



FORMULAIRE 6
AVIS DE LÉSION OU DE
MALADIE (TRAVAILLEUR)
GUIDE DE RÉFÉRENCE DU TRAVAILLEUR

[IMPRIMER LE GUIDE](#) 

[OUVRIR LE GUIDE](#) 



Table des matières

▶	Que devez-vous faire en cas d'accident au travail?	3
▶	Renseignements généraux sur le formulaire 6.	5
▶	Avis de lésion ou de maladie (travailleur) (formulaire 6)	6
▶	Section A – Renseignements sur le travailleur	6
▶	Section B – Renseignements sur l'employeur.	8
▶	Section C – Date de l'accident ou de la maladie et renseignements	9
▶	Section D – Soins de santé.	14
▶	Section E – Interruption de travail et retour au travail	17
▶	Section F – Gains.	19
▶	Section G – Déclarations et signature	20
▶	Numéros de téléphone des bureaux de la CSPAAT	Couverture arrière

La forme masculine utilisée dans le présent document désigne, lorsqu'il y a lieu, aussi bien les femmes que les hommes.





Que devez-vous faire en cas d'accident au travail?

Que dois-je faire si je subis une lésion ou contracte une maladie au travail?

Un travailleur qui subit une lésion au travail ou contracte une maladie en raison de son emploi doit :

1. obtenir les premiers soins immédiatement ou des soins de santé au besoin;
2. informer son employeur de l'accident ou de la maladie le plus tôt possible.

Comment la lésion est-elle déclarée à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT)?

Aux termes de la loi, votre employeur est tenu de déclarer l'accident ou la maladie à la CSPAAT. C'est pourquoi il est important d'informer votre superviseur de l'incident ou de la maladie. L'employeur doit remplir et soumettre le formulaire de la CSPAAT intitulé *Avis de lésion ou de maladie (employeur)* (formulaire 7). Il doit le soumettre dans un délai prescrit. Par conséquent, il est important que vous l'informiez le plus rapidement possible.

L'employeur est également tenu de faire ce qui suit :

- vous verser votre plein salaire pour la journée ou le quart de travail au cours duquel l'accident ou la maladie est survenu;
- prendre au besoin les mesures nécessaires pour que vous soyez transporté, le jour de l'accident, à un établissement qui vous fournira des soins de santé et payer les frais de transport;
- vous remettre une copie de *l'Avis de lésion ou de maladie (employeur)* (formulaire 7) dûment rempli.

Quand puis-je présenter une demande de prestations à la CSPAAT?

En tant que travailleur, vous pouvez demander des prestations pour une maladie ou un accident relié au travail si :

- vous avez reçu des soins de santé;
- vous avez subi une interruption de travail ou une perte de salaire après le jour de l'accident ou le premier jour de la maladie;
- vous avez continué de travailler, mais à temps partiel seulement.

De plus, si vous avez accompli un travail différent en raison de l'accident ou de la maladie pendant plus de sept jours et que vous n'avez pas consulté de professionnel de la santé, vous pouvez présenter une demande de prestations.

Vous devez déclarer l'accident ou la maladie dans un délai prescrit. Il est important de faire la demande de prestations le plus tôt possible. Vous avez **six mois** à partir de la date de l'accident pour faire une demande de prestations, et s'il s'agit d'une maladie professionnelle, à partir du début de la maladie.

Dois-je toujours présenter une demande de prestations?

Vous n'avez pas à présenter une demande de prestations si **les quatre** critères suivants s'appliquent :

- vous avez reçu uniquement des premiers soins;
- vous n'avez pas interrompu votre travail;
- votre salaire n'a pas été touché;
- vos tâches n'ont pas changé.

Comment dois-je présenter une demande de prestations si je crois que mon employeur n'a pas déclaré l'accident ou la maladie?

Un travailleur peut présenter une demande de prestations en faisant l'une des choses suivantes :

- remplir, signer et soumettre *l'Avis de lésion ou de maladie (travailleur)* (formulaire 6) (voir la rubrique Comment puis-je obtenir ce formulaire? à la page 5);
- appeler la CSPAAT sans frais au 1-800-387-0750 ou au (416) 344-1000 pour obtenir l'aide d'un de nos représentants;
- informer le professionnel de la santé (chiropraticien, dentiste, médecin, physiothérapeute ou infirmière (catégorie avancée) qui vous traite initialement que l'accident ou la maladie est relié au travail, pour qu'il puisse remplir et soumettre le





- Rapport du professionnel de la santé* (formulaire 8);
- vous rendre au bureau régional de la CSPAAT. Les adresses des bureaux se trouvent sur la couverture arrière du présent document;
 - communiquer avec votre employeur;
 - si vous êtes syndiqué, vous adresser à votre syndicat pour obtenir de l'aide.

Que couvrent les prestations de la CSPAAT?

Si vous subissez un accident ou contractez une maladie au travail, vous pourriez avoir droit aux prestations d'assurance de la CSPAAT. Les prestations d'assurance de la CSPAAT peuvent servir à :

- payer les frais des soins de santé pour traiter la lésion ou la maladie (p. ex., les traitements de physiothérapie ou de chiropractie) (les traitements sont habituellement limités à un seul type de traitement);
- payer les médicaments prescrits pour votre lésion ou maladie;
- fournir un revenu temporaire pour remplacer le salaire perdu pendant le rétablissement.

Veillez noter :

Si votre demande de prestations est approuvée, nous vous verserons des prestations pour perte de gains pour votre interruption de travail à partir du lendemain de l'accident ou du premier jour de la maladie. Votre employeur doit vous verser votre plein salaire pour le jour de l'accident ou le premier jour de la maladie.

Que dois-je faire si je dois consulter un professionnel de la santé ou me rendre à l'hôpital en raison de l'accident ou la maladie?

1. Informez la personne qui vous traite que la lésion est survenue au travail.
2. Si vous êtes atteint d'une maladie et croyez qu'elle a été causée par quelque chose au travail, indiquez à la personne qui vous traite :
 - le moment où vous avez remarqué les symptômes pour la première fois;
 - les conditions de travail actuelles et depuis combien de temps vous travaillez dans ces conditions.

3. La personne qui vous traite doit remplir un rapport de la CSPAAT (*Rapport du professionnel de la santé* (formulaire 8)) et l'envoyer à la CSPAAT. Vous pouvez, à certains endroits du formulaire, fournir des renseignements sur vous-même et sur votre employeur.

