

Soumettez le présent formulaire à wsib.ca/fr/soumettre une fois la personne requérante retournée au travail. Appelez tout d'abord pour éviter le versement de paiements en trop.

Nom de famille		Prénom		Date de la lésion (jj/mmm/aa)	
Adresse					
Ville		Province		Code postal	Date de naissance (jj/mmm/aa)

1	La personne requérante est-elle retournée travailler depuis la lésion?				
	Si oui, indiquez la date où elle est retournée au travail.	Date du retour au travail (jj/mmm/aa)	Heure	Du matin De l'après-midi/du soir	
2	Si la personne requérante a travaillé après la première interruption de travail, veuillez indiquer les dates.	Du (jj/mmm/aa)	Heure	Du matin De l'après-midi/du soir	
		au (jj/mmm/aa)	Heure	Du matin De l'après-midi/du soir	
3	Pour les personnes requérantes des quarts rotatifs seulement, veuillez indiquer les renseignements suivants :	Nombre total de quarts de travail perdus :			
		Nombre d'heures rémunérées par quart :			
4	La personne requérante est-elle retournée au travail dès qu'elle était en mesure de le faire?				
	Si non, indiquez la date et l'heure auxquelles elle aurait pu retourner travailler. Fournissez des détails.				
5	Si elle n'était pas en mesure d'accomplir son ancien travail, quel genre de travail la personne requérante est-elle en mesure de faire?				
	Quelle valeur attribuez-vous à ces services?				Veuillez l'exprimer en pourcentage. %
	Quand la personne requérante pourra-t-elle reprendre son ancien travail si elle le peut?				
6	Indiquez les gains bruts hebdomadaires moyens de la personne requérante depuis son retour au travail.	Gains bruts hebdomadaires moyens		\$	
	Ces gains sont-ils réduits d'une façon quelconque?	Oui	Non		

Si vous avez besoin de la présente communication dans un autre format, veuillez écrire à accessibilite@wsib.on.ca.

7	Si la personne requérante a reçu des prestations ou des versements de votre entreprise ou d'un autre régime d'assurance durant la période d'incapacité, veuillez fournir les renseignements suivants :	Paiement total brut	\$	Dates (jj/mmm/aa)
		Du au		
		Nom de la compagnie d'assurance, s'il y a lieu		
8	Commentaires additionnels.			

Nom de l'employeur		
Signature	Titre officiel	Date (jj/mmm/aa)
Cochez cette case si vous remplissez et soumettez ce formulaire par voie électronique. Cela constitue votre signature. Vous devez indiquer votre nom et la date ci-dessus.		