



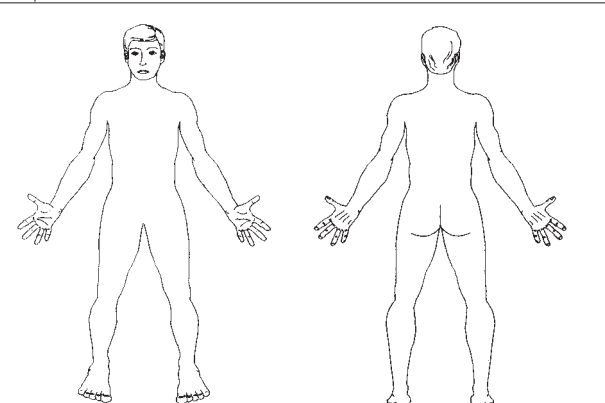
RAPPORT DU TRAVAILLEUR SUR L'ACCIDENT – DEMANDE DE PRESTATIONS

Si vous vous blessez au travail, vous devez remplir ce formulaire. Nous ne pouvons pas traiter votre demande avant de recevoir ce formulaire. Vous devez signaler l'accident sans délai à votre employeur.

Renseignements sur le travailleur					Courriel	
Nom			Prénom			
Adresse postale						
Communauté		Code postal		Téléphone (inclure l'indicatif régional)		
Télécopieur (inclure l'indicatif régional)	Date de naissance	AA	MM	JJ	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
Numéro d'assurance sociale	<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Marié (mariée)	<input type="checkbox"/> Union de fait	Nombre de personnes à charge		
	<input type="checkbox"/> Veuf (veuve)	<input type="checkbox"/> Divorcé (divorcée)				
Titre du poste		Langue préférée	<input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> Français	<input type="checkbox"/> Inuktitut	
		Si non, quelle langue ?				

Renseignements sur l'employeur	
Nom de l'employeur	Adresse
Nom du superviseur	Téléphone (inclure l'indicatif régional)

Détails de l'accident					
1. Date de l'accident			2. Lieu de l'accident		
AA	MM	JJ	Indiquez l'heure	AM / PM	
3. Date de la première invalidité			4. L'accident s'est-il produit sur les lieux du travail ?		
AA	MM	JJ	Indiquez l'heure	AM / PM	
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
				Si non, précisez.	
5. Date du signalement à l'employeur			6. Nom et poste de la personne à qui l'accident a été signalé :		
AA	MM	JJ	Indiquez l'heure	AM / PM	

IMPORTANT !	
7. Décrivez l'accident en détail le mieux possible. (Utilisez une feuille séparée si nécessaire.)	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
	

8. IMPORTANT ! Indiquez les témoins	
Nom et adresse du témoin en précisant son numéro de téléphone.	Nom et adresse du témoin en précisant son numéro de téléphone.

9. Êtes-vous retourné au travail ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	AA	MM	JJ	
Si oui, <input type="checkbox"/> Tâches légères <input type="checkbox"/> Tâches normales	Date du retour			
10. Vous a-t-on proposé des tâches légères ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
11. Nom du secouriste si on vous a administré les premiers soins ? Où ?	Quand ?	AA	MM	JJ
12. Nom et adresse du professionnel de la santé qui vous a traité.				
13. Nom de l'hôpital ou du centre médical où vous avez été traité.	Date	AA	MM	JJ

Blessures antérieures
14. Avez-vous déjà subi une blessure ou une invalidité à cette même partie du corps (p. ex. pied gauche ou main droite) ?
15. Avez-vous déjà, dans le passé, fait une demande auprès de cette commission ou d'une autre commission des accidents du travail ? Si oui, précisez les dates et la nature de la blessure.

VEUILLEZ CONTINUER SI VOTRE INVALIDITÉ S'EST PROLONGÉE AU-DELÀ DU JOUR DE L'ACCIDENT. SI NON, SIGNEZ AU BAS DE LA PAGE SUIVANTE.

Nom au complet du travailleur :

Renseignements sur le salaire – Remplissez cette partie si l'invalidité s'est prolongée au-delà du jour de l'accident.