Quand envisager un retour au travail?

Il est possible de retourner au travail pendant la période de traitement et de rétablissement. Pour faciliter votre retour au travail, vous devez :

1. participer pleinement à votre plan de traitement;
2. discuter avec le professionnel de la santé des progrès réalisés en cours de traitement et de votre retour au travail;
3. garder le contact avec votre employeur et le tenir au courant de vos progrès;
4. discuter avec votre employeur de diverses façons d'effectuer un retour au travail rapide et sécuritaire. Il peut s'agir :
 - d'apporter des changements temporaires à votre emploi régulier;
 - de faire un autre travail;
 - de réduire les heures de travail ou d'adopter un horaire différent;
 - toute autre option que vous et votre employeur pourriez choisir.

Que devez-vous faire si vous croyez que la CSPAAT n'a pas été avisée?

Nous pouvons vous dire si l'accident ou la maladie a été déclaré ou vous aider à établir un dossier d'indemnisation. Appelez-nous directement sans frais au 1-800-387-0750 ou au 416-344-1000. Pour accéder à l'appareil de télécommunication pour sourds, composez le 1-800-387-0050.

Quand dois-je présenter une demande de prestations?

Il est important de faire la demande de prestations le plus tôt possible. Vous avez six mois à partir de la date de l'accident pour faire une demande de prestations, et s'il s'agit d'une maladie professionnelle, à partir du début de la maladie.





Renseignements généraux sur le formulaire 6

Qu'entend-on par Avis de lésion ou de maladie (travailleur) (formulaire 6)?

On appelle souvent l'*Avis de lésion ou de maladie (travailleur)* le « formulaire 6 ». Il s'agit du formulaire de la CSPAAT que le travailleur remplit et envoie à la CSPAAT après avoir subi une lésion ou contracté une maladie liée au travail.

Il vous permet de nous préciser ce qui est arrivé et a causé la lésion ou la maladie. Vous nous donnez ainsi les renseignements qu'il nous faut pour rendre une décision au sujet de votre demande. Ce formulaire est différent de celui que vous avez probablement rempli pour votre employeur. Lorsque vous remplissez et soumettez le formulaire 6, cela nous indique que vous demandez des prestations pour un accident relié au travail.

Quand dois-je remplir ce formulaire?

Vous devriez remplir ce formulaire, le signer et nous le retourner le plus tôt possible après l'incident. Il vaut mieux remplir le formulaire dès que possible, pendant que vous vous souvenez encore de tous les détails.

Le travailleur doit présenter sa demande dans les **six mois** suivant l'accident ou, dans le cas d'une maladie professionnelle, dans les **six mois** après avoir appris qu'il a contracté la maladie. Le travailleur peut présenter sa demande après le délai de six mois s'il peut démontrer que des « circonstances exceptionnelles » sont survenues avant la date limite. Pour de plus amples renseignements, composez le 1-800-387-5540.

Comment puis-je obtenir ce formulaire?

Vous pouvez obtenir ce formulaire de plusieurs façons :

- Lorsque la CSPAAT établit un dossier à votre nom d'après le rapport de l'employeur ou du professionnel de la santé, nous vous envoyons l'*Avis de lésion ou de maladie (travailleur)*.
- La section locale ou le représentant de votre syndicat peut vous en donner un.

- Vous pouvez en imprimer un du site Web de la CSPAAT, www.wsib.on.ca (onglet Formulaires, Travailleurs).
- Vous pouvez appeler votre bureau régional de la CSPAAT ou vous y présenter pour en obtenir un exemplaire.

Si vous recevez un formulaire 6 par la poste après en avoir déjà envoyé un exemplaire, appelez-nous pour vous assurer que nous avons reçu et consigné l'original. Si nous confirmons que nous l'avons reçu, vous n'aurez pas à le remplir à nouveau. En fait, nous préférons que vous n'en envoyiez pas deux, car cela pourrait prêter à confusion.

Que dois-je faire si j'ai besoin d'aide pour remplir le formulaire 6?

Si vous avez besoin d'aide pour remplir le formulaire 6, demandez à un membre de votre famille ou un ami de vous aider. Ou encore, vous pouvez communiquer directement avec nous, sans frais, au 1-800-387-0750 ou au 416-344-1000. Nous offrons des services en plusieurs langues. Pour obtenir de l'aide dans une autre langue, composez le 1-800-465-5606. Si vous êtes une personne sourde ou malentendante, vous pouvez accéder à l'appareil de télécommunication pour sourds au 1-800-387-0050.

Que dois-je faire après avoir rempli le formulaire 6?

- Le signer et le dater.
- En envoyer une copie à la CSPAAT.

Poste : CSPAAT
200, rue Front Ouest
Toronto ON M5V 3J1 **OU**

Télécopieur : Numéro local : (416) 344-4684
Sans frais : 1-888-313-7373 **OU**

- Le remettre à votre bureau régional de la CSPAAT. Les adresses figurent sur la couverture arrière du présent document.

N'oubliez pas :

- de fournir une copie à votre employeur;
- de garder une copie pour vos dossiers;
- **d'écrire lisiblement en caractères d'imprimerie et à l'encre noire.**




Section A – Renseignements sur le travailleur

Ces renseignements sont importants pour établir votre dossier correctement. Veuillez vous assurer que tous les renseignements sont complets et exacts. Tout renseignement inexact pourrait retarder le traitement de votre demande. Inscrivez votre :

- nom au complet;
- adresse postale complète;
- numéro de téléphone;
- date de naissance;
- numéro d'assurance sociale.

Veillez noter que votre nom et votre numéro d'assurance sociale doivent figurer sur les trois pages.



Envoyer au :
200, rue Front Ouest
Toronto ON M5V 3J1

ou télécopier au :
416-344-4684
OU 1-888-313-7373

6

Avis de lésion ou de maladie (travailleur) (formulaire 6)

N° de dossier

Écrivez en CARACTÈRES D'IMPRIMERIE et à l'encre noire.

