COMMISSION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL
Territoires du Nord-Ouest et Nunavut

Rapport de l'employeur sur la prolongation de l'invalidité d'un travailleur blessé

Employeur
N° de compte à la CAT
Adresse postale - *indiquez le code postal*
Téléphone - *indiquez le code régional*

Le travailleur a fait une demande de prolongation des indemnités qu'il reçoit en raison de la blessure subie alors qu'il était à votre emploi.

Veuillez répondre aux questions suivantes et retourner le formulaire à notre bureau. Nous étudierons le dossier et prendrons ensuite une décision.

Travailleur	
N° du dossier de la CAT	Date de naissance A M J
Blessure	Numéro d'assurance sociale
Adresse	
Téléphone	

Selon vous, l'état de santé du travailleur s'est-il détérioré depuis quelques temps? Précisez.

À votre connaissance, le travailleur s'est-il plaint de son état de santé à d'autres travailleurs. Indiquez leur nom et leur adresse.

Depuis l'accident qui a causé sa blessure, le travailleur s'est-il acquitté de ses tâches normales?

Si une autre blessure survenue au travail ou ailleurs a fait réapparaître les symptômes, précisez.

Signature	Date

Siège social : C. P. 888 YELLOWKNIFE NT X1A 2R3 • Téléphone : (867) 920-3888 • 1-800-661-0792 • Télécopieur : (867) 873-4596;
ou
❑ C. P. 669 • IQALUIT NT X0A 0H0 • Téléphone : (867) 979-8500 • 1-877-404-4407 • Télécopieur : (867) 979-8501
❑ C. P. 368 • RANKIN INLET NT X0C 0G0 • Téléphone : (867) 645-5600 • 1-877-404-8878 • Télécopieur : (867) 645-5601

CS018F 0001

This form is also available in English.
ᑖᓐᓇᐊ ᐊᑐᐃᓐᓂᑦ ᑎᑎᕋᖕᒪᐃᑦ ᐃᓄᖅᑎᑐᖅᑲᓂᑦ.
Taanna tatatirialik atuinnuinnauvuq Inuktitut.