

Soumettez le présent formulaire et les documents à l'appui à wsib.ca/fr/soumettre.

A. Renseignements sur la travailleuse ou le travailleur									
Nom de famille				Prénom				Numéro d'assurance sociale	
Adresse (numéro, rue, appartement)							Téléphone		
Ville			Province		Code postal		Cellulaire ou autre numéro		
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 : une personne dirigeante une personne représentante élue une personne propriétaire une personne conjointe ou membre de la famille de l'employeur							Date de naissance (jj/mm/aa)		
Sexe* Homme Femme Autre Je préfère ne pas répondre				Langue préférée Anglais Français Autre		Avez-vous besoin d'interprétation? oui non			
Êtes-vous membre d'un syndicat?		oui non		Autorisez-vous votre syndicat à vous représenter dans le cadre de cette demande? oui non		Si oui, autorisez-vous la divulgation de renseignements oraux sur la situation de votre dossier à votre personne représentante syndicale? oui non			
Indiquez le nom et la section locale de votre syndicat.									

* Pourquoi me demandez-vous mon sexe?

Nous calculons les risques et les primes d'assurance en fonction du sexe. Choisissez l'option la plus appropriée dans votre cas.

B. Renseignements sur l'employeur		
Nom de l'entreprise ou de l'employeur		
Adresse		
Ville		Province
Personne qui vous supervise directement		Code postal
		Téléphone de l'entreprise

C. Date de l'accident ou de la maladie et renseignements										
1. Date et heure de l'accident/où vous avez eu connaissance de la maladie (jj/mm/aa)					2. À qui avez-vous déclaré cet accident ou cette maladie? (Nom et titre)					
du matin de l'après-midi/du soir Date et heure déclarées à l'employeur (jj/mm/aa) du matin de l'après-midi/du soir					Téléphone					
3. Siège de la lésion (partie du corps) - (Cochez tous les éléments qui s'appliquent.)										
			Gauche		Droite		Gauche		Droite	
Tête		Dents	Haut du dos		Épaule		Poignet		Hanche	
Visage		Cou	Bas du dos		Bras		Main		Cuisse	
Œil (yeux)		Poitrine	Abdomen		Coude		Doigt(s)		Genou	
Oreille(s)		Bassin			Avant-bras				Bas de la jambe	
Autre :					Êtes-vous une : personne gauchère? personne droitère?					
4. 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 une personne cliente, etc.) :				
5. La maladie ou l'accident est-il survenu hors de la province de l'Ontario?				oui non		Si oui, précisez où (ville, province, État, pays) :				
6. Avez-vous déjà subi une lésion à cette partie du corps?				oui non		7. Avez-vous déjà présenté à la WSIB/CAT une demande de prestations en lien? non oui — en Ontario oui — hors de l'Ontario				

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

wsib.ca/fr | Poste : 200, rue Front Ouest, Toronto (Ontario) M5V 3J1 | Sans frais : 1-800-387-0750 | ATS : 1-800-387-0050 | Télécopieur : 1-888-313-7373

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 (p. ex., lésion au bas du dos en soulevant une boîte de 50 livres, entorse de la cheville gauche en glissant sur un plancher mouillé, éruption cutanée immédiate après l'utilisation d'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.

9. Quand avez-vous commencé à éprouver les problèmes liés à cette lésion ou à ce trouble?

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

11. Si des personnes ont été témoins de votre accident ou que vous avez mentionné vos douleurs ou problèmes à la personne qui vous supervise ou à des collègues, veuillez indiquer leur nom et leur poste.