A. Renseignements sur le travailleur					
Nom de famille		Prénom		Numéro d'assurance sociale	
Adresse (n°, rue, app.)				Téléphone	
Ville		Province	Code postal	Cellulaire ou autre n°	
Titre ou profession (au moment de la lésion)		Quand avez-vous commencé à travailler pour cet employeur?		Depuis combien de temps occupez-vous cet emploi?	
Indiquez si vous êtes : <input type="checkbox"/> dirigeant de l'entreprise <input type="checkbox"/> représentant élu <input type="checkbox"/> propriétaire de l'entreprise <input type="checkbox"/> conjoint ou parent de l'employeur		jj A1 aa		jj A2 mm aa	
Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Langue préférée <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Autre			Avez-vous besoin d'un interprète? <input type="checkbox"/> A3 non	
Êtes-vous membre d'un syndicat? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Autorisez-vous votre syndicat à vous représenter dans le cadre de cette demande? <input type="checkbox"/> oui A4	Si oui, autorisez-vous la communication verbale de renseignements sur la situation de votre dossier à votre représentant syndical? <input type="checkbox"/> A5 oui <input type="checkbox"/> non			
Indiquez le nom et la section locale de votre syndicat.					

B. Renseignements sur l'employeur

A1 Quand avez-vous commencé à travailler pour cet employeur?

Indiquez la date à laquelle vous avez commencé à travailler pour votre employeur. Si vous avez travaillé pour cet employeur auparavant (vous êtes peut-être un travailleur temporaire ou saisonnier), indiquez la date la plus récente (la dernière date) à laquelle vous avez commencé à travailler pour cet employeur.

A2 Depuis combien de temps occupez-vous cet emploi?

Depuis combien de temps (années, mois, semaines ou jours) occupez-vous l'emploi au cours duquel vous vous êtes blessé ou avez contracté une maladie?

Exemple :

Vous avez travaillé pour la société ABC pendant six ans, d'abord comme expéditeur-réceptionnaire pendant deux ans, puis comme chef de groupe dans l'entrepôt pendant un an,

et enfin comme directeur d'entrepôt pendant trois ans. Vous étiez directeur lorsque vous avez subi la lésion. Dans ce cas, indiquez pendant combien de temps vous avez été directeur (trois ans).

A3 Avez-vous besoin d'un interprète?

oui non

La CSPAAT fournit des services de traduction et d'interprétation en plusieurs langues pour vous aider à communiquer avec le personnel de la CSPAAT. Ces services sont offerts gratuitement. Vous pouvez les obtenir en composant le 1-800-465-5606.

A4 Autorisez-vous votre syndicat à vous représenter dans le cadre de cette demande?

oui non

Si vous êtes membre d'un syndicat, vous voudrez peut-être communiquer avec celui-ci pour lui demander de l'aide concernant cette demande de prestations. Si c'est le cas, cochez « oui ».

A5 Si oui, autorisez-vous la communication verbale de renseignements sur la situation de votre dossier à votre représentant syndical?

oui non

Cela signifie que vous consentez à ce que la CSPAAT discute de votre dossier avec votre représentant syndical. Si vous voulez que votre représentant syndical vous aide dans le cadre de ce dossier, cochez « oui ». Nous pourrions ainsi discuter avec lui de la situation de votre dossier. Si votre représentant syndical veut examiner certains documents versés à votre dossier, il doit nous faire parvenir une autorisation écrite indiquant que vous l'avez autorisé à vous représenter.

Si vous choisissez un représentant qui ne fait pas partie de votre syndicat, c'est vous qui devez nous fournir une autorisation écrite permettant l'échange de renseignements.



Section B – Renseignements sur l’employeur

Cette section nous fournit des renseignements sur votre employeur. Nous avons besoin de tous les renseignements demandés. Nous les utiliserons pour traiter votre demande de prestations et communiquer avec votre employeur au besoin.

S’il y a lieu, vérifiez votre talon de chèque pour noter les renseignements exacts sur l’employeur, y compris la raison sociale complète.

Si vous travaillez pour une agence de placement temporaire, indiquez le nom de l’agence qui vous a trouvé l’emploi, et non pas le nom du lieu de travail dans cette section. Vous pouvez indiquer les renseignements sur le lieu de travail dans la section suivante.

B. Renseignements sur l’employeur			
Nom de l’entreprise ou de l’employeur			
Adresse			
Ville		Province	Code postal
Nom de votre superviseur immédiat			Téléphone de l’entreprise

Section C – Date de l'accident ou de la maladie et renseignements

Cette section fournit les renseignements sur votre accident ou maladie.

C. Date de l'accident ou de la maladie et renseignements																																														
1. Date et heure de l'accident/ou vous avez eu connaissance de la maladie jj mm aa <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> après-midi Date et heure de la déclaration à l'employeur jj mm aa <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> après-midi	2. À qui avez-vous déclaré cet accident ou cette maladie? (Nom et titre) _____ Téléphone _____																																													
3. Région du corps atteinte - (Cochez tous les éléments qui s'appliquent.)																																														
<input type="checkbox"/> Tête <input type="checkbox"/> Visage <input type="checkbox"/> Oeil (yeux) <input type="checkbox"/> Oreille(s)	<input type="checkbox"/> Dents <input type="checkbox"/> Cou <input type="checkbox"/> Poitrine	<input type="checkbox"/> Haut du dos <input type="checkbox"/> Bas du dos <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Bassin	<table border="0"> <tr> <td>Gauche</td> <td>Droit</td> <td>Gauche</td> <td>Droit</td> <td>Gauche</td> <td>Droit</td> <td>Gauche</td> <td>Droit</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Gauche	Droit	Gauche	Droit	Gauche	Droit	Gauche	Droit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Poignet <input type="checkbox"/> Main <input type="checkbox"/> Doigt(s)	<input type="checkbox"/> Hanche <input type="checkbox"/> Cuisse <input type="checkbox"/> Genou <input type="checkbox"/> Bas de la jambe	<input type="checkbox"/> Cheville <input type="checkbox"/> Pied <input type="checkbox"/> Orteil(s)
Gauche	Droit	Gauche	Droit	Gauche	Droit	Gauche	Droit																																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
<input type="checkbox"/> Autre : _____		Êtes-vous <input type="checkbox"/> Gaucher? <input type="checkbox"/> Droitier?																																												
4. La maladie ou l'accident est-il survenu dans le lieu de travail ou sur la propriété de l'employeur?		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Précisez où (usine, entrepôt, stationnement, chez un client, etc.)																																												

C1 Date et heure de l'accident/ou vous avez eu connaissance de la maladie

Si l'accident s'est produit soudainement (p. ex., vous vous êtes foulé la cheville gauche en glissant sur un plancher mouillé), indiquez la date et l'heure de l'accident.

