

Rapport de blessure du travailleur

Si vous avez besoin d'aide pour compléter ce formulaire, ou pour plus de renseignements, veuillez communiquer avec nos services de télé-réclamations au numéro sans frais 1 800 661-0792 pour les Territoires du Nord-Ouest ou au numéro sans frais 1 877 404-4407 pour le Nunavut

SI UNE QUESTION NE S'APPLIQUE PAS À VOTRE CAS, INSCRIVEZ LA MENTION « S.O. ».

A – Renseignements sur le travailleur				
Prénom		Nom		Aussi appelé(e)
Adresse postale		Communauté	Territoire/Province	Code postal [][][][][][]
Adresse de domicile (si différente de l'adresse postale)			Date de naissance [M][M][J][J][A][A]	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Téléphone (inclure l'indicatif régional) [][][][][][][][][]	Cellulaire (inclure l'indicatif régional) [][][][][][][][][]	Courriel		
Numéro d'assurance sociale [][][][][][][][][]	Langue préférée <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Inuktitut <input type="checkbox"/> Autre _____			
Appellation d'emploi (aucune d'abréviation)				
B – Renseignements sur l'employeur				
Nom de l'employeur		Adresse		
Nom du superviseur		Téléphone (inclure l'indicatif régional) [][][][][][][][][]		
Travaillez-vous pour cet employeur dans une province ou un territoire autre que les Territoires du Nord-Ouest ou le Nunavut? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Si oui, où?				

Le CSTIT peut utiliser ces renseignements pour l'application de la législation en vertu de notre autorité, y compris les lois sur l'indemnisation des travailleurs, les lois sur la sécurité, et/ou les lois sur la santé et la sécurité dans les mines, et leurs règlements connexes, et pour communiquer avec vous conformément aux exigences des lois pertinentes.

La CSTIT ne peut utiliser mes renseignements personnels fournis dans ces présentes que dans le seul but de faire une enquête sur ma demande d'indemnisation. La CSTIT peut recueillir des renseignements additionnels sur mon incident de travail et sur mes antécédents médicaux et de travail pour l'administration de ma demande d'indemnisation. À cette fin seulement, la CSTIT peut divulguer certains renseignements personnels à mon employeur, au personnel médical et à d'autres tiers concernés.

Après lecture des exigences mentionnées ci-dessus, je comprends et j'autorise la CSTIT à recueillir et à communiquer de tels renseignements de toutes les sources nécessaires.

Initiales _____ Partie du corps atteinte _____ Date de la blessure : [M][M][J][J][A][A]

Je comprends et reconnais que si je fournis des renseignements incomplets, ma demande risque d'être retardée.

Le fait de travailler et de toucher un revenu tout en recevant des indemnités pour un incident de travail, sans l'approbation de la CSTIT, peut constituer une infraction criminelle.

Signature : _____

Date : [M][M][J][J][A][A]

Témoin : _____

Date : [M][M][J][J][A][A]

Lorsque vous donnez une adresse courriel, il est de votre responsabilité de vous assurer que des mesures raisonnables sont en place pour protéger la confidentialité et la sécurité de vos renseignements personnels contenus dans votre compte de courrier électronique.

VEUILLEZ PASSER À LA PAGE 2. →

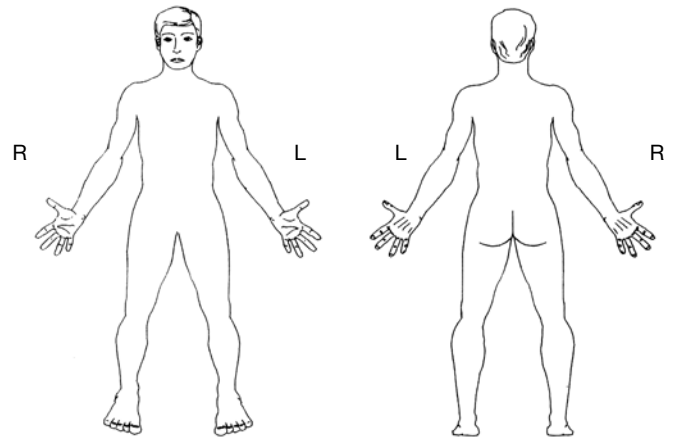
Nom et prénom du travailleur :

C – Détails de l'incident

1. Date de l'incident MM JJ AA Heure : _____	2. Lieu de l'incident Communauté : _____ Territoire/Province : _____
3. Avez-vous eu un retard de plus d'un jour pour signaler l'incident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, pourquoi? (Veuillez expliquer)	
4. L'incident est-il survenu dans les locaux de l'employeur? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, où l'incident est-il survenu?	
5. Nom et fonction de la personne à qui vous avez rapporté l'accident : Nom : _____ Fonction : _____ Téléphone : _____	
6. Avez-vous arrêté de travailler en raison de votre blessure? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, quand? MM JJ AA Heure : _____	

IMPORTANT

7. Veuillez fournir une description aussi détaillée que possible de l'incident. Précisez : ce que vous étiez en train de faire; l'endroit où l'incident est survenu; l'équipement que vous utilisiez et si l'incident impliquait des gaz, des produits chimiques ou des températures extrêmes (joindre une feuille si nécessaire.)



