

Présentez ce formulaire lorsque vous faites une demande de prestations d'indemnisation de Travail sécuritaire NB comme des prestations pour perte de salaire ou soins médicaux (physiothérapie, médicaments, etc.) à la suite d'une blessure subie au travail ou d'une maladie professionnelle. Il faut envoyer le formulaire rempli à Travail sécuritaire NB **dans un délai de un an** à partir de la date de l'accident / la blessure ou de la maladie.

## **Vous avez subi une blessure au travail? Nous sommes là pour vous aider!**

Personne n'aime être blessé. C'est cependant rassurant de savoir que si vous subissez une blessure, vous avez une équipe fiable à votre service. Il faut commencer en signalant votre blessure à votre employeur. Si vous ne l'avez pas déjà fait, avisez votre superviseur, votre gestionnaire ou une autre personne appropriée à votre lieu de travail de votre accident / blessure ou de votre maladie aussitôt que possible.

**Il est important de signaler sa blessure ou sa maladie aussitôt que possible pour assurer de recevoir l'aide nécessaire.**

Votre santé et votre mieux-être sont une priorité. Cela signifie la prestation de soins médicaux et du remplacement du salaire rapides. Nous savons qu'il peut être difficile d'attendre. Pour aider à assurer qu'une décision soit prise sur votre demande de prestations dès que possible, il est important de remplir toutes les sections en entier.

Voici les renseignements dont vous aurez besoin :

- Numéros d'assurance-maladie et d'assurance sociale
- Nom et numéro de téléphone de la personne-ressource chez votre employeur
- Détails de l'accident / la blessure ou de la maladie, y compris la date et le lieu
- Nom du fournisseur de soins de santé et date de la consultation si vous avez reçu des soins médicaux
- **Talons de chèques de paie** (ou preuve du revenu semblable) pour les quatre semaines précédant votre arrêt de travail si vous demandez le remplacement de votre salaire
- Chèque annulé ou renseignements bancaires (numéros de succursale, d'institution financière et de compte)

Nous ne pouvons pas donner suite à votre demande tant que nous n'avons pas reçu **TOUS les renseignements nécessaires**.

## **Maintenir un lien**

Le travail est bon. Il permet au travailleur d'avoir un lien social et lui donne un but à atteindre, qui contribuent à leur tour à son mieux-être physique et mental. Des preuves démontrent que le travail aide aussi à accélérer le rétablissement. Pour vous appuyer pendant votre rétablissement, votre employeur, des fournisseurs de soins de santé et d'autres personnes feront tous les efforts possibles pour vous permettre de maintenir un lien avec votre lieu de travail.

- L'**employeur** doit garder le contact avec vous tout au long du processus de rétablissement pour vous permettre de maintenir votre lien avec le lieu de travail; vous offrir des tâches utiles et productives ou d'autres travaux convenables qui sont sécuritaires et dans la mesure de vos aptitudes; assurer que vos superviseurs et collègues vous soutiennent pendant votre rétablissement; et collaborer avec toutes les parties associées à votre retour au travail. Ces obligations s'appliquent à tous les employeurs de la province, peu importe la taille de l'entreprise, son industrie ou son profil des risques.
- Le **travailleur** doit garder le contact avec son employeur et Travail sécuritaire NB tout au long du processus de rétablissement; collaborer avec l'employeur pour trouver des travaux convenables qui sont sécuritaires et dans la mesure de ses aptitudes; et collaborer avec Travail sécuritaire NB, y compris fournir les renseignements nécessaires.
- Le **médecin** offre des soins médicaux rapides; présente des rapports à Travail sécuritaire NB; aide à établir les attentes; et facilite les efforts en vue d'un retour au travail à l'aide d'une communication efficace et d'une collaboration avec toutes les parties associées au retour au travail.
- **Travail sécuritaire NB** administre les soins de santé et le remplacement du salaire; coordonne et surveille les soins de santé et services de réadaptation nécessaires; aide à élaborer, à gérer et à surveiller le plan de retour au travail; et aide à établir les attentes pour les travailleurs et les employeurs.

Pour en apprendre plus sur le processus de réclamation, les prestations offertes, et un retour au travail sain et sécuritaire, veuillez visiter [travailsecuritairenb.ca/travailleurs](http://travailsecuritairenb.ca/travailleurs). Si vous avez des questions, veuillez nous appeler au numéro sans frais **1 800 999-9775** (lundi au vendredi, de 8 h 00 à 16 h 30).

**Sauvegardez ce formulaire à votre ordinateur ou lecteur réseau AVANT de commencer, sans quoi vous pourriez perdre des renseignements.** Si vous ouvrez le formulaire dans un navigateur, nous vous recommandons d'utiliser Internet Explorer ou Edge.

