

## **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 : AAAA	MM	JJ
Adresse :	Nom :	Date : AAAA	MM	JJ
Code postal :	Nom :	Date : AAAA	MM	JJ
Téléphone (inclure l'indicatif régional) :	Nom :	Date : AAAA	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 vérifique 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 : \_\_\_\_\_

**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

**wscc.nt.ca • wscc.nu.ca**

This form is available in English.  
Č’oq. ᐃገნ්ච්ලේ ගොඳාපුරුව දෝජ්ච්  
Taanna tatatirialik atuinuuinnauvuq Inuktut.