WSCC Workers' Safety & Compensation Commission | Commission de la sécurité et de l'indemnisation au travail

Rapport du travailleur sur la prolongation de son invalidité

POUR FAIRE ÉVALUER VOTRE DEMANDE DE PROLONGATION DE VERSEMENT DE PRESTATIONS EN VERTU DE CETTE RÉCLAMATION, VEUILLEZ RETOURNER CE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI.

Renseignements sur la demande

Numéro de dossier à la CSIT :	Date originale de la blessure :
Type de blessure :	

Renseignements sur le travailleur

Prénom :	Nom de famille :
Adresse postale (inclure le code postal) :	
Adresse résidentielle :	
Téléphone (inclure l'indicatif régional) :	

Renseignements sur l'employeur

Nom d'entreprise :
Adresse postale (inclure le code postal) :
Téléphone (inclure l'indicatif régional) :

Indiquez votre adresse, votre code postal et votre numéro de téléphone, s'ils ne correspondent pas à ce qui est indiqué ci-dessus :	Indiquez le nom de votre employeur actuel, son adresse, son code postal et son numéro de téléphone, s'ils ne correspondent pas à ce qui est indiqué ci-dessus :

Décrivez votre état depuis la dernière fois où votre dossier était actif.

Dates et nature des traitements médicaux reçus depuis la blessure originale.	Nom, adresse et numéro de téléphone du médecin traitant.

SI VOUS AVEZ ACHETÉ DES MÉDICAMENTS D'ORDONNANCE POUR LA BLESSURE ORIGINALE, VEUILLEZ FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS :	
Nom, adresse et numéro de téléphone du médecin	**Nom du médicament prescrit et date d'achat**
Nom :	Nom : Date : AA MM JJ
Adresse :	Nom : Date : AA MM JJ
Code postal :	Nom : Date : AA MM JJ
Téléphone (inclure l'indicatif régional) :	Nom : Date : AA MM JJ

Si vos collègues ou superviseurs ont connaissance de la prolongation de vos problèmes, indiquez leurs noms et adresses.		
Nom :	Nom :	Nom :
Adresse :	Adresse :	Adresse :
Code postal :	Code postal :	Code postal :

Si un nouvel incident a aggravé votre invalidité, veuillez donner des précisions.

Pourquoi estimez-vous que votre état actuel a été causé par cet incident?

Indiquez tout autre fait qui pourrait appuyer la prolongation du versement des prestations.

Si vous avez arrêté de travailler, veuillez indiquer les dates.

CONSENTEMENT DU TRAVAILLEUR

Divulgation de renseignements – Je comprends que la CSIT utilisera les renseignements ci-dessus à mon sujet aux seules fins de faire enquête au sujet de cette réclamation. Je comprends également que, pour traiter ma demande, la CSIT devra réunir plus de renseignements sur mon incident au travail, ainsi que mes antécédents médicaux et professionnels. Ce n'est qu'à ces fins particulières que la CSIT peut divulguer certains de mes renseignements personnels à des employeurs, à des membres de la profession médicale et à d'autres tierces parties pertinentes.

J'autorise la CSIT à fournir de tels renseignements à toutes les sources nécessaires et à les obtenir auprès de ces sources, ce qui comprend les dossiers d'hospitalisation, les dossiers médicaux et les relevés d'emploi.

Exactitude des renseignements – Je comprends que fournir des renseignements incomplets peut retarder le traitement de ma réclamation et que fournir de faux renseignements est illégal.

Je déclare que l'information ci-dessus est véridique et exacte. Je comprends que faire une fausse déclaration ou travailler et gagner un salaire tout en recevant des prestations sans en informer la CSIT peut constituer une infraction criminelle.

Nom : _____ Date : _____

Témoin : _____ Date : _____

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

ou

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

www.wscc.nt.ca • www.wscc.nu.ca

CS017 0311

This form is available in English.
ᑕᑦᓇ ᑎᑎᖅᑐᒪᖅ ᐊᑐᐊᓘᓐᓂᒃᑯᑦ ᐃᓄᖅᑎᑐᑦ.
Taanna tatatirialik atuinnuinnauvuq Inuktitut.