Sauvegardez ce formulaire à votre ordinateur ou lecteur réseau **AVANT** de commencer, sans quoi vous pourriez perdre des renseignements. Si vous ouvrez le formulaire dans un navigateur, nous vous recommandons d'utiliser Internet Explorer ou Edge.

Date de la demande (aaaa-mm-jj)

## Quelles prestations demandez-vous?

- Soins médicaux (remplir les sections 1, 2, 3, 4, 6 et 7)
- Remplacement du salaire (remplir toutes les sections)
- Remplacement du salaire et soins médicaux (remplir toutes les sections)
- Aucune prestation en ce moment (remplir les sections 1, 2, 3, 4, 6 et 7)

## 1. Demande

Présentez-vous une demande de prestations de Travail sécuritaire NB dans un délai de un an à partir de la date de votre blessure ou maladie?  Oui  Non

Vous devez signaler tout accident / toute blessure ou toute maladie à votre employeur dès que possible.

Avez-vous signalé votre blessure ou maladie à votre employeur?  Oui  Non

Si oui, indiquez la date. (aaaa-mm-jj)

Veillez indiquer que vous avez donné les renseignements suivants à votre employeur :

- Date et heure de l'accident                       Partie(s) du corps atteinte(s)
- Cause de la blessure                                 Lieu où l'accident est survenu
- Les soins médicaux que vous avez reçus, s'il en est (donnez le nom du fournisseur de soins de santé / de l'hôpital / de la clinique et la date de la consultation)

Vous êtes-vous absenté du travail après le jour de l'accident en raison de cette blessure ou maladie?  Oui  Non

## 2. Vos renseignements

Nom de famille		Prénom		
Numéro et rue			Numéro d'appartement	
Ville / Village		Code postal	Profession	
Numéro de téléphone (cellulaire)	Numéro de téléphone (domicile)	Numéro de téléphone (travail / autre)	Moment de la journée qui vous convient pour un appel <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Après-midi	
Adresse de courriel	Date de naissance (aaaa-mm-ii)	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X	Numéro d'assurance-maladie	Numéro d'assurance sociale
Employeur		Adresse de l'employeur (rue ou case postale)		
Ville / Village		Personne-ressource chez l'employeur	Numéro de téléphone de la personne-ressource chez l'employeur	

## 3. Blessure ou maladie

Qu'est-ce qui a causé votre blessure ou maladie? <input type="checkbox"/> Un incident précis a causé la blessure ou maladie (date : _____ , heure : _____ ) <input type="checkbox"/> La blessure ou maladie est survenue sur une période (date à laquelle vous avez remarqué les symptômes pour la première fois : _____ ) <input type="checkbox"/> Il s'agit d'une réapparition d'une blessure ou d'une maladie antérieure liée au travail (ancien numéro de réclamation : _____ )		
Partie(s) du corps atteinte(s)	Précisez le côté gauche ou droit, ou les deux. <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Les deux	Adresse / Emplacement du lieu de travail où l'accident / la blessure ou la maladie est survenu
Décrivez en détail l'accident, y compris ce qui pourrait avoir contribué à votre blessure ou maladie.		
Avez-vous reçu des soins médicaux? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, indiquez le nom du fournisseur de soins de santé ou de l'hôpital / la clinique : _____ Date de la consultation (aaaa-mm-jj) : _____	

## 4. Tâches de travail

Votre employeur doit vous offrir des tâches modifiées qui sont utiles et productives, ou d'autres travaux convenables qui sont sécuritaires et dans la mesure de vos aptitudes.

Votre employeur vous a-t-il offert un travail modifié (différentes tâches, heures réduites, etc.)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, quand? (aaaa-mm-jj)	Êtes-vous retourné au travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, indiquez la date. (aaaa-mm-jj) <input type="checkbox"/> À temps plein <input type="checkbox"/> À temps partiel <input type="checkbox"/> Toutes vos tâches <input type="checkbox"/> Tâches modifiées
--	---

## 5. Heures de travail et salaire

Ne remplissez cette section **que si vous vous êtes absenté du travail et demandez un remplacement de votre salaire** en raison de votre blessure ou maladie.

Des **talons de chèques de paie pour les quatre semaines qui précèdent immédiatement votre arrêt de travail** en raison de votre blessure ou maladie doivent accompagner votre demande. Si vous ne savez pas comment les obtenir, veuillez le demander à votre employeur.