Si l'accident ne s'est pas produit soudainement, et que votre lésion est apparue graduellement sur une certaine période (p. ex., vous travaillez comme caissière et avez développé une épicondylite latérale en raison du balayage d'articles d'épicerie), indiquez la date approximative à laquelle vous avez ressenti les premiers symptômes.

Date et heure de la déclaration à l'employeur

Indiquez la date et l'heure à laquelle vous avez déclaré pour la première fois la lésion ou la maladie à votre employeur. N'oubliez pas qu'il est important d'informer immédiatement votre employeur de la lésion ou de la maladie.

C2 À qui avez-vous déclaré cet accident ou maladie?

(nom, titre et téléphone)

Vous devez déclarer votre accident ou maladie à votre employeur le plus tôt possible. Il peut s'agir de votre superviseur, votre directeur,

l'infirmière de l'entreprise ou toute autre personne désignée par votre employeur. Donnez le nom, le titre et le numéro de téléphone de cette personne.

C3 Région du corps atteinte

(Cochez tous les éléments qui s'appliquent.)

Cochez (✓) toutes les régions du corps atteintes en raison de cet accident ou de cette maladie. Si la région du corps en question n'est pas indiquée, cochez (✓) « Autre » et donnez une description écrite. N'oubliez pas d'indiquer s'il s'agit du côté droit ou gauche du corps.

Cochez (✓) Gaucher ou Droitier. Ces renseignements peuvent être utiles à votre retour au travail.

C4 La maladie ou l'accident est-il survenu dans le lieu de travail ou sur la propriété de l'employeur?

oui non

Précisez où (usine, entrepôt, stationnement, chez un client, etc.)

Votre accident ou maladie peut être survenu ou non dans le lieu de travail ou sur la propriété de l'employeur. Si oui, cochez (✓) « oui » et précisez où (p. ex., aire d'expédition, atelier de peinture, chaîne de montage trois).

Section C – Date de l'accident ou de la maladie... suite

4. La maladie ou l'accident est-il survenu dans le lieu de travail ou sur la propriété de l'employeur? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Précisez où (usine, entrepôt, stationnement, chez un client, etc.)	
5. Est-il survenu hors de l'Ontario? <input checked="" type="checkbox"/> C5 <input type="checkbox"/> non	Si oui, précisez où (ville, province, état, pays)
6. Vous êtes-vous déjà blessé à cette partie du corps? <input checked="" type="checkbox"/> C6 <input type="checkbox"/> non	7. Avez-vous déjà présenté une demande de prestations d'accident du travail? <input checked="" type="checkbox"/> C7 <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui - en Ontario <input type="checkbox"/> oui - hors de l'Ontario

Vous pouvez obtenir un guide pour remplir ce formulaire sur le site www.wsib.on.ca

0006B (06/07) La forme masculine utilisée dans le présent document désigne, lorsqu'il y a lieu, aussi bien les femmes que les hommes. Page 1 de 3

Si non, veuillez indiquer le lieu.

Exemples :

- Si, dans le cadre de votre travail pour une entreprise de nettoyage, vous effectuez des travaux de nettoyage dans un grand magasin de détail et que vous subissez une lésion à cet endroit, indiquez alors le nom du magasin et son adresse.
- Si vous travaillez à l'extérieur du bureau central, chez un client, indiquez son nom et son adresse.
- Si vous travaillez pour une agence de placement temporaire, c'est ici que vous indiquez le nom de l'entreprise où l'agence vous a envoyé.

C5 Est-il survenu hors de l'Ontario?

oui non

Si oui, précisez où (ville, province, état, pays)

Cochez « oui » si l'accident ou la maladie est survenu hors de l'Ontario. Si c'est le cas, vous pourriez avoir le choix entre présenter une demande de prestations en Ontario ou dans l'autre territoire.

Si vous cochez « oui », la CSPAAT vous enverra un formulaire qui vous permettra de choisir l'endroit où vous voulez présenter votre demande de prestations. Il s'agit du formulaire d'option, qui vous aidera à éviter tout retard potentiel. Si vous présentez votre demande de prestations en Ontario, vous devez

l'indiquer sur le formulaire d'option. Sans ce renseignement, nous pouvons établir un dossier, mais ne pouvons pas rendre de décision en matière de prestations avant d'avoir reçu et approuvé le formulaire d'option. Vous avez trois mois à partir de la date d'émission pour soumettre le formulaire d'option.

Exemple :

Un camionneur qui vit en Ontario, mais qui parcourt plusieurs provinces, a un accident de véhicule au Manitoba. Il peut choisir de présenter une demande de prestations au Manitoba ou en Ontario.

C6 Vous êtes-vous déjà blessé à cette partie du corps?

oui non

Cochez « oui » si vous vous êtes déjà blessé à cette partie du corps. Cela ne veut pas dire que nous allons refuser votre demande de prestations, mais cela nous aidera à trouver les dossiers antérieurs qui pourraient nous aider à traiter votre demande. De plus, cela pourrait réduire les coûts de la demande pour votre employeur actuel.




C7 Avez-vous déjà présenté une demande de prestations d'accident du travail?

- non
 oui - en Ontario oui - hors de l'Ontario

Cochez « oui » si vous avez déjà présenté une demande de prestations en Ontario ou ailleurs, pour la même région du corps. Cela nous aidera à déterminer s'il s'agit d'une récurrence dans le cadre d'un dossier d'indemnisation précédent.

Section C – Date de l'accident ou de la maladie... suite



WSIB
ONTARIO
CSPAAT

6

**Avis de lésion
ou de maladie
(travailleur) (formulaire 6)**

N° de dossier

Écrivez en CARACTÈRES D'IMPRIMERIE et à l'encre noire.

Nom du travailleur - Nom de famille	Prénom	Numéro d'assurance sociale
-------------------------------------	--------	----------------------------

C. Date de l'accident ou de la maladie et renseignements (suite)

8. Si vous avez subi un accident ou contracté une maladie soudainement, décrivez votre lésion et ce qui l'a causée (par ex., vous vous êtes blessé au bas du dos en soulevant une boîte de 50 lb, foulé la cheville en glissant sur un plancher mouillé, une éruption est apparue lorsque vous avez utilisé un nouveau nettoyant). Veuillez préciser la taille, le poids et le nom de tout objet mentionné.
ou
Si la lésion que vous avez subie est apparue graduellement, décrivez-la ainsi que le travail que vous faites et indiquez ce qui l'a causée selon vous.

