

Nom au complet du travailleur:

E – Catégorie d'emploi

34. Type d'emploi du travailleur : a) Permanent		b) Non - permanent	
<i>Type d'emploi permanent</i> - <input type="checkbox"/> Poste de période déterminée (<i>plus d'un an</i>) <input type="checkbox"/> Permanent à plein temps ou temps partiel <input type="checkbox"/> Poste d'apprenti <input type="checkbox"/> Poste d'assistance <input type="checkbox"/> Autre		<i>Type d'emploi non permanent</i> - <input type="checkbox"/> Poste de période déterminée (<i>plus d'un an</i>) <input type="checkbox"/> Poste saisonnier <input type="checkbox"/> Poste d'été pour étudiant <input type="checkbox"/> Poste occasionnel <input type="checkbox"/> Poste d'apprenti	
35. Le poste peut-il faire l'objet de mises à pied saisonnières ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		36. Le poste peut-il faire l'objet de mises à pied pour manque de travail ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
37. Date d'embauche : AA MM JJ			

F – Renseignements sur l'horaire de travail (*Veillez répondre à toutes les questions qui s'appliquent.*)

38. Nombre de jours travaillés _____ Nombre de jours en congé _____	39. Nombre d'heure par quart de travail / jour. _____	40. Nombre d'heures par rotation. _____
41. Encerchez les jours de travail d'une rotation complète. L M M J V S D L M M J V S D L M M J V S D L M M J V S D		
42. Date du début de la rotation AA MM JJ Date de la fin de la rotation AA MM JJ		

SI VOUS N'AVEZ PAS ÉTÉ ABSENT DU TRAVAIL et que vos tâches ou votre salaire N'ONT PAS CHANGÉ, allez au bas de la page, signez et indiquez la date à l'espace prévu et envoyez le rapport. SI VOUS AVEZ ÉTÉ ABSENT DU TRAVAIL ou si vos tâches ou votre salaire ont été modifiés, veuillez répondre à TOUTES les questions du formulaire.

G – Renseignements sur le salaire (*Veillez répondre à toutes les questions*)

43. Taux horaire de votre salaire ? _____ \$/h Quel est le montant de vos gains bruts annuels ? _____ <i>Veillez préciser si vous ne touchez pas un taux horaire ou un salaire.</i>	
44. Recevez-vous d'autres prestations ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, précisez le montant ou la moyenne (p. ex. congé payé, indemnité d'établissement, etc.)	
45. Faites-vous régulièrement des heures supplémentaires ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
46. Donnez une estimation du nombre d'heures supplémentaires _____ (encerchez par semaine, / par mois ou par année).	47. Taux des heures supplémentaires : _____ \$/h
48. Êtes-vous payé pendant les arrêts de travail ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
49. Avez-vous un autre emploi ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, avez-vous dû vous en absenter en raison de cette blessure ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> (<i>Si vous avez plus d'un autre employeur, veuillez donner la liste de tous les employeurs et leurs coordonnées.</i>)	
Nom du deuxième employeur : _____ Personnes-ressources et numéro de téléphone : _____	

CONSENTEMENT DU TRAVAILLEUR

Par la présente, je demande une indemnisation en raison d'un accident du travail ou maladie professionnelle.

Échange d'information- Je comprends que la CSIT utilisera l'information susmentionnée à mon sujet à la seule fin de faire une enquête sur cette demande d'indemnisation. Je comprends aussi que la CSIT doit collecter des renseignements au sujet de mon accident du travail et de mes antécédents médicaux et professionnels afin de gérer ma demande. À cette seule fin, certains renseignements personnels peuvent être communiqués à des employeurs, du personnel médical et autres tiers pertinents.

L'autorise la CSIT à fournir et collecter ces renseignements de toutes les sources nécessaires, y compris les dossiers des hôpitaux, des médecins et d'emploi.

Exactitude de l'information – Je comprends que l'administration de la demande risque d'être retardée si toutes les sections de ce formulaire ne sont pas remplies. Je comprends aussi qu'il est illégal de fournir de l'information erronée.

J'atteste que l'information donnée est fidèle et exacte. Je comprends qu'il peut être un crime de faire sciemment une fausse déclaration ou de travailler et de toucher un revenu tout en recevant une indemnité pour accident du travail sans en informer la CSIT.

Signature: _____

Date: _____

Témoin: _____

Date: _____

Pour obtenir plus d'information sur notre législation et nos politiques, allez à
www.wcb.nt.ca • www.wcbnunavut.ca

Si vous désirez plus d'information ou de l'aide pour remplir ce formulaire, veuillez communiquer avec l'un de nos bureaux indiqués ci-dessous.

Siège social : CP 8888 • Yellowknife, NT X1A 2R3 • Téléphone : (867) 920-3888 • Sans frais : 1-800-661-0792 • Télécopieur : (867) 873-4596 • Télécopie sans frais : 1-866-277-3677

or

CP 669 • Iqaluit, NU X0A 0H0 • Téléphone : (867) 979-8500 • Sans frais : 1-877-404-4407 • Télécopieur : (867) 979-8531 • Télécopie sans frais : 1-866-979-8501

Page Web • www.wcb.nt.ca or www.wcbnunavut.ca