

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

N° de dossier

A. Renseignements sur le travailleur

Titre ou poste (au moment de l'accident ou de la maladie - n'utilisez pas d'abréviations) Depuis combien de temps ce travailleur occupe-t-il ce poste? Numéro d'assurance sociale

Indiquez si ce travailleur est : dirigeant représentant élu propriétaire conjoint ou parent de l'employeur

Nom de famille Prénom

Adresse (n°, rue, app.)

Ville Province Code postal

Le travailleur est-il protégé par un syndicat ou une convention collective? oui non

Langue préférée du travailleur : Anglais Français Autre

Sexe F M

Numéro de référence du travailleur

Date de naissance jj mm aa

Téléphone ()

Date d'embauche jj mm aa

B. Renseignements sur l'employeur

Appellation commerciale et raison sociale (si différentes) Cochez l'une des cases Numéro d'entreprise **OU** Numéro de compte Inscrivez le numéro

Adresse postale Numéro du groupe de taux Code d'unité de classification

Ville Province Code postal Téléphone ()

Description des activités Votre entreprise compte-t-elle 20 travailleurs ou plus? oui non Télécopieur ()

Adresse de l'établissement où le travailleur est en poste (si différente de l'adresse postale - n'utilisez pas d'abréviations)

Ville Province Code postal Autre numéro de téléphone ()

Plier ici pour l'enveloppe n° 10

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 matin après-midi

2. À qui la maladie ou l'accident a-t-il été déclaré? (Nom et titre) Téléphone poste ()

Date et heure déclarées à l'employeur jj mm aa matin après-midi

3. La lésion est-elle un événement soudain et précis? apparue graduellement? une maladie professionnelle? un décès?

4. Type d'accident ou de maladie (cochez tous les éléments qui s'appliquent)

Heurté ou coincé Chute Glissade ou trébuchement
 Effort excessif Substance nocive ou agent environnemental Accident de véhicule automobile
 Mouvement répétitif Agression
 Incendie ou explosion Autre

5. Région du corps atteinte - (Cochez tous les éléments qui s'appliquent)

Tête Dents Haut du dos Gauche Épaule Droit Gauche Poignet Droit Gauche Hanche Droit Gauche Cheville Visage Cou Bas du dos Bras Main Cuisse Pied Oeil (yeux) Poitrine Abdomen Coude Doigt(s) Genou Orteil(s) Oreille(s) Bassin Avant-bras Bas de la jambe Autre

6. Expliquez comment est survenu l'accident ou la maladie et ce qui l'a causé en indiquant ce que le travailleur faisait à ce moment-là (soulevait une boîte de 50 lb, a glissé sur un plancher mouillé, faisait des mouvements répétitifs, etc.). Précisez la nature de la lésion et tout détail sur l'équipement, les matières, les conditions environnementales (aire de travail, température, bruit, produit chimique, gaz, émanations, autre personne) qui pourrait avoir joué un rôle dans l'accident ou la maladie. **Pour des troubles de santé apparus graduellement, veuillez joindre une description des activités physiques requises pour effectuer le travail.**

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

N° de dossier

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

Nom du travailleur	Numéro d'assurance sociale
--------------------	----------------------------

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

7. L'accident ou la maladie est-il survenu sur la propriété de l'employeur (lieux achetés, loués ou entretenus)? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Précisez où (usine, entrepôt, stationnement, chez un client, etc.)
8. L'accident ou la maladie est-il survenu hors de l'Ontario? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui , où? (ville, province, état, pays)
9. Y a-t-il eu des témoins de cet accident ou cette maladie, et d'autres employés y sont-ils mêlés? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui , veuillez fournir les noms, titres et numéros de téléphone de ces personnes. 1. _____ 2. _____
10. Y a-t-il quelqu'un qui ne travaille pas pour vous qui soit partiellement ou totalement responsable de cet accident ou maladie? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui , veuillez fournir son nom et son numéro de téléphone au travail.
11. Êtes-vous au courant de tout problème, lésion ou troubles de santé semblables ou connexes préexistants? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui , veuillez expliquer.
12. Si vous avez des préoccupations concernant cette demande, veuillez joindre des observations écrites au présent formulaire. <input type="checkbox"/> Observations jointes	

D. Soins de santé

1. Le travailleur a-t-il obtenu des soins de santé pour cette lésion? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	jj mm aa	2. Quand avez-vous appris que le travailleur avait reçu des soins de santé? jj mm aa
Si oui , quand		
3. Où le travailleur a-t-il reçu des soins pour sa lésion? (Cochez tous les éléments qui s'appliquent.) <input type="checkbox"/> Au travail <input type="checkbox"/> Ambulance <input type="checkbox"/> Service des urgences <input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Cabinet d'un professionnel de la santé <input type="checkbox"/> Clinique <input type="checkbox"/> Autre _____		
Nom, adresse et numéro de téléphone du professionnel de la santé qui a soigné ce travailleur ou nom de l'établissement où il a été soigné (si vous le savez) _____		

E. Interruption de travail

1. Veuillez cocher l'un des énoncés suivants. Après le jour de l'accident/où vous avez eu connaissance de la maladie, ce travailleur :		
<input type="checkbox"/> est retourné à son emploi régulier et n'a pas interrompu son travail ni perdu de gains. (Remplissez les sections G et J.)		
<input type="checkbox"/> a accompli un travail modifié et n'a pas interrompu son travail ni perdu de gains. (Remplissez les sections F, G et J.)		
<input type="checkbox"/> a interrompu son travail et/ou perdu des gains. (remplissez TOUTES les sections restantes.)		
Indiquez la date du premier jour de l'interruption de travail jj mm aa	Date où le travailleur est retourné au travail (si vous la connaissez) jj mm aa	<input type="checkbox"/> Travail régulier <input type="checkbox"/> Travail modifié
2. Ces renseignements sur l'interruption de travail sont confirmés par : <input type="checkbox"/> moi-même <input type="checkbox"/> une autre personne Nom _____ Téléphone _____ poste _____		