C8

9. Quand avez-vous commencé à éprouver les troubles liés à cette lésion ou maladie?

C9

10. Si vous n'en avez pas informé votre employeur immédiatement, veuillez expliquer pourquoi.

C10

11. Si des personnes ont été témoins de votre accident ou si vous avez mentionné vos troubles ou douleurs à votre superviseur ou à un compagnon de travail, veuillez indiquer leur nom et leur poste.

	Nom	Poste
1.		
2.		

C11

12. La Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail exige que l'employeur vous remette une copie du formulaire 7 – Avis de lésion ou de maladie (employeur).
Avez-vous reçu une copie du formulaire 7? oui non

C12

La Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail exige que vous remettiez une copie du présent formulaire (Avis de lésion ou de maladie (travailleur) (formulaire 6) à votre employeur.

C8 Si vous avez subi un accident ou contracté une maladie soudainement, décrivez votre lésion...

Indiquez les détails complets sur la façon dont l'incident est survenu, et ce que vous faisiez à ce moment-là. Assurez-vous d'indiquer : les dimensions, le poids et le nom de l'objet en question, une description de la machinerie, des outils ou des véhicules utilisés au moment de l'accident ou de l'apparition de la maladie, les conditions environnementales (aire de travail, température, bruit, produits chimiques, gaz, fumée, autre personne) ou tout autre renseignement que vous jugez important.

Exemple :

Je déplaçais des boîtes dans l'entrepôt. J'ai soulevé une boîte de 40 lb du plancher pour la placer sur une tablette. J'ai fait un mouvement de torsion vers la droite en soulevant des boîtes et je me suis blessé au haut du dos.

OU

Si la lésion que vous avez subie est apparue graduellement, décrivez-la...

Si votre lésion ou votre maladie s'est développée progressivement, fournissez une



description détaillée de votre travail. Précisez ce qui suit :

- la fréquence des activités (à quelle fréquence accomplissez-vous cette tâche?);
- les dimensions et le poids des charges;
- depuis combien de temps vous faites ce travail;
- tout changement récent au travail ou au lieu de travail;
- tout changement à votre horaire de travail;
- les outils ou les produits que vous utilisez pour effectuer ce travail.

Exemple :

Je suis caissière. Je balaye continuellement des produits avec mon bras gauche pendant tout mon quart de 6 heures. Le poids des produits varie de quelques onces à 10 lb. Le convoyeur ne fonctionne pas bien depuis trois semaines, ce qui m'oblige à m'étirer plus que d'habitude pour atteindre les produits. J'ai récemment commencé à ressentir de la douleur au coude gauche.

C9 **Quand avez-vous commencé à éprouver les troubles liés à cette lésion ou maladie?**

La CSPAAT peut utiliser ces renseignements pour déterminer le jour de l'accident ou le premier jour de la maladie, particulièrement pour les lésions qui sont apparues graduellement.

C10 **Si vous n'en avez pas informé votre employeur immédiatement, veuillez expliquer pourquoi.**

Les accidents et maladies doivent être déclarés immédiatement. Si vous n'avez pas déclaré l'incident immédiatement, vous aviez peut-être une bonne raison, que nous devons connaître.

C11 **Si des personnes ont été témoins de votre accident...**

Indiquez le nom et le titre des compagnons de travail à qui vous avez mentionné l'accident et la douleur que vous ressentez, ainsi que les personnes qui auraient pu être témoins de l'incident. La CSPAAT aura peut-être besoin de communiquer avec ces personnes pour obtenir plus de renseignements.

Ces renseignements nous permettront de mieux comprendre l'accident ou la maladie.

C12 **La Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail exige que l'employeur vous remette une copie du formulaire 7 – Avis de lésion ou de maladie (employeur).**

Avez-vous reçu une copie du formulaire 7?

oui non

Votre employeur devrait vous avoir remis une copie de l'Avis de lésion ou de maladie (employeur) (formulaire 7). S'il ne vous a pas remis votre copie, demandez-la-lui.

La Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail exige que vous remettiez une copie du formulaire Avis de lésion ou de maladie (travailleur) (formulaire 6) à votre employeur.

Tout comme votre employeur est tenu de vous remettre une copie de son formulaire, vous êtes tenu de lui remettre une copie de votre formulaire (formulaire 6). Les renseignements que vous fournissez peuvent aider l'employeur à effectuer l'enquête sur l'accident et empêcher qu'un tel accident ne se reproduise.

Section D – Soins de santé

Cette section nous renseigne sur tous les soins de santé que vous avez reçus pour votre lésion ou maladie. Si vous recevez des soins de santé, vous devez indiquer à la personne qui vous traite que la lésion est survenue au travail. Le professionnel de la santé (chiropraticien, dentiste, médecin, physiothérapeute ou infirmière (catégorie avancée) qui vous traite doit remplir un formulaire et l'envoyer à la CSPAAT pour que vous puissiez obtenir des prestations. La plupart des professionnels de la santé ont des exemplaires du *Rapport du professionnel de la santé* (formulaire 8) à leur bureau. Ils peuvent aussi l'imprimer de notre site Web.

En informant le professionnel de la santé que l'accident ou la maladie est relié au travail, vous faites en sorte que ce rapport nous parvienne dans les meilleurs délais. La CSPAAT peut aussi s'adresser directement aux professionnels de la santé pour leur demander de remplir un formulaire.

Dès que vous connaîtrez votre numéro de dossier, veuillez le transmettre au professionnel de la santé qui vous traite.

N'oubliez pas que, le jour de l'accident, l'employeur est tenu de payer les frais de transport à un établissement qui vous fournira des soins de santé, au besoin.

