

**Numéro de réclamation :**

**QUESTIONNAIRE À L'INTENTION DES CONJOINTS SURVIVANTS**

Les prestations que vous recevez de Travail sécuritaire NB font l'objet d'une étude chaque année à la date anniversaire du décès de votre conjoint et sont rajustées en fonction du pourcentage d'augmentation fixé par Travail sécuritaire NB. Pour éviter toute interruption de vos prestations, nous vous demanderions de remplir ce questionnaire et de nous le retourner **au plus tard le 24 mars 2023** dans l'enveloppe-réponse sous ce pli. Tout revenu déclaré doit être accompagné d'une *photocopie* de **tous vos feuillets d'impôt pour l'année 2022** (T3, T4, T4A, T4E, T5, etc.). Si vous avez un revenu autre que des prestations de conjoint survivant du Régime de pensions du Canada / Régime de rentes du Québec ou de Travail sécuritaire NB, vous devez nous faire parvenir une *photocopie* de votre **relevé des renseignements d'ordre fiscal de l'Agence du revenu du Canada pour l'année 2022**. Vous n'avez qu'à téléphoner au 1 800 959-7383 pour obtenir ce relevé. **REMARQUE : Les originaux ne seront PAS retournés.**

**REVENU**

1. Revenu d'emploi pour l'année 2022 (montant brut) \_\_\_\_\_ \$
2. Prestations d'assurance-emploi pour l'année 2022 (montant brut) \_\_\_\_\_ \$
3. Prestations de conjoint survivant en vertu du Régime de pensions du Canada / Régime de rentes du Québec pour l'année 2022  
 [Joindre une copie de votre feuillet T4A (P) pour l'année 2022.] \_\_\_\_\_ \$  
**(Veuillez n'indiquer que votre portion du total des prestations et non celle des personnes à votre charge.)**
4. **Autres revenus** pour l'année 2022 (montant brut, avec documentation) \_\_\_\_\_ \$

**PERSONNES À CHARGE**

(Veuillez indiquer le nom de tout enfant à votre charge.)

Nom de l'enfant	À l'école à plein temps	Date de naissance
_____	Oui__Non__	----- / ----- / ----- année mois jour
_____	Oui__Non__	----- / ----- / ----- année mois jour
_____	Oui__Non__	----- / ----- / ----- année mois jour

Autres personnes à votre charge (expliquez) : \_\_\_\_\_

Si vous avez des personnes à votre charge qui sont invalides (veuillez préciser lesquelles), quelles déductions demandez-vous sur votre déclaration d'impôt? \_\_\_\_\_ \$

**DÉCLARATION**

***J'atteste que les déclarations que j'ai faites dans ce questionnaire sont vraies et complètes pour autant que je sache.***

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
 N° d'assurance sociale : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 N° de téléphone (domicile) : \_\_\_\_\_ N° de téléphone (travail) : \_\_\_\_\_  
 N° de téléphone cellulaire : \_\_\_\_\_

**Si vous avez des questions, n'hésitez surtout pas à communiquer avec l'Unité des pensions et de l'invalidité à long terme au 1 800 999-9775.**

Pour transmettre votre questionnaire par courriel, joignez le formulaire rempli à un courriel, indiquez « Questionnaire annuel » dans la ligne de mention objet et adressez-le à [application-demande@ws-ts.nb.ca](mailto:application-demande@ws-ts.nb.ca).

Travail sécuritaire NB vous rappelle que le fait de transmettre des documents en se servant d'un réseau de courriel non sécurisé augmente les risques d'atteinte à la vie privée. Pour obtenir plus de renseignements, veuillez lire l'[énoncé de confidentialité de Travail sécuritaire NB](#).

Vous pouvez aussi envoyer cette demande par la poste ou par télécopie: Travail sécuritaire NB, 1, rue Portland, case postale 160, Saint John NB E2L 3X9. Télécopieur sans frais : 1 888 629-4722