

Rapport de blessure du travailleur

Si vous avez subi une blessure au travail :

1. Informez votre employeur de l'incident.
2. Informez votre employeur que vous signalez l'incident à la WSCC.
3. Remplissez ce formulaire et envoyez-le à la WSCC.

Remarque : Vous ne devez pas transmettre ce formulaire à votre employeur. Vous pouvez le soumettre directement à la WSCC.

Si une question ne s'applique pas à votre cas, inscrivez la mention « S.O. ».

Si vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire, ou pour obtenir plus de renseignements, veuillez communiquer avec l'équipe de Traitement des demandes d'indemnisation 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

A – Renseignements sur le travailleur										
Prénom			Nom			Aussi appelé(e)				
Adresse postale				Communauté		Territoire/Province		Code postal		
Adresse du domicile (si différente de l'adresse postale)					Date de naissance	MM	JJ	AAAA	Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> X	
Téléphone (inclure l'indicatif régional)		Cellulaire (inclure l'indicatif régional)		Courriel						
Numéro d'assurance sociale	Méthode de communication préférée <input type="checkbox"/> Téléphone <input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> Courriel			Quelle méthode préférez-vous pour recevoir les décisions officielles concernant votre demande? <input type="checkbox"/> Par courriel <input type="checkbox"/> Par la poste						
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 votre employeur										
Nom de l'employeur					Adresse					
Nom du superviseur					Téléphone (inclure l'indicatif régional)					
Dans quel territoire travaillez-vous pour cet employeur? <input type="checkbox"/> Territoires du Nord-Ouest <input type="checkbox"/> Nunavut <input type="checkbox"/> Les deux										
Travaillez-vous pour cet employeur dans une autre province ou un autre territoire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non										
Si oui, où? _____										
<p>La WSCC 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 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.</p> <p>La WSCC ne peut utiliser mes renseignements personnels fournis dans ces présentes que dans le but de faire une enquête sur ma demande d'indemnisation. La WSCC 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 WSCC peut divulguer certains renseignements personnels à mon employeur, au personnel médical et à d'autres tiers concernés. Pour en savoir davantage, veuillez lire notre énoncé sur la protection des renseignements personnels à l'intention des travailleurs à wsc.nt.ca/fr ou à wsc.nu.ca/fr.</p> <p>Après lecture des exigences mentionnées ci-dessus, je comprends celles-ci et j'autorise la WSCC à recueillir et à communiquer de tels renseignements auprès de toutes les sources nécessaires.</p>										
Initiales		Partie du corps atteinte			Date de la blessure		MM	JJ	AAAA	
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 WSCC, peut constituer une infraction criminelle.										
Signature _____						Date		MM	JJ	AAAA
Témoin _____						Date		MM	JJ	AAAA

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. À combien d'incidents attribuez-vous l'origine de votre blessure ou exposition (ou de vos blessures ou expositions)?

À un incident en particulier À plus d'un incident S'il y a eu plus d'un incident, veuillez expliquer : _____

2. Date de l'incident (le cas échéant) MM JJ AAAA Heure _____

3. Lieu de l'incident :
Communauté _____ Territoire/Province _____

4. Avez-vous eu un retard de plus d'un jour pour signaler l'incident? Oui Non Si oui, pourquoi? (Veuillez expliquer.)

5. L'incident est-il survenu dans les locaux de l'employeur? Oui Non Si non, où l'incident est-il survenu?

6. Nom et fonction de la personne à qui vous avez rapporté l'accident :

Nom _____ Fonction _____ Téléphone (inclure l'indicatif régional) _____

7. Avez-vous arrêté de travailler en raison de votre blessure? Oui Non Si oui, quand? MM JJ AAAA Heure _____

8. Choisissez la réponse correspondant le plus à la blessure signalée :

Blessure physique (lésion corporelle) Microtraumatismes répétés (lésion attribuable au travail répétitif) Blessure (ou préjudice) psychologique
 Maladie Exposition

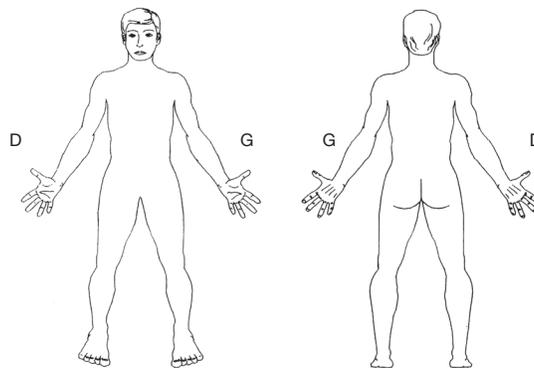
9. Comment s'est produite votre blessure ou exposition? Veuillez fournir une description aussi détaillée que possible de l'incident à l'origine de votre blessure. (Veuillez utiliser l'espace sur la dernière page si nécessaire.)