D. Soins de santé		Donnez votre numéro de dossier de la CSPAAT à votre professionnel de la santé.	
1. Avez-vous obtenu les premiers soins au travail? D1 <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, quand? jj mm aa Et de qui (nom) :			
2. Où avez-vous obtenu des soins pour votre lésion hors du travail? (Cochez tous les éléments qui s'appliquent.)			
<input type="checkbox"/> Poste de soins Infirmiers D2	Établissement ou hôpital (nom et adresse)	<input type="checkbox"/> Ambulance	Date (jj/mm/aa)
<input type="checkbox"/> Service des urgences	Date (jj/mm/aa)	<input type="checkbox"/> Cabinet d'un professionnel de la santé	
<input type="checkbox"/> Hospitalisation		<input type="checkbox"/> Clinique	
3. Vous a-t-on prescrit des médicaments d'ordonnance? <input type="checkbox"/> D3 non		4. Vous a-t-on orienté vers d'autres tests ou traitements? <input type="checkbox"/> oui D4 non	
5. Avez-vous consulté votre professionnel de la santé au sujet d'un retour au travail régulier ou d'un travail modifié? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non D5		Si oui, vous a-t-il recommandé des restrictions relatives au travail? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

D1 Avez-vous obtenu les premiers soins au travail?

oui non Si oui, quand et de qui?

Les *premiers soins* sont tous les soins qui peuvent être fournis par un secouriste diplômé (p. ex., nettoyage d'une plaie, application d'un pansement), et ce même s'ils sont fournis par un professionnel de la santé à l'emploi de l'entreprise.

Cochez « oui » si une personne vous a traité au travail pour votre lésion ou maladie. Indiquez la date à laquelle vous avez été traité et le nom (ou titre, comme indiqué dans l'exemple) de la personne qui vous a traité au travail.

Exemple :

oui 23/03/05, infirmière de l'entreprise

D2 Où avez-vous obtenu des soins pour votre lésion hors du travail?

(Cochez tous les éléments qui s'appliquent.)

On entend par *soins de santé*, les services professionnels fournis par les professionnels de la santé reconnus suivants : chiropraticien, médecin, physiothérapeute, infirmière (catégorie avancée) ou dentiste. Les soins de santé peuvent être obtenus dans un hôpital ou un autre établissement (service des urgences, clinique sans rendez-vous, cabinet d'un professionnel de la santé, etc.) ou au travail.

Cochez (✓) tous les endroits où vous vous êtes rendu pour obtenir des soins de santé hors du travail.



Poste de soins infirmiers

Il s'agit d'un établissement qui ne fait pas partie d'un hôpital, que l'on retrouve habituellement dans les petites collectivités.

Service des urgences

Ce service peut faire partie d'un hôpital ou d'un établissement spécialisé hors d'un hôpital.

Hospitalisation

Ne cochez que si vous avez été admis à l'hôpital pour une nuit.

Ambulance

Cochez si un ambulancier paramédical vous a traité.

Cabinet d'un professionnel de la santé

Il s'agit du cabinet privé où de nombreux professionnels de la santé reçoivent leur clientèle. Il peut s'agir des professionnels de la santé suivants :

- les chiropraticiens;
- les médecins;
- les physiothérapeutes;
- les infirmières autorisées (catégorie avancée);
- les dentistes.

Clinique

Il peut s'agir d'une clinique sans rendez-vous ou d'un établissement où travaillent plusieurs professionnels de la santé.

Pour ce qui est du *poste de soins infirmiers*, du *service des urgences* et de l'*hospitalisation*, veuillez indiquer le nom et l'adresse ainsi que la date de la visite.

En ce qui concerne l'*ambulance*, le *cabinet d'un professionnel de la santé* et la *clinique*, indiquez uniquement la date de la visite.

D3 Vous a-t-on prescrit des médicaments d'ordonnance?

oui non

Cochez (✓) « oui » si on vous a prescrit des médicaments d'ordonnance pour votre lésion ou maladie. Nous pourrions payer les frais des médicaments d'ordonnance prescrits en raison de l'accident ou de la maladie. Vous n'avez pas besoin d'indiquer le nom des médicaments.

D4 Vous a-t-on orienté vers d'autres tests ou traitements?

oui non

Cochez (✓) « oui » si on vous a orienté vers un autre traitement (p. ex., physiothérapie, chiropractie, massothérapie, acupuncture), ou test (p. ex., IRM, tomodensitogramme, radiographie, scintigraphie osseuse).

D5 Avez-vous consulté votre professionnel de la santé au sujet d'un retour au travail régulier ou d'un travail modifié?

oui non

Si oui, vous a-t-il recommandé des restrictions relatives au travail?

oui non

Discutez avec votre professionnel de la santé d'un retour au travail. Il vous recommandera peut-être des restrictions qui vous aideront, vous et votre employeur, à planifier votre retour au travail. Si votre professionnel de la santé vous a recommandé des restrictions, vous êtes tenu d'en informer votre employeur.

Vous pouvez faire part de ces restrictions à votre employeur en demandant au professionnel de la santé de :

- rédiger une note concernant le retour au travail, ou
- de remplir le formulaire *Détermination des capacités fonctionnelles pour un retour au*



Section D – Soins de santé *suite*

Objet d'un recours de droit régulier ou d'un droit moine.

6. Avez-vous dit à votre employeur que vous aviez reçu des soins médicaux? oui non **Si non, veuillez l'en aviser dès que possible.**

jj mm aa Nom

Si **oui**, quand? **D6** Et à qui? Poste

0006B (06/07) Page 2 de 3

travail rapide que vous pouvez obtenir de votre employeur, de votre syndicat ou du bureau de la CSPAAT.

Votre employeur sera peut-être en mesure de vous offrir des tâches qui tiennent compte de vos restrictions.

D6 Avez-vous dit à votre employeur que vous aviez reçu des soins médicaux?

oui non

Si oui, quand (date) et à qui? (Nom, Titre)

Si non, veuillez l'en aviser dès que possible.


Si vous avez reçu des traitements médicaux pour votre lésion, vous devez en informer votre employeur. Il devra remplir *l'Avis de lésion ou de maladie (employeur)* (formulaire 7) et le soumettre à la CSPAAT, si ce n'est déjà fait. Veuillez indiquer la date à laquelle vous avez dit à votre employeur que vous aviez subi des traitements médicaux. Si vous n'avez pas dit à votre employeur que vous avez reçu des traitements médicaux, veuillez le lui dire immédiatement.



Section E - Interruption de travail et retour au travail

Cette section nous renseigne sur l'interruption de travail et la perte de gains entraînée par votre accident ou maladie. Si vous avez interrompu votre travail et que vous êtes déjà retourné au travail, nous avons besoin des renseignements sur votre retour au travail. Si vous n'êtes pas retourné au travail, vous devez communiquer avec votre employeur pour en discuter.

L'employeur doit vous verser votre plein salaire pour le jour de la lésion ou le premier jour de la maladie.