	Nom	Poste
1		
2		

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

Avez-vous reçu une copie du formulaire 7? oui non

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

D. Renseignements sur les soins de santé — Donnez votre numéro de dossier de la WSIB à votre spécialiste de la santé.

1. Avez-vous obtenu les premiers soins au travail?	oui non	Si oui, quand? (jj/mm/aa)	Et de qui? (nom)
2. Où avez-vous obtenu des soins hors du travail pour votre lésion? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.)			
	Établissement ou hôpital (nom et adresse)		Date (jj/mm/aa)
Poste de soins infirmiers		Ambulance	
Service des urgences		Cabinet d'une personne spécialiste de la santé	
Hospitalisation		Clinique	
3. Vous a-t-on prescrit des médicaments d'ordonnance?	oui non	4. Avez-vous fait l'objet d'une orientation en vue d'autres tests ou traitements?	oui non
5. Avez-vous consulté votre spécialiste de la santé au sujet d'un retour à votre travail habituel ou à un travail modifié?	oui non	Si oui, des limitations relatives au travail ont-elles été recommandées?	oui non
6. Avez-vous dit à votre employeur que vous aviez reçu des soins médicaux?	oui non	Si non, veuillez l'en aviser immédiatement.	
Si oui, quand? (jj/mm/aa)	Et à qui? (nom et poste)		

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 habituel** 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 habituel, prime de quart, prime salariale, autres primes, etc.)
 Premier jour d'interruption de travail ou de perte de gains (jj/mm/aa)

2. Si vous avez interrompu votre travail, l'avez-vous repris? oui non

Si **oui**, indiquez la date de votre retour au travail (jj/mm/aa). Travail habituel
Travail modifié

Si **non**, avez-vous discuté d'un retour au travail avec votre employeur? oui non

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

F. Gains (n'ajoutez pas les heures supplémentaires)

1. Taux de rémunération \$ par heure semaine autre

2. Nombre habituel d'heures rémunérées par semaine autre

3. Si vous avez interrompu votre travail après le jour de l'accident/de la maladie, votre employeur a-t-il continué de vous payer? oui 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.)? oui non

5. Au moment de l'accident/de la maladie, travailliez-vous pour plus d'un employeur? oui non

G. Déclarations et signature

En apposant ma signature ci-dessous, je demande des prestations en vertu de la *Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail* pour une lésion ou une maladie reliée au travail. J'autorise également toute personne spécialiste 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 et à moi les renseignements concernant mes capacités fonctionnelles sur le formulaire *Détermination des capacités fonctionnelles pour la planification d'un retour au travail rapide et sécuritaire* de la WSIB.

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 du présent formulaire sont véridiques.

Nom	Signature	Date (jj/mm/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.

Si vous avez moins de 16 ans, l'un de vos parents ou votre tutrice ou tuteur doit autoriser la divulgation des renseignements sur vos capacités fonctionnelles.

Nom	Signature	Lien de parenté	Date (jj/mm/aa)	Téléphone
-----	-----------	-----------------	-----------------	-----------

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.

Des renseignements personnels vous concernant sont collectés dans le cadre de votre dossier en vertu de la *Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail*. Ces renseignements sont utilisés pour administrer votre ou vos dossiers et les programmes de la Commission. Des renseignements médicaux et non médicaux sont collectés auprès de prestataires de soins de santé, d'établissements de réadaptation professionnelle, de prestataires de services de réintégration au marché du travail, d'employeurs, de témoins, de l'Agence du revenu du Canada (ARC) et d'autres personnes ou organismes au besoin. Votre numéro d'assurance sociale sert à enregistrer les demandes de prestations, à identifier les travailleuses et les travailleurs et à produire les relevés d'impôt sur le revenu. Il est collecté en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu*. Ces renseignements peuvent seulement être divulgués à l'employeur, à des personnes consultantes médicales externes, à des prestataires de services externes, à des chercheuses et à des chercheurs, à des personnes tierces pour recouvrer des coûts et à d'autres personnes ou organismes en vertu de la *Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail* et de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*. Votre nom et votre numéro de téléphone peuvent être divulgués à des personnes tierces chargées de mener des enquêtes de satisfaction et des groupes de discussion. Les appels que nous recevons ou effectuons peuvent être enregistrés pour en assurer la qualité. Toute question concernant la collecte de ces renseignements doit être posée à la personne décideuse chargée de votre dossier ou en composant le 1-800-387-0750.

Vous pouvez obtenir une déclaration plus détaillée sur la protection de la vie privée à wsib.ca/fr ou en composant sans frais le 1-800-387-0750.

Nom de famille

Prénom

Numéro d'assurance sociale

H. Renseignements supplémentaires