Oui No / Non

If "Yes", complete parts II and III. If "No", complete part III only.
Si vous avez répondu « oui », remplissez les parties II et III. Si vous avez répondu « non », remplissez la partie III seulement.

PART II
To be completed by employer

PARTIE II
À remplir par l'employeur

Claim Number / N° de réclamation

10. Date last worked _____ Time am pm Number of hours paid for that day _____
Date de l'arrêt de travail _____, 20 _____ Heure _____ Nombre d'heures payées pour cette journée _____
11. Has the worker returned to work? Yes / Oui No / Non If yes, when? _____, 20 _____
Le travailleur a-t-il repris le travail? Si vous avez répondu « oui », quand? _____
If only temporarily, give dates From To
Si c'était temporaire, indiquez les dates. Du _____, 20 _____ Au _____, 20 _____
12. Date of hire _____
Date d'entrée en service _____
13. Is the worker a subcontractor? Yes / Oui No / Non An owner/operator? Yes / Oui No / Non A piece worker? Yes / Oui No / Non
Le travailleur est-il un sous-traitant? Un propriétaire / opérateur? Payé à la pièce?
14. Worker's type of employment Permanent full-time Permanent part-time Seasonal Casual
Type d'emploi du travailleur Permanent à temps plein Permanent à temps partiel Saisonnier Occasionnel
If seasonal or casual, date commenced _____ Expected date of termination _____
Si le poste est saisonnier ou occasionnel, date du début de l'emploi _____, 20 _____ Date prévue de la cessation _____, 20 _____
15. Gross earnings for the **12 months** immediately prior to work stoppage \$ _____
Gains bruts des **12 mois** précédant immédiatement l'arrêt de travail
OR / OU
If employed less than 12 months, gross earnings for period prior to work stoppage \$ _____
Si le travailleur est employé moins de 12 mois, gains bruts pour la période précédant l'arrêt de travail From To
Du _____ Au _____
16. a) Gross weekly earnings (including overtime). If varies, provide average of last 4 weeks \$ _____ Hourly rate \$ _____
Gains hebdomadaires bruts (y compris les heures supplémentaires). S'ils varient, indiquez la moyenne des 4 dernières semaines. Taux horaire
b) Average number of hours per day _____ Average number of days per week _____
Moyenne du nombre d'heures par jour Moyenne du nombre de jours par semaine
17. Does the Worker have Married Exemption on their TD1? Yes / Oui No / Non
Le travailleur a-t-il l'exemption de marié sur son formulaire TD1?
18. Will the employer be issuing any payment to the worker (e.g. vac, stat, sick)? No Yes (Specify) _____
L'employeur émettra-t-il des paiements au travailleur (par exemple, vacances, jours fériés, congés de maladie)? Non Oui (Précisez)

PART III

PARTIE III

WORKER / TRAVAILLEUR

I declare that I have read the DECLARATION AND RELEASE outlined on the reverse side of this form and that all the information provided by me is true and correct to the best of my knowledge.
Je déclare que j'ai lu la DÉCLARATION ET RENONCIATION qui figure au verso de ce formulaire et que tous les renseignements que j'ai fournis sont, à ma connaissance, véridiques et exacts.

Preferred language English French
Langue préférée Anglais Français

Signature of Worker/Dependant _____ Date _____, 20 _____
Signature du travailleur ou d'une personne à sa charge

EMPLOYER / EMPLOYEUR

I declare that all the information provided by me is true and correct to the best of my knowledge.
Je déclare que tous les renseignements que j'ai fournis sont, à ma connaissance, véridiques et exacts.

Preferred language English French
Langue préférée Anglais Français

I have objections to this claim being allowed and I have outlined my objections on a separate enclosure. Yes / Oui No / Non
Je m'oppose à cette réclamation et j'ai résumé mes objections sur une pièce jointe.

Signature of Employer/Representative _____ Date _____, 20 _____
Signature de l'employeur ou de son représentant

Please FAX this form TOLL-FREE to: 1 888 629-4722

Or mail to: WORKSAFE NB
PO Box 160
Saint John, NB E2L 3X9

Veillez TÉLÉCOPIER ce formulaire SANS FRAIS au 1 888 629-4722.

