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

Rapport d'incident de l'exploitant

RÉPONDEZ À TOUTES LES QUESTIONS, SIGNEZ LE FORMULAIRE ET ENVOYEZ-LE À LA CSTIT À L'ADRESSE FIGURANT AU VERSO. ÉCRIVEZ LISIBLEMENT.

Numéro de dossier à la CSTIT :

Nom de famille de l'exploitant :	Prénom :	Situation de famille :
Adresse (inclure le code postal) :		Personnes à charge :
Téléphone (inclure l'indicatif régional) :		Sexe : ☐ M ☐ F ☐ X
Numéro d'assurance sociale :	Numéro de permis de chasse général :	
Date de naissance : AAAA MM JJ	Langue de correspondance :	

1. a) Date de l'incident : AAAA MM JJ Heure : _____

b) Avez-vous dû cesser vos activités d'exploitation après l'incident? Si c'est le cas, quand? AAAA MM JJ Heure : _____

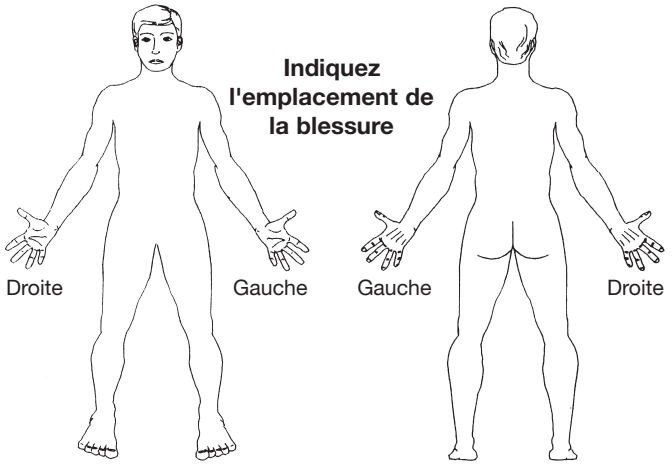
c) Quand avez-vous consulté un médecin ou une infirmière? AAAA MM JJ Heure : _____

d) Si vous n'avez obtenu de traitement médical immédiatement, veuillez en fournir le motif.

_____

e) Où l'incident a-t-il eu lieu?

2. De quelle manière l'incident s'est-il produit et quelle blessure avez-vous subie? Soyez précis (p. ex., avez-vous soulevé quelque chose ou, si vous êtes tombé, de quelle hauteur était-ce? Indiquez s'il s'agissait du côté droit ou gauche, le cas échéant). Joignez des feuilles supplémentaires au besoin.



_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

3. **IMPORTANT – INDIQUEZ TOUT TÉMOIN DE L'INCIDENT**

Nom et adresse (inclure le code postal)	Nom et adresse (inclure le code postal)
_____	_____
_____	_____

REMPLISSEZ LES DEUX CÔTÉS DE CE FORMULAIRE ET ENVOYEZ-LE IMMÉDIATEMENT À LA CSTIT

COMMISSION DE LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL ET DE L'INDEMNISATION DES TERRITOIRES DU NORD-OUEST ET DU NUNAVUT

Nom de l'exploitant : _____

4. a) Nom du médecin ou de l'infirmière :

b) À quel hôpital ou poste de soins infirmiers êtes-vous allé, s'il y a lieu? Quand? | AAAA | MM | JJ |

c) Si vous avez subi une blessure dentaire, indiquez le nom de votre dentiste :

5. a) Avez-vous déjà eu une invalidité semblable auparavant? ☐ Oui ☐ Non Si oui, expliquez :

b) Avez-vous déjà présenté des réclamations à la CSTIT? ☐ Oui ☐ Non Si oui, indiquez les dates et la nature de la blessure :

6. a) Avez-vous repris vos activités d'exploitation? ☐ Oui ☐ Non Si oui, indiquez la date de reprise :

b) Si non, quand estimez-vous reprendre vos activités d'exploitation? Indiquez la date : | AAAA | MM | JJ |

c) Si vous avez exploité des ressources depuis votre blessure, indiquez-en les dates. Du : | AAAA | MM | JJ | Au : | AAAA | MM | JJ |

7. Au cours des 12 mois avant l'incident, quels autres gains d'emploi ou revenus avez-vous gagnés?

Nom de l'entreprise :	Du :	AAAA	MM	JJ	Au :	AAAA	MM	JJ	Total des gains :
Nom de l'entreprise :	Du :	AAAA	MM	JJ	Au :	AAAA	MM	JJ	Total des gains :
Nom de l'entreprise :	Du :	AAAA	MM	JJ	Au :	AAAA	MM	JJ	Total des gains :

8. Montant du revenu attribuable à l'exploitation de ressources renouvelables (c.-à-d., vente de gibier, de poisson, de fourrures, etc.)

Du :	AAAA	MM	JJ	Au :	AAAA	MM	JJ	Total des gains :

9. Autres renseignements ou commentaires :

_____

_____

_____

CONSENTEMENT DU TRAVAILLEUR

Par la présente, je réclame une indemnisation pour blessure ou maladie reliée au travail.

Divulgation de renseignements – Je comprends que la CSTIT utilise 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 CSTIT 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 CSTIT 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 CSTIT 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 exercer des activités d'exploitation me permettant de gagner un revenu tout en recevant des prestations sans en informer la CSTIT peut constituer une infraction criminelle.

Signé à _____ Date _____ Signature _____

Tout renseignement personnel tel que défini par la *Loi sur l'accès à l'information et la protection des renseignements personnels* (LAIPRP) exigé dans la présente l'est aux fins d'administration des *Lois sur l'indemnisation des travailleurs* et est autorisé en vertu de celles-ci.

Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter notre *énoncé sur la protection des renseignements personnels à l'intention des travailleurs* à wscc.nt.ca/fr ou à wscc.nu.ca/fr, ou communiquer avec notre coordonnateur de la LAIPRP au 1-800-661-0792 ou au 1-867-920-3888.

Si vous aimeriez avoir de l'aide pour remplir ce formulaire ou avoir plus d'information, communiquez avec l'un des bureaux énumérés ci-dessous.

Yellowknife : Case postale 8888 • Yellowknife (T.N-O.) X1A 2R3 • Téléphone : 867-920-3888 • Tél. sans frais : 1-800-661-0792
Téléc. : 867-873-4596 • Téléc. sans frais : 1-866-277-3677 • Courriel : reportsnwt@wscc.nt.ca
ou
Iqaluit : 630, chemin Queen Elizabeth, 2A, Iqaluit (Nunavut) X0A 3H0 • Téléphone : 867-979-8500 • Tél. sans frais : 1-877-404-4407
Téléc. : 867-979-8501 • Téléc. sans frais : 1-866-979-8501 • Courriel : reportsnu@wscc.nu.ca