F. Retour au travail

1. Vous a-t-on fourni des restrictions de travail liées à la lésion de ce travailleur? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	2. Avez-vous discuté d'un travail modifié avec ce travailleur? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	3. Avez-vous offert un travail modifié à ce travailleur? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui , l'offre a-t-elle été <input type="checkbox"/> Acceptée? <input type="checkbox"/> Refusée? <input type="checkbox"/> Si elle a été refusée, veuillez joindre une copie de l'offre écrite présentée au travailleur.
4. Qui a la responsabilité d'organiser le retour au travail du travailleur? <input type="checkbox"/> moi-même <input type="checkbox"/> une autre personne Nom _____			Téléphone _____ poste _____

N° de dossier

Écrivez en **CARACTÈRES D'IMPRIMERIE ET à l'encre noire.**

Nom du travailleur _____ Numéro d'assurance sociale _____

G. Renseignements sur le salaire de base et l'emploi (N'indiquez pas les heures supplémentaires.)

1. Ce travailleur est : **(Veuillez cocher tous les éléments qui s'appliquent.)**

- Permanent à temps plein Occasionnel ou irrégulier Étudiant Apprenti autorisé Propriétaire exploitant ou sous-traitant
 Permanent à temps partiel Travailleur saisonnier Non rémunéré/stagiaire Assurance facultative
 Temporaire à temps plein À contrat
 Temporaire à temps partiel Autre

2. Taux salarial régulier \$ l'heure par jour par semaine autre

H. Renseignements supplémentaires sur le salaire

1. Montant ou code de demande nette Fédéral _____ Provincial _____ 2. La paie de vacances est-elle incluse dans chaque chèque? oui non Indiquez le pourcentage _____ %

3. Date et heure du dernier jour de travail 4. Heures normales le dernier jour de travail 5. Gains réels pour le dernier jour de travail 6. Gains normaux pour le dernier jour de travail

jj mm aa De _____ À _____ \$ _____ \$ _____

matin matin matin
 après-midi après-midi après-midi

7. Avance sur le salaire : Le travailleur est-il payé pendant son rétablissement? oui non Si **oui**, précisez Plein salaire régulier Autre

8. **Autres gains (autres que le salaire régulier) :** Fournissez le **total des gains supplémentaires** pour chacune des quatre semaines précédant l'accident ou la maladie.

* Pour les travailleurs sur quarts rotatifs : Si le cycle de quarts de travail dépasse quatre semaines, veuillez joindre les renseignements sur les gains du dernier cycle complet de quarts avant la date de l'accident ou de la maladie.

Remplissez les espaces ci-dessous pour tout autre gain (indiquez commission, prime de quart, prime, boni, pourboire, etc.)

Periode	Du (jj/mm/aa)	Au (jj/mm/aa)	Paie des heures supplémentaires obligatoires	Paie des heures supplémentaires volontaires				
Semaine 1			\$	\$	\$	\$	\$	\$
Semaine 2			\$	\$	\$	\$	\$	\$
Semaine 3			\$	\$	\$	\$	\$	\$
Semaine 4			\$	\$	\$	\$	\$	\$

I. Horaire de travail (Remplissez **A, B** ou **C**. N'indiquez pas les quarts de travail supplémentaires.)

(A.) Horaire régulier : indiquez les heures et jours de travail normaux. **▶ Par exemple :** du lundi au vendredi, 40 heures

Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi

D	L	M	M	J	V	S
	8	8	8	8	8	

(B.) Quarts rotatifs répétés - Indiquez :

LE NOMBRE DE JOURS DE TRAVAIL	LE NOMBRE DE JOURS DE CONGÉS	LE NOMBRE D'HEURES PAR QUART	LE NOMBRE DE SEMAINES PAR CYCLE

(C.) Horaire varié ou irrégulier - Fournissez le nombre total d'heures régulières et de quarts pour chaque semaine pendant les quatre semaines précédant l'accident ou la maladie. (N'indiquez pas les heures et quarts supplémentaires.)

	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4
Du/Au (jj/mm/aa)				
Total des heures de travail				
Total des quarts de travail				

J. Commet une infraction quiconque fait délibérément des déclarations fausses à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail. J'affirme que tous les renseignements donnés aux pages 1, 2 et 3 de cet avis sont véridiques.

Nom de la personne ayant rempli ce formulaire : (en caractères d'imprimerie) _____ Titre officiel _____

Signature: _____ Téléphone _____ poste _____ Date: dd jj aa

EN VERTU DE LA LOI SUR LA SÉCURITÉ PROFESSIONNELLE ET L'ASSURANCE CONTRE LES ACCIDENTS DU TRAVAIL, VOUS DEVEZ REMETTRE UNE COPIE DU PRÉSENT FORMULAIRE À VOTRE TRAVAILLEUR.

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

N° de dossier

Nom du travailleur

Numéro d'assurance sociale

K. Renseignements supplémentaires

**EN VERTU DE LA LOI SUR LA SÉCURITÉ PROFESSIONNELLE ET L'ASSURANCE CONTRE LES ACCIDENTS DU TRAVAIL,
VOUS DEVEZ REMETTRE UNE COPIE DU PRÉSENT FORMULAIRE À VOTRE TRAVAILLEUR.**