6

Avis de lésion ou de maladie (travailleur) (formulaire 6)

N° de dossier

Écrivez en CARACTÈRES D'IMPRIMERIE et à l'encre noire.

Nom du travailleur - Nom de famille	Prénom	Numéro d'assurance sociale
-------------------------------------	--------	----------------------------

E. Interruption de travail et retour au travail

1. Après le jour de l'accident ou le premier jour de la maladie :

J'ai repris mon **emploi régulier** et je n'ai **pas** interrompu mon travail ni subi une perte de gains.

J'ai accompli des **tâches modifiées** et je n'ai **pas** interrompu mon travail ni subi une perte de gains.

J'ai **interrompu mon travail ou subi une perte de gains** (salaire régulier, prime de quart, prime salariale, autres primes, etc.).

→ Premier jour d'interruption de travail ou de perte de gains

jj	mm	aa
----	----	----

E1 Après le jour de l'accident ou le premier jour de la maladie :

J'ai repris mon **emploi régulier** et je n'ai **pas** interrompu mon travail ni subi une perte de gains.

Cochez (✓) cette case si vous avez accompli votre quart de travail régulier suivant et vos tâches régulières, sans aucune modification, sans interrompre votre travail ni subir de perte de gains.

J'ai **accompli des tâches modifiées, et je n'ai pas interrompu mon travail ni subi une perte de gains.**

Cochez (✓) cette case si vous avez accompli votre quart de travail régulier suivant et que vous avez accompli des tâches modifiées, et que vous n'avez pas interrompu votre travail ni subi une perte de gains.

Par tâches modifiées, on entend toute modification ou tout changement apporté à votre travail ou au lieu de travail.

J'ai **interrompu mon travail ou subi une perte de gains** (salaire régulier, prime de quart, prime salariale, autres primes, etc.)

Cochez (✓) cette case si vous avez interrompu le travail ou subi une perte de gains ou si votre employeur vous a payé pendant votre interruption de travail.

L'interruption de travail peut durer une partie d'une journée ou une journée entière ou plus. Cela comprend le temps consacré à une consultation médicale ou à un traitement pour votre lésion ou maladie.

Premier jour d'interruption de travail ou de perte de gains

Indiquez la première date à laquelle vous avez interrompu le travail ou subi une perte de gains.

Section E - Interruption de travail et retour au travail *suite*

2. Si vous avez interrompu votre travail, êtes-vous retourné travailler? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non E2	
si oui,	Indiquez la date de votre retour au travail <input type="text" value="jj"/> <input type="text" value="mm"/> <input type="text" value="aa"/> <input type="checkbox"/> travail régulier <input type="checkbox"/> travail modifié
si non,	avez-vous discuté d'un retour au travail avec votre employeur? E3 <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Votre employeur a-t-il un emploi modifié à vous offrir? <input type="checkbox"/> E4 <input type="checkbox"/> non	

E Gains (n'incluez pas les heures supplémentaires)

E2 Si vous avez interrompu votre travail, êtes-vous retourné travailler?

Cochez (✓) « oui » si vous avez interrompu le travail, mais que vous êtes retourné travailler.

Si oui, indiquez la date de votre retour au travail.

travail régulier travail modifié

Indiquez la date à laquelle vous êtes retourné travailler, et si vous êtes retourné à votre travail régulier ou à un travail modifié.

Cochez « non » si vous n'êtes pas encore retourné travailler.

E3 Avez-vous discuté d'un retour au travail avec votre employeur?

oui non

Le travailleur est tenu de participer activement au processus de retour au travail. Vous devez rester en contact avec votre employeur et discuter d'un retour sécuritaire à votre travail régulier ou à un travail modifié.

Le fait de discuter de votre retour au travail avec votre employeur vous donne l'occasion de soulever certaines des préoccupations ou inquiétudes que vous pourriez avoir concernant le retour au travail, surtout si le professionnel de la santé vous a recommandé des restrictions. Cela donne aussi l'occasion à votre employeur de discuter avec vous de la possibilité de vous offrir un travail modifié au besoin.

E4 Votre employeur a-t-il un emploi modifié à vous offrir?

oui non

Vous êtes tenu d'appeler votre employeur pour savoir s'il a du travail à vous offrir pendant votre rétablissement.

Si, après avoir rempli et envoyé ce formulaire, vous constatez que les renseignements que vous avez indiqués dans cette section doivent être modifiés, veuillez appeler votre agent d'indemnisation immédiatement et lui faire part des changements en question.

Section F – Gains (n’ajoutez pas les heures supplémentaires)

Cette section nous fournit les renseignements de base sur vos gains. La CSPAAT peut les utiliser en vue de vous verser des prestations pour interruption de travail en raison de votre lésion.

F. Gains (n'ajoutez pas les heures supplémentaires)	
1. Taux salarial :	<input type="text"/> \$ par <input type="checkbox"/> heure <input type="checkbox"/> semaine <input type="checkbox"/> autre : <input type="text"/>
2. Nombre habituel d'heures rémunérées :	<input type="text"/> par <input type="checkbox"/> semaine <input type="checkbox"/> autre : <input type="text"/>
3. Si vous avez interrompu votre travail après le jour de l'accident/la maladie, votre employeur a-t-il continué de vous payer?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
4. Avez-vous demandé ou reçu d'autres prestations depuis votre interruption de travail? (par ex., assurance-emploi, indemnités de maladie, prestations d'aide sociale, d'assurance, etc.)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
5. Au moment de l'accident/de la maladie, travailliez-vous pour plus d'un employeur?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

F1 Taux salarial :

Indiquez votre rémunération à l'heure si vous êtes payé à l'heure, et à la semaine si vous êtes payé à la semaine, ou cochez « Autre » si vous touchez un salaire, des commissions ou êtes payé à la pièce, etc. Si vous choisissez « Autre », indiquez le type de paie.

F2 Nombre habituel d'heures rémunérées :

Indiquez le nombre habituel d'heures de travail par semaine.

F3 Si vous avez interrompu votre travail après le jour de l'accident, votre employeur a-t-il continué de vous payer?

oui non

Si vous avez interrompu votre travail en raison de votre lésion, votre employeur a peut-être continué de vous payer pendant l'interruption de travail. Cochez (✓) « oui » si votre employeur a continué de vous payer pendant votre interruption de travail.