Ou l'envoyer à l'adresse suivante : TRAVAIL SÉCURITAIRE NB
Case postale 160
Saint John, NB E2L 3X9

If you have any questions or require assistance in completing this form, please telephone toll-free:
Si vous avez des questions ou avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire, veuillez composer sans frais le :

1 800 222-9775

OBJECTIONS TO THE CLAIM OBJECTIONS À LA RÉCLAMATION

This form must be signed by both Employer and Worker. If an employer wishes to object to an accident, *Form 67* must still be completed, signed and returned to WorkSafeNB. Objections may be filed at the same time as the form, but on a separate enclosure. If a worker is not in agreement with the information provided by the employer, an objection may be filed on a separate enclosure. Note: A separate *Form 67* may also be used by the worker or employer to convey any disagreement with the accident report.

L'employeur et le travailleur doivent signer ce formulaire. Si un employeur désire s'opposer à un accident, le *Formulaire 67* doit quand même être rempli, signé et retourné à Travail sécuritaire NB. Les objections peuvent être envoyées avec le formulaire, mais sur une pièce jointe. Si un travailleur n'est pas d'accord avec les renseignements fournis par l'employeur, il peut envoyer une objection sur une pièce jointe. Remarque : Le travailleur ou l'employeur peut également utiliser un autre *Formulaire 67* pour communiquer tout désaccord au sujet du rapport sur l'accident.

DECLARATION AND RELEASE DÉCLARATION ET RENONCIATION

I certify that the information given on this form is true and correct. I understand that I must notify WorkSafeNB immediately of any work-related income received while on compensation, regardless of the source, and of a return to work or any other change in circumstances that may affect this claim.

Je certifie que les renseignements fournis dans ce formulaire sont véridiques et exacts. Je comprends que je dois aviser immédiatement Travail sécuritaire NB de tout revenu lié à mon emploi touché pendant la période d'indemnisation, quelle qu'en soit la source, d'une reprise du travail ou de tout autre changement de circonstances susceptibles de modifier cette réclamation.

I consent and authorize WorkSafeNB to gather and use any pertinent medical records of examination or treatment as well as any information related to income for the administration of this claim. Further, I consent and authorize WorkSafeNB to gather, use, release or disclose information from this claim, including medical and financial information, as authorized by law and in accordance with the Personal Information Protection and Electronic Documents Act, the Right to Information and Protection of Privacy Act and the Personal Health Information Privacy and Access Act. I also understand, consent to and agree that any physician or other medical service provider may provide any medical information related to my workers' compensation claim to WorkSafeNB, and may provide any information related to my ability to return to work to WorkSafeNB or my employer.

J'autorise Travail sécuritaire NB à recueillir et à utiliser tous les renseignements médicaux pertinents ainsi que tous les renseignements liés à mon revenu aux fins de l'administration de cette réclamation. J'autorise également Travail sécuritaire NB à recueillir, à utiliser, à communiquer ou à divulguer des renseignements relatifs à cette réclamation, y compris des renseignements médicaux et financiers, comme la loi le permet et conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques*, à la *Loi sur le droit à l'information et la protection de la vie privée* et à la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé*. Je comprends également que tout médecin ou autre fournisseur de services médicaux peut transmettre des renseignements médicaux concernant ma réclamation d'indemnisation à Travail sécuritaire NB ainsi que des renseignements concernant ma capacité de reprendre le travail à Travail sécuritaire NB ou à mon employeur et j'y consens.

DUTY TO ACCOMMODATE OBLIGATION DE PROCÉDER À UNE ADAPTATION RAISONNABLE

WorkSafeNB wishes to make you aware that employers have a legal obligation to make every reasonable effort, short of undue hardship, to accommodate an employee with a temporary or permanent disability resulting from a work-related accident. These obligations are both statutory and constitutional and must be complied with.

Travail sécuritaire NB désire vous rappeler que les employeurs sont légalement tenus de faire tous les efforts raisonnables pour procéder à une adaptation raisonnable d'un employé atteint d'une invalidité temporaire ou permanente par suite d'un accident du travail, sauf si cela n'entraînerait des difficultés indues. Ces obligations réglementaires et constitutionnelles doivent être respectées.

Injured workers and unions also have a responsibility to co-operate as well. Duty to accommodate encompasses not only the duties of the pre-accident job but also to possible modifications of the job to suit the particular needs of the injured worker.

Les travailleurs blessés et les syndicats ont également la responsabilité de collaborer et de participer au processus. L'obligation de procéder à une adaptation raisonnable s'applique non seulement aux fonctions du poste que l'employé occupait avant son accident, mais également aux modifications possibles du poste afin de répondre aux besoins particuliers du travailleur blessé.

For further information, please contact WorkSafeNB.

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec Travail sécuritaire NB.

**If the form has been faxed, it is not necessary to mail the original.
Si le formulaire a été télécopié, il n'est pas nécessaire d'envoyer l'original.**