16. Avez-vous touché votre salaire pendant la période d'invalidité ? Oui Non
Si oui, précisez
17. Type d'emploi : permanent saisonnier occasionnel emploi d'été d'étudiant apprenti temps partiel
18. Le poste peut-il faire l'objet de : mises à pied saisonnières Oui Non mises à pied pour manque de travail Oui Non
19. Date d'embauche : AA MM JJ 20. Précisez la durée de la pause déjeuner. Êtes-vous payé pendant cette période ?
21. Taux horaire de votre salaire ? \$/h À quelle fréquence êtes-vous payé ? À la semaine Aux deux semaines Au mois Autre, précisez.
22. Avez-vous reçu d'autres prestations ? Oui Non Si oui, précisez la nature et le montant (p. ex. congé payé, indemnité d'établissement, etc.).
23. Heures et jours normaux de travail : horaire _____ jours _____ de _____ à _____
Encerclez les jours de travail
L M M J V S D L M M J V S D L M M J V S D L M M J V S D L M M J V S D
24. Faites-vous régulièrement des heures supplémentaires ? Oui Non
Donnez une estimation du nombre d'heures supplémentaires (par semaine, par mois ou par année).
25. Taux des heures supplémentaires : _____ \$/h
26. Si votre horaire de travail n'est pas régulier (quarts, rotation, etc.), donnez un exemple d'un cycle complet :
Date du début du cycle _____ Nombre de jours travaillés _____ Nombre de jours en congé _____
Encerclez les jours travaillés.
L M M J V S D L M M J V S D L M M J V S D L M M J V S D L M M J V S D
27. Avez-vous un autre emploi ? Si oui, avez-vous dû vous en absenter en raison de cette blessure ?
 Oui Non Oui Non
Nom de l'employeur : _____ Personne-ressource et numéro de téléphone : _____

Remplissez cette section si vous n'êtes pas un employé permanent.

28. Indiquez le nom des employeurs pour lesquels vous avez travaillé au cours des 12 mois qui ont précédé l'accident (ajoutez une feuille additionnelle au besoin).
Nom de la société _____ De AA MM JJ à AA MM JJ
Total des gains _____ Adresse et numéro de téléphone _____
Nom de la société _____ De AA MM JJ à AA MM JJ
Total des gains _____ Adresse et numéro de téléphone _____
VEUILLEZ FOURNIR UNE PREUVE DES GAINS (relevés T4, talon de chèque de paye, relevé d'emploi, etc.)

SI VOUS AVEZ FAIT UNE DEMANDE POUR TOUCHER DES PRESTATIONS D'AUTRES SOURCES (P. EX. ASSISTANCE SOCIALE, ASSURANCE-SALAIRE, INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE, ETC.), SI VOUS RECEVEZ DES PRESTATIONS DE LA CAT, VOUS DEVEZ EN INFORMER NOTRE BUREAU.

J'atteste que l'information donnée sur ce formulaire est fidèle et exacte, et je demande d'être indemnisé (indemnisée) pour la blessure (les blessures) ou la maladie susmentionnée. La Commission et les comités de révision sont autorisés, par la présente, à obtenir ou à voir, de quelque source que ce soit, y compris les dossiers des médecins, des praticiens reconnus ou d'hôpitaux, la copie des dossiers portant sur l'examen, le traitement et les antécédents professionnels du soussigné (de la soussignée). Je comprends qu'il peut être un crime de faire sciemment une fausse déclaration ou de travailler et de toucher un revenu tout en recevant une indemnité pour accident du travail sans en informer la Commission. L'administration de la demande risque d'être retardée si toutes les sections de ce formulaire ne sont pas remplies.

Nom en caractère d'imprimerie Signé à (Communauté) Signature Date

Toute demande de renseignement personnel, conformément à la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée, faite aux présentes sert à la Loi sur les accidents du travail et est autorisée par celle-ci. Pour plus d'information, communiquez avec le coordonnateur de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée de la CAT au numéro indiqué ci-dessous.

Siège social : CP 8888 • Yellowknife NT X1A 2R3 • Téléphone : (867) 920-3888 • Sans frais : 1-800-661-0792 • Télécopieur : (867) 873-4596 • Télécopie sans frais 1-866-277-3677
ou
CP 669 • Iqaluit NU X0A 0H0 • Téléphone : (867) 979-8500 • Sans frais : 1-877-404-4407 • Télécopie sans frais : (867) 979-8501