F4 Avez-vous demandé ou reçu d'autres prestations depuis votre interruption de travail?

oui non

Vous devez aviser la CSPAAT si vous avez demandé ou reçu d'autres prestations en raison de votre lésion ou interruption de travail.

F5 Au moment de l'accident, travailliez-vous pour plus d'un employeur?

oui non

Cochez « oui » si vous avez travaillé pour plus d'un employeur au moment de votre accident ou maladie. La CSPAAT tient compte de ces renseignements dans le calcul du montant qu'elle vous verse. Ils sont donc importants.

Section G – Déclarations et signature

G. Déclarations et signature			
<p>En apposant ma signature ci-dessous, je demande des prestations en vertu de la <i>Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail</i> pour une lésion ou une maladie reliée au travail. J'autorise également tout professionnel de la santé qui me traite à fournir à mon employeur, à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT) et à moi les renseignements concernant mes capacités fonctionnelles sur le formulaire <i>Détermination des capacités fonctionnelles pour la planification d'un retour au travail rapide et sécuritaire</i> de la CSPAAT.</p> <p>Commets une infraction quiconque fait délibérément des déclarations fausses à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail.</p> <p>J'affirme que tous les renseignements inscrits aux pages 1, 2 et 3 du présent formulaire sont véridiques.</p>			
Signature			Date (jj/mm/aa)
Si vous avez moins de 16 ans, votre parent ou tuteur doit signer son nom ci-dessous pour autoriser la divulgation des renseignements sur vos capacités fonctionnelles.			
Signature	Lien de parenté	Date (jj/mm/aa)	Téléphone
<p>Des renseignements personnels vous concernant seront recueillis dans le cadre de votre dossier en vertu de la <i>Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée</i>. Ces renseignements seront utilisés pour administrer la <i>Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail</i>, votre dossier et les programmes de la CSPAAT. Les renseignements médicaux et non médicaux sont recueillis auprès de fournisseurs de soins de santé, d'établissements de réadaptation professionnelle, de fournisseurs de services de réintégration au marché du travail, d'employeurs, de témoins et d'autres personnes ou organismes au besoin. Le numéro d'assurance sociale utilisé pour enregistrer les demandes de prestations sert à identifier les travailleurs et à émettre les relevés d'impôt sur le revenu, conformément à la <i>Loi de l'impôt sur le revenu</i>. Ces renseignements ne peuvent être divulgués qu'à l'employeur, à des établissements médicaux ou de réadaptation professionnelle ainsi qu'à des organismes de sécurité, des fournisseurs de services et de paiement externes, des chercheurs et autres en vertu de la <i>Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail</i> et de la <i>Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée</i>. Votre nom et votre numéro de téléphone peuvent être divulgués à des tiers, c'est-à-dire des chercheurs qui mènent des enquêtes sur la satisfaction et organisent des groupes de consultation. Toute question doit être adressée au décideur chargé de votre dossier ou sans frais au 1-800-387-5540.</p>			
<p align="center">Vous trouverez une DÉCLARATION SUR LA PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE plus détaillée à l'intention des travailleurs sur le site www.wsib.on.ca ou en composant sans frais le 1-800-387-5540.</p>			
0006B (06/07)		Page 3 de 3	

En apposant votre signature sur ce formulaire, vous demandez des prestations à la CSPAAT pour une lésion ou une maladie reliée au travail et affirmez que tous les renseignements fournis à chaque page du formulaire sont véridiques. Si vous ne signez pas le formulaire, cela pourrait retarder vos prestations.

En signant, vous autorisez aussi le professionnel de la santé qui vous traite, votre employeur et la CSPAAT à vous fournir des renseignements sur vos capacités fonctionnelles pour vous aider à retourner au travail en toute sécurité. Vous ou votre employeur pouvez demander ces renseignements au moyen du formulaire *Détermination des capacités fonctionnelles pour la planification d'un retour au travail rapide et sécuritaire*.

La protection de la vie privée est importante pour nous. Vous pouvez obtenir la déclaration de la CSPAAT sur la protection de la vie privée sur son site Web, www.wsib.on.ca, ou en appelant votre agent d'indemnisation au 1-800-387-5540.

Veillez signer et dater le formulaire et l'envoyer à la CSPAAT par télécopieur ou par la poste. Assurez-vous de garder une copie du formulaire dûment rempli pour vos dossiers et **d'en donner une à votre employeur.**

Poste : CSPAAT
 200, rue Front Ouest
 Toronto ON M5V 3J1

Télécopieur : Numéro local : (416) 344-4684
 Sans frais : 1-888-313-7373



Bureaux de la CSPAAT

GUELPH

Téléphone : (519) 826-4650
Sans frais : 1-888-259-4228

HAMILTON

Téléphone : (905) 523-1800
Sans frais : 1-800-263-8488

KINGSTON

Téléphone : (613) 544-9682
Sans frais : 1-800-267-9461

KITCHENER

Téléphone : (519) 576-4130
Sans frais : 1-800-265-2570

LONDON

Téléphone : (519) 663-2331
Sans frais : 1-800-265-4752

NORTH BAY

Téléphone : (705) 472-5200
Sans frais : 1-800-461-9521

OTTAWA

Téléphone : (613) 237-8840
Sans frais : 1-800-267-9601

SAULT STE. MARIE

Téléphone : (705) 942-3002
Sans frais : 1-800-461-6005

ST. CATHARINES

Téléphone : (905) 687-8622
Sans frais : 1-800-263-2484

SUDBURY

Téléphone : (705) 675-9301
Sans frais : 1-800-461-3350

THUNDER BAY

Téléphone : (807) 343-1710
Sans frais : 1-800-465-3934

TIMMINS

Téléphone : (705) 235-6130
Sans frais : 1-800-461-9856

TORONTO (DIRECTION DES APPELS)

Téléphone : (416) 344-1014
Sans frais : 1-800-387-0773

TORONTO

Téléphone : (416) 344-1000
Télécopieur : (416) 344-4684
Appareil de télécommunication
pour sourds : 1-800-387-0050
Sans frais : 1-800-387-0080
Sans frais en Ontario : 1-800-387-0750

WINDSOR

Téléphone : (519) 966-0660
Sans frais : 1-800-265-7380

www.wsib.on.ca



Workplace Safety &
Insurance Board

Commission de la sécurité
professionnelle et de l'assurance
contre les accidents du travail

◀ TABLE DES MATIÈRES