10. Où la blessure s'est-elle produite exactement en milieu de travail?

11. Quelle est la partie blessée de votre corps? (côté gauche ou droit, main, œil, dos, etc.) Veuillez également indiquer cette partie du corps dans le diagramme.

12. Décrivez tout élément d'équipement, des substances (gaz, produits chimiques, etc.), les températures extrêmes, etc., et mentionnez les autres personnes impliquées dans l'incident.

13. Est-ce qu'une personne ou un facteur extérieur à votre emploi a causé la blessure ou l'incident, ou y a contribué?



IMPORTANT - Veuillez indiquer les témoins.

Nom Adresse Téléphone (inclure l'indicatif régional)

Nom Adresse Téléphone (inclure l'indicatif régional)

15. Avez-vous obtenu des soins médicaux? Oui Non

16. Où avez-vous reçu des soins médicaux? Quand? MM JJ AAAA Heure _____

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

Premiers soins : Nom Téléphone (inclure l'indicatif régional) Courriel

Soins médicaux : Nom de l'établissement

VEUILLEZ PASSER À LA PAGE 3. →

Nom et prénom du travailleur :

D – Blessures antérieures

18. 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.

19. Avez-vous déjà fait des demandes auprès de la WSCC, 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

Un retour au travail sécuritaire et rapide favorise le rétablissement et la réadaptation.

20. Avez-vous discuté des options de retour au travail avec votre employeur? Oui Non

21. Votre employeur vous a-t-il offert des tâches modifiées ou différentes? Oui Non Quand?
MM JJ AAAA
Si oui, quelles sont ces tâches modifiées?

22. Êtes-vous retourné(e) au travail? Oui Non Si oui : Tâches légères Tâches normales Quand?
MM JJ AAAA
Si non, quand prévoyez-vous retourner au travail (p. ex. dans un mois, dans 2 jours, etc.)

23. Avez-vous dû vous absenter du travail en raison de cette blessure? (Remarque : Cela ne comprend pas les heures perdues à la date à laquelle la blessure est survenue.) Oui Non

Si la réponse est oui, veuillez passer à la section suivante, **F – Emploi**.

Si la réponse est non, veuillez passer à la dernière page et remplir la section **Attestation du travailleur** avant d'envoyer votre formulaire.

F – Emploi

24. Quel type d'emploi occupez-vous? A. Permanent B. Non permanent
Indiquez le type d'emploi « A » ou « B » (selon le cas) :

A. Permanent

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

B. Non permanent

Durée déterminée ou contrat (moins d'un an) – Date de début Date de fin
MM JJ AAAA MM JJ AAAA

Poste d'été pour étudiant(e) Poste occasionnel Apprenti(e)

Emploi saisonnier – Date de début Date de fin
MM JJ AAAA MM JJ AAAA

25. Travaillez-vous selon un système de rotation (quarts de travail)? Oui Non
Si ce n'est pas le cas, veuillez préciser.

VEUILLEZ PASSER À LA PAGE 4. 

Nom et prénom du travailleur :

G – Renseignements sur l'horaire de travail

Avant votre blessure ou incident, quel était votre horaire de travail?

26. Nombre de jours de travail _____ 27. Nombre d'heures normales par jour _____ 28. Nombre d'heures normales par rotation _____

Nombre de jours de congé _____

29. Nombre de jours dans une rotation entière. Veuillez indiquer les heures prévues sous chaque jour de travail (8 h à 17 h; 7 h à 15 h, etc.).

	Dim.	Lundi	Mardi	Mercr.	Jeudi	Vendr.	Sam.
Semaine 1							
Semaine 2							
Semaine 3							
Semaine 4							

30. Date du début de la rotation MM JJ AAAA 31. Date de fin de la rotation MM JJ AAAA

32. Les jours de déplacement sont-ils inclus dans la période de quarts de travail et de congés en rotation? Oui Non
33. Recevez-vous une indemnité de déplacement? Oui Non
Si oui, à combien s'élevait-elle? _____ \$ par jour, ou _____ \$ par heure.

H – Renseignements sur le salaire (Veuillez répondre à toutes les questions et joindre trois talons de chèque de paie récents.)

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

35. 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

36. Recevez-vous d'autres gains ou prestations? Veuillez cocher toutes les cases appropriées.

Indemnité de congé Indemnité d'habillement Indemnité de vie dans le Nord Autre (veuillez préciser) _____

37. Avez-vous un deuxième emploi? Remarque : Le fait d'occuper un autre poste auprès du même employeur est considéré comme 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 _____

Courriel de la personne-ressource _____

N° de tél. de la personne-ressource (inclure l'indicatif régional) _____

Renseignements sur le salaire (aux fins fiscales)

38. Situation de famille

Célibataire Marié(e) Union de fait Veuf (veuve) Divorcé(e)

39. Nombre de personnes à charge _____

40. 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

VEUILLEZ PASSER À LA PAGE 5. →