Dernière date à laquelle vous avez travaillé (aaaa-mm-jj)	Avez-vous été payé pour la pleine journée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Êtes-vous retourné au travail de façon temporaire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, indiquez la (les) date(s). (aaaa-mm-jj)
Date d'entrée en service (aaaa-mm-jj)	Fréquence de travail <input type="checkbox"/> Permanent à temps plein <input type="checkbox"/> Permanent à temps partiel <input type="checkbox"/> Saisonnier <input type="checkbox"/> Occasionnel Si vous êtes un travailleur saisonnier ou occasionnel, donnez la date du début de l'emploi : _____ et la date prévue de la fin de l'emploi : _____	

<p>Type de travail</p> <p><input type="checkbox"/> Propriétaire-exploitant</p> <p><input type="checkbox"/> Sous-traitant</p> <p><input type="checkbox"/> Travailleur à la pièce (payé en fonction de la quantité produite / des services rendus)</p> <p><input type="checkbox"/> Ne s'applique pas</p>	<p>Travaillez-vous les mêmes jours chaque semaine? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, indiquez les heures travaillées chaque jour de la semaine.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 14.28%;">Lun.</th> <th style="width: 14.28%;">Mar.</th> <th style="width: 14.28%;">Mer.</th> <th style="width: 14.28%;">Jeu.</th> <th style="width: 14.28%;">Ven.</th> <th style="width: 14.28%;">Sam.</th> <th style="width: 14.28%;">Dim.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Si non, nombre moyen d'heures par jour : _____</p> <p>Si non, nombre moyen de jours par semaine : _____</p>	Lun.	Mar.	Mer.	Jeu.	Ven.	Sam.	Dim.							
Lun.	Mar.	Mer.	Jeu.	Ven.	Sam.	Dim.									
<p>Lorsque vous présentez votre déclaration d'impôt, déclarez-vous votre conjoint comme une personne à charge? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>															
<p>Avez-vous reçu des prestations d'assurance-emploi ou en avez-vous fait la demande depuis votre arrêt de travail en raison de cette blessure ou maladie ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>															
<p>Votre employeur vous a-t-il versé un remplacement de votre salaire (congé de maladie, vacances, etc.) depuis la date de votre blessure ou maladie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>															
<p>Travail sécuritaire NB a besoin de vos <b>renseignements bancaires pour effectuer le paiement du remplacement de votre salaire, le remboursement de vos frais de déplacement, etc.</b> Vous pouvez donner ces renseignements en joignant un chèque annulé par le biais de cette demande ou en fournissant les renseignements suivants :</p> <p>Numéro de succursale : _____ Institution financière : _____ Numéro de compte : _____</p> <p>Les numéros bancaires dont vous avez besoin figurent au bas de vos chèques. Vous pouvez également les obtenir en visitant le site Web de votre institution financière et en cliquant sur « Dépôt direct » ou « Prélèvements automatiques ». (Le nom des onglets pourrait varier.)</p>															

## 6. Déclaration et consentement

- Je déclare que tous les renseignements que j'ai fournis sont, à ma connaissance, véridiques et exacts.
- J'accepte d'aviser Travail sécuritaire NB immédiatement de tout revenu lié à mon emploi touché pendant que je reçois des prestations d'indemnisation, peu importe la source, d'un retour au travail ou de tout autre changement de circonstances qui pourraient avoir un effet sur cette demande de prestations.
- J'autorise Travail sécuritaire NB à recueillir, à utiliser, à communiquer ou à divulguer des renseignements relatifs à cette demande de prestations, y compris des renseignements médicaux et financiers, comme la loi le prévoit et conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques*, à la *Loi sur le droit à l'information et la protection de la vie privée* et à la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé*. Travail sécuritaire NB prend la protection de votre vie privée au sérieux. Veuillez lire notre énoncé de confidentialité qui se trouve à la page Web [Accès à l'information et protection des renseignements personnels](#).
- J'accepte que tout fournisseur de soins de santé pourrait transmettre des renseignements médicaux concernant ma demande de prestations auprès de Travail sécuritaire NB, et qu'il pourrait fournir tout renseignement concernant ma capacité de retourner au travail à Travail sécuritaire NB ou à mon employeur, et j'y consens.

Nom	Signature (travailleur ou personne à charge)	Date (aaaa-mm-jj)
-----	--	-------------------

## 7. Confirmation et transmission

Avant de transmettre le formulaire, assurez-vous d'avoir :

- rempli toutes les sections nécessaires en entier;
- joint vos talons de chèques de paie (si vous présentez une demande de remplacement du salaire);
- joint une copie d'un chèque annulé ou donné vos renseignements bancaires.

Pour transmettre votre demande par courriel, joignez le formulaire rempli à un courriel, indiquez « Demande de prestations » 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 vous servant d'un réseau de courriel non sécurisé augmente les risques d'atteinte à la vie privée. Pour obtenir plus de renseignements, veuillez lire notre énoncé de confidentialité qui se trouve à la page Web [Accès à l'information et protection des renseignements personnels](#).

Vous pouvez aussi envoyer votre *Demande de prestations d'indemnisation des travailleurs* 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