



Veillez indiquer ici tout changement d'adresse ou toute correction.

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'INVALIDITÉ À LONG TERME – 2019

Conformément à la *Loi sur les accidents du travail*, les prestations d'invalidité à long terme sont rajustées annuellement au *mois anniversaire* de votre blessure ou de la réapparition de votre blessure.

Pour éviter une interruption de vos prestations, veuillez suivre ces directives :

- **Lisez ce questionnaire attentivement et répondez à toutes les questions qui s'appliquent.** Si vous avez besoin d'aide, vous pouvez communiquer avec la personne responsable de votre réclamation.
- **Assurez que tous les revenus déclarés pour 2018 sont accompagnés d'une photocopie de vos feuillets d'impôt (T). N'envoyez PAS vos originaux.** S'il le faut, vous pouvez communiquer avec l'Agence du revenu du Canada au 1 800 959-7383 afin de demander des copies de tous vos feuillets T de 2018.
- **Envoyez le questionnaire rempli d'ici le 29 mars 2019** dans l'enveloppe-réponse sous ce pli.

VEUILLEZ REMPLIR CE QUI SUIT :

1. **Exemptions d'impôt sur le revenu** : Lors du calcul de vos prestations, nous utilisons toujours votre exemption personnelle de base. Si vous demandez d'autres exemptions (pour personnes handicapées ou pour conjoint) (c'est-à-dire « Je demande une exemption pour ma femme / mon mari. »), cela pourrait avoir un effet sur vos prestations. Vous devez fournir une preuve des autres exemptions demandées. **Veillez cocher la case ci-dessous qui correspond à votre situation :**

Je demande l'exemption suivante sur ma déclaration d'impôt :

- Exemption personnelle de base
 Exemption personnelle de base **ET d'autres exemptions**

Pour obtenir une preuve d'autres exemptions, veuillez communiquer avec l'Agence du revenu du Canada au 1 800 959-7383 et demander un **Relevé des renseignements de la déclaration d'impôt pour l'année 2018 « RC143 – Option C »**. Dès que vous l'aurez reçu, veuillez nous en envoyer une copie.

2. **Revenus d'emploi**

a) **J'ai travaillé pour un employeur en 2018 :** Oui Non

Total des revenus en 2018 (selon la case 14 de tous les feuillets T4 pour 2018) : _____ \$

Nom de l'employeur : _____ Titre du poste : _____

N° de téléphone : _____ Taux horaire : _____ \$

Personne-ressource : _____ Date d'embauche (mois / année) : _____

b) **J'ai reçu des prestations d'assurance-emploi en 2018 :** Oui Non

Montant reçu (selon la case 14 de tous les feuillets T4-E pour 2018) : _____ \$

c) **J'étais un travailleur indépendant ou j'ai exploité une entreprise en 2018 :** Oui Non

- Si oui :**
1. Inclure une photocopie du **T2125 – État des résultats des activités d'une entreprise**.
 2. Inclure un relevé des renseignements de la déclaration d'impôt **RC143 – Option C pour 2018**.
 3. La date limite pour présenter ce questionnaire est repoussée au 14 juin 2019.

Nous offrons un service en ligne sécurisé vous donnant un accès facile à des renseignements sur votre réclamation. Le portail de Mes services vous permet d'en apprendre au sujet des services et des prestations; de voir l'état de votre réclamation et des dates de paiement; d'accéder à un système de courriel sécurisé; et encore plus. Pour apprendre comment vous inscrire et demander un NIP, allez à travailsecuritairenb.ca/messervices.

3. **Rémunération** : (Veuillez répondre à chaque question.)

Remarque : Si vous avez commencé à recevoir l'un des revenus énumérés ci-dessous et si vous n'avez pas encore avisé Travail sécuritaire NB, veuillez le faire en composant le 1 800 222-9775 immédiatement.

Recevez-vous des prestations ou une pension :	Oui	Non	Montant mensuel pour l'année 2019
– d' <i>invalidité</i> du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$
– d' <i>invalidité</i> de la « Social Security Administration » des États-Unis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$
– d' <i>invalidité</i> à court terme de l'employeur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$
– d' <i>invalidité</i> à long terme de l'employeur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$
– de l'employeur pour congé de maladie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$
– d'une autre assurance-salaire, fournie par : (nom du fournisseur)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$
– d'un autre genre ou d'une source non énumérée ci-dessus, fourni par : (nom du fournisseur)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$
L'an dernier (en 2018), avez-vous reçu :			Montant
– un versement global d'indemnité de départ ou de cessation d'emploi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$
– tout autre revenu. Veuillez préciser : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$

REMARQUE : Veuillez inclure des photocopies de tous les feuillets « T » que vous avez reçus pour 2018.

4. Depuis janvier 2018, votre situation d'emploi a-t-elle changé de façon importante? (Par exemple : nouvel emploi, augmentation de salaire, mise à pied, manque de travail, etc.). Si oui, nous vous appellerons pour obtenir les détails.
 Oui Non

DÉCLARATION

J'atteste que les déclarations que j'ai faites dans ce questionnaire sont vraies et complètes pour autant que je sache. Je suis conscient du fait que si je fais sciemment et délibérément une fausse déclaration à Travail sécuritaire NB, par une action ou une omission, qui fait que Travail sécuritaire NB verse des paiements ou offre des services qui n'auraient pas été faits ou offerts autrement, l'organisme peut déposer une plainte criminelle auprès des autorités policières appropriées ou intenter une action civile contre moi en vue de récupérer toute perte. Je suis également conscient que mes prestations peuvent être retenues pour rembourser toute prestation que j'aurais reçue en trop en raison d'une fausse déclaration que j'ai faite à Travail sécuritaire NB par une action ou une omission. Par la présente, j'autorise Travail sécuritaire NB à vérifier tout renseignement concernant mes gains de toutes sources.

Signature : _____ Date : _____
 N° de téléphone à domicile : _____ Cellulaire : _____
 N° d'assurance sociale : _____ Date de naissance : _____

Commentaires : _____

