



Rapport du travailleur (surdité professionnelle)

REMPLISSEZ ET FAITES PARVENIR À L'ADRESSE INDIQUÉE AU BAS DU FORMULAIRE.

| | | | | | | | |
|--|------|------|-------|--|------------------|--|---|
| ÉCRIVEZ EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE. | | | | | | N° DU DOSSIER | |
| NOM DE FAMILLE. | | | | | | NOM DE L'EMPLOYEUR ACTUEL | |
| PRÉNOM(S) | | | | | | ADRESSE POSTALE DE L'EMPLOYEUR - INDIQUEZ LE CODE POSTAL ET LE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE. | |
| ADRESSE POSTALE - INDIQUEZ LE CODE POSTAL. | | | | | | | |
| | | | | | | EMPLOI ACTUEL | |
| | | | | | | INDIQUEZ LE NOM ET L'ADRESSE DU DERNIER EMPLOYEUR OÙ VOUS PRÉTENDEZ AVOIR ÉTÉ EXPOSÉ À UN NIVEAU ÉLEVÉ DE BRUIT - INDIQUEZ LE CODE POSTAL ET LE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE. | |
| NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE | | | | NUMÉRO DE TÉLÉPHONE - INCLURE LE CODE RÉGIONAL | | | |
| DATE DE NAISSANCE | JOUR | MOIS | ANNÉE | ÉTAT MATRIMONIAL | NUMÉRO D'ENFANTS | EMPLOI ACTUEL | SI VOUS NE TRAVAILLEZ PAS, INDIQUEZ DEPUIS QUAND. |

DONNER LES DÉTAILS COMPLETS DE VOTRE EXPOSITION À DES NIVEAUX ÉLEVÉS DE BRUIT. INDIQUEZ LE NOM ET L'ADRESSE DE VOS EMPLOYEURS AINSI QUE LES DATES À L'EMPLOI DE CHACUN. N'OUBLIEZ PAS QUE TOUT RENSEIGNEMENT INEXACT RETARDERA L'ADMINISTRATION DE VOTRE DEMANDE D'INDEMNISATION.

| AUX TERRITOIRES DU NORD-OUEST | | | | |
|-------------------------------|---------|-------|--------------------------------|--|
| NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR | PÉRIODE | | GENRE D'EXPOSITION ET D'EMPLOI | |
| | DU | AU | | |
| | ANNÉE | ANNÉE | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | YEAR | YEAR | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | ANNÉE | ANNÉE | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | ANNÉE | ANNÉE | | |
| | | | | |
| | | | | |

| À L'EXTÉRIEUR DES TERRITOIRES DU NORD-OUEST | | | | |
|---|---------|-------|--------------------------------|--|
| NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR | PÉRIODE | | GENRE D'EXPOSITION ET D'EMPLOI | |
| | DU | AU | | |
| | ANNÉE | ANNÉE | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | ANNÉE | ANNÉE | | |
| | | | | |
| | | | | |

VEUILLEZ JOINDRE TOUTE INFORMATION ADDITIONNELLE EN VOTRE POSSESSION.

ASSUREZ - VOUS D'AVOIR BIEN REMPLI LE RECTO ET LE VERSO DU FORMULAIRE AVANT DE LE FAIRE PARVENIR À LA CAT.

1. Quand vous êtes-vous rendu compte que vous aviez un problème d'ouïe? L'avez-vous signalé à votre employeur? Indiquez la date et le nom de la personne à qui vous l'avez signalé.

2. Avez-vous déjà porté un appareil de correction auditive? Indiquez la date et l'endroit de son achat.

3. Vous êtes-vous déjà trouvé dans les environs d'une explosion ou d'un endroit de dynamitage? Veuillez fournir les détails.

4. a) Avez-vous déjà fait partie des Forces armées? Oui Non

b) Veuillez indiquer votre numéro matricule _____

c) Recevez-vous une pension pour des troubles auditifs? Oui Non

d) Avez-vous été exposé(e) à des tirs d'armes à feu? Expliquez.

5. Avez-vous déjà passé un examen de l'audition? Indiquez quand vous l'avez passé et qui vous l'a fait passer.

6. Avez-vous présenté, ou avez-vous l'intention de présenter, une demande d'indemnisation pour perte d'audition à une autre Commission? Veuillez préciser.

7. Mis à part votre travail, vous êtes-vous trouvé(e) dans d'autres situations où il y avait beaucoup de bruit, il pourrait s'agir de parties de chasse, de randonnées en moto-neige ou d'instruments de musique et toute autre situation du genre? Précisez.

8. Avez-vous déjà eu à vous absenter du travail en raison de vos troubles auditifs? Indiquez les dates.

9. Indiquez votre salaire actuel : \$ par :

Nombre d'heures de travail par semaine :

Nombre d'heures par jour :

Précisez vos jours de congé habituels :

10. Souffrez-vous, ou avez-vous déjà souffert, d'une maladie ou d'un état de santé associé à la perte d'audition? Oui Non

11. Autres remarques. Ajoutez tout commentaire additionnel pouvant aider le règlement de votre demande.

ASSUREZ-VOUS D'AVOIR BIEN REMPLI LE VERSO ET LE RECTO DU PRÉSENT FORMULAIRE.

Je déclare que les renseignements donnés sont exacts et corrects et que ma demande d'indemnisation est faite en conséquence.

DATE

SIGNATURE

Siège social : C. P. 8888 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