Quelle partie du corps a subi une blessure? (côté gauche/droit, main, œil, dos, etc.). Veuillez aussi indiquer les parties du corps sur le schéma.

Quel genre de blessure? (entorse, ecchymoses, fracture, etc.)

8. IMPORTANT - Veuillez indiquer les témoins

Nom	Adresse	Numéro de téléphone ____
Name	Adresse	Numéro de téléphone ____

9. Avez-vous obtenu des soins médicaux? Oui Non
Quand? MM JJ AA

10. Où avez-vous reçu des soins médicaux?
Quand? MM JJ AA
Heure : _____

11. Si vous avez reçu des premiers soins ou des soins médicaux, veuillez fournir les noms et coordonnées.

Premiers soins :	Nom	Téléphone ____	Courriel
Soins médicaux :	Nom de l'établissement		

VEUILLEZ PASSER À LA PAGE 3. →

Nom et prénom du travailleur :

D – Blessures antérieures

12. Avez-vous déjà subi une blessure ou ressenti des douleurs persistantes dans cette même partie du corps ? Oui Non
Si oui, veuillez préciser. Si possible, indiquez les dates.

13. Avez-vous déjà fait des demandes auprès de la CSTIT, ou auprès d'une autre commission d'indemnisation des travailleurs? Oui Non
Si oui, précisez les dates et la nature de la blessure.

E – Retour au travail

14. Votre employeur, vous-a-t-il offert des tâches modifiées ou alternatives? Oui Non
Si oui, quelles sont ces tâches modifiées?

Quand?

M	M	J	J	A	A
---	---	---	---	---	---

15. Êtes-vous retourné(e) au travail? Oui Non Si oui Tâches légères Tâches normales
Si non, quand prévoyez-vous retourner au travail (p. ex. dans un mois, dans 2 jours, etc.) _____

Quand?

M	M	J	J	A	A
---	---	---	---	---	---

F – Emploi

16. Catégorie d'emploi du travailleur

Permanent

- Période déterminée (plus d'un an) Personnel de relève
 Permanent à temps plein ou à temps partiel Autre
 Apprenti

Non-permanent

- Période déterminée (moins d'un an) Apprenti
Date de fin de la période :

M	M	J	J	A	A
---	---	---	---	---	---

 Saisonnier -
 Poste d'été pour étudiant Date de début :

M	M	J	J	A	A
---	---	---	---	---	---

 Travailleur occasionnel Date de fin :

M	M	J	J	A	A
---	---	---	---	---	---

G – Renseignements sur l'horaire de travail

17. Nombre de jours de travail _____
Nombre de jours de congé _____

18. Nombre d'heures normales par jour.

19. Nombre d'heures normales par rotation.

H – Renseignements sur le salaire (Veuillez répondre à toutes les questions)

20. Quel est votre taux horaire? _____ /h Quels sont vos revenus bruts annuels? _____

21. Faites-vous régulièrement des heures supplémentaires? Oui Non
Si oui, combien faites-vous d'heures supplémentaires par jour? _____

Donnez une estimation du nombre d'heures supplémentaires régulières _____ / jour semaine mois

22. Recevez-vous d'autres prestations? Veuillez cocher toutes les cases appropriées.

- paie de vacances indemnité d'habillement indemnité de vie dans le Nord
 Autre : (veuillez préciser) _____

23. Avez-vous un deuxième emploi ? Oui Non Si oui, vous êtes-vous absenté(e) de cet emploi en raison de votre blessure? Oui Non
(Si vous avez plus d'un employeur, veuillez donner la liste de tous les employeurs et leurs coordonnées.)

Nom du deuxième employeur : _____ Nom de la personne-ressource : _____

Numéro de téléphone :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Renseignements sur le salaire (aux fins fiscales)

24. Situation de famille
 Célibataire Marié(e) Union de fait Veuf (veuve) Divorcé(e)

25. Nombre de personnes à charge

26. Si vous êtes marié(e) ou en union de fait, votre conjoint(e) habite-t-il/elle dans le/la même territoire/province que vous? Oui Non

CONSENTEMENT DU TRAVAILLEUR

Je demande une indemnisation en raison d'une lésion ou d'une maladie professionnelle et j'atteste que les renseignements fournis pour soutenir ma demande sont, à ma connaissance, véridiques et exactes. Je reconnais que faire une demande frauduleuse pourrait constituer une infraction criminelle.

Initiales _____

VEUILLEZ PASSER À LA PAGE 4. →

