WSCC Workers' Safety & Compensation Commission | Commission de la sécurité au travail et de l'indemnisation des travailleurs

Rapport du travailleur sur la déficience auditive due au bruit

VEUILLEZ REMPLIR ET RETOURNER CE FORMULAIRE À L'ADRESSE INDIQUÉE AU VERSO. VEUILLEZ ÉCRIRE LISIBLEMENT EN LETTRES MOULÉES.

Numéro de dossier

Renseignements sur le travailleur

Nom					Employeur actuel	
Prénom(s)					Date d'embauche du travailleur	
Adresse postale (inclure le code postal)					Adresse postale de l'employeur (inclure le code postal)	
Numéro de téléphone (inclure l'indicatif régional)					Numéro de téléphone et(ou) de télécopieur de l'employeur (inclure l'indicatif régional)	
Adresse courriel					Adresse courriel de l'employeur	
Numéro d'assurance sociale						
Sexe ☐ M ☐ F ☐ X	Date de naissance	AA	MM	JJ	Emploi actuel	Si sans emploi, indiquez la date du licenciement.

DONNEZ TOUTES LES PRÉCISIONS SUR VOTRE EXPOSITION AU NIVEAU ÉLEVÉ DE BRUIT EN INDIQUANT LES NOMS DES EMPLOYEURS ET LES PÉRIODES D'EMPLOI RESPECTIVES. LES RENSEIGNEMENTS INCOMPLETS PEUVENT RETARDER LA DEMANDE.

TERRITOIRES DU NORD-OUEST ET NUNAVUT

Nom, adresse et numéro de téléphone de l'employeur (inclure l'indicatif régional)	Période de	Période à	Occupation et type(s) d'exposition au bruit
	ANNÉE	ANNÉE	
	ANNÉE	ANNÉE	
	ANNÉE	ANNÉE	
	ANNÉE	ANNÉE	

À L'EXTÉRIEUR DES TERRITOIRES DU NORD-OUEST ET DU NUNAVUT

Nom, adresse et numéro de téléphone de l'employeur (inclure l'indicatif régional)	Période de	Période à	Occupation et type(s) d'exposition au bruit
	ANNÉE	ANNÉE	
	ANNÉE	ANNÉE	

Veuillez joindre tout renseignement additionnel.

POUR VOTRE PROTECTION, VEUILLEZ REMPLIR LE VERSO ET RETOURNER CE RAPPORT.

1. Quand avez-vous constaté que vous aviez un problème d'audition?	
• L'avez-vous signalé à votre employeur?	
• Le cas échéant, à quel moment et à qui?	
2. Avez-vous déjà eu un examen d'acuité auditive?	
• Le cas échéant, précisez la date et le nom de la personne qui vous a fait passer l'examen. Veuillez fournir une copie des audiogrammes (tests d'audition) avec votre rapport.	
3. Souffrez-vous d'acouphène (bourdonnement dans les oreilles)?	
• Depuis combien de temps souffrez-vous d'acouphène?	
• Si vous souffrez d'acouphène depuis plus de deux ans, veuillez soumettre les renseignements médicaux documentant la condition.	
• Le bourdonnement est-il sporadique ou constant?	
4. Avez-vous déjà porté une aide à l'audition?	
• Le cas échéant, précisez la date et le lieu où vous l'avez achetée?	
5. Avez-vous déjà été exposé(e) à une explosion ou à une déflagration? **Veuillez préciser.**	
6. Avez-vous fait une demande, ou avez-vous l'intention de le faire, auprès de la Commission au sujet de la déficience auditive? **Veuillez préciser.**	
7. Avez-vous été exposé à des niveaux sonores élevés en dehors de votre emploi, par exemple à la chasse, en motoneige, avec des instruments de musique, etc.? **Veuillez fournir des détails**.	
• Si vous chassez, de quel côté tenez-vous votre arme pour tirer?	
8. Avez-vous déjà eu des problèmes médicaux liés à une déficience auditive ou une intervention à l'oreille?	

9. Avez-vous déjà eu des arrêts de travail à cause de vos problèmes auditifs? Le cas échéant, veuillez en préciser les dates.	AA	MM	JJ	à	AA	MM	JJ	

10. Autres commentaires. Veuillez ajouter des commentaires qui pourraient aider à l'examen de votre demande.	

VEUILLEZ VOUS ASSURER DE BIEN REMPLIR LES DEUX CÔTÉS DE CE FORMULAIRE

CONSENTEMENT DU TRAVAILLEUR

Par la présente, je demande une indemnité pour déficience auditive due au bruit.

Échange d'information – Je comprends que la CSTIT utilisera les renseignements susmentionnés à mon sujet uniquement à des fins d'enquête dans le cadre de cette demande. Je comprends également que la CSTIT devra obtenir d'autres renseignements au sujet de mon exposition et antécédents médicaux et professionnels aux fins du dossier. À cette fin, et seulement à cette fin, il se peut que des renseignements personnels soient divulgués à des employeurs, du personnel médical et tiers pertinent. Pour en savoir davantage, veuillez lire notre *énoncé sur la protection des renseignements personnels à l'intention des travailleurs* à wscc.nt.ca/fr ou à wscc.nu.ca/fr.

J'autorise la CSTIT à fournir et obtenir ces renseignements des sources nécessaires, incluant les dossiers des hôpitaux, des médecins et des employeurs.

Précision de l'information – Je comprends que si je fournis des renseignements incomplets, ma demande peut être retardée et qu'il est illégal de donner de l'information fausse.

Je déclare que les renseignements susmentionnés sont vrais et corrects. Je comprends que je commets un acte criminel en faisant une fausse demande ou en travaillant et gagnant de l'argent tout en touchant une indemnisation des accidentés du travail sans en informer la CSTIT.

DATE	VEUILLEZ IMPRIMER LE FORMULAIRE POUR LE SIGNER SIGNATURE
DATE	VEUILLEZ IMPRIMER LE FORMULAIRE POUR LE SIGNER TÉMOIN

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

ou

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

wscc.nt.ca • wscc.nu.ca

CS014 0321

This form is available in English
ᑖᓐᓇ ᑕᑕᑎᓇᐊᓕᒃ ᐊᑐᐃᓐᓇᖅ ᐃᓄᒃᑎᑐᑦ
Una titiraq piinnarialik pilugu Inuinnaqtun