



Téléphone : 204-954-4321  
(Sans frais : 1-855-954-4321)  
333, Broadway, Winnipeg R3C 4W3  
wcb.mb.ca

# Rapport d'incident du travailleur

Numéro de réclamation

3

## Renseignements sur le travailleur (Veuillez inscrire les dates en suivant le format JJ-MM-AAAA.)

Nom de famille		Prénom	
Adresse		Ville	Province
Code postal	Numéro de téléphone	Adresse courriel	
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)		NIP	
Numéro d'assurance sociale	Genre	Titre du poste	

## Renseignements sur l'employeur

Nom d'entreprise		Adresse (indiquez la succursale, le cas échéant)	
Ville	Province	Code postal	Numéro de téléphone

## Détails de la blessure

Date de l'incident (JJ-MM-AAAA)	Partie(s) du corps touchée(s) par la blessure		
Date du signalement à l'employeur (JJ-MM-AAAA)	Nom et poste de la personne à qui l'incident a été signalé		
Veuillez décrire l'incident de la manière la plus détaillée possible. (Utilisez une feuille séparée si nécessaire. Indiquez les témoins, le cas échéant.)			

Ville et province où s'est produit l'incident

L'incident est-il survenu dans les lieux de votre employeur? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si non, indiquez le nom et l'adresse du lieu où l'incident s'est produit.		
--	---	--	--

## Nom et adresse du ou des médecins ou de l'hôpital ou des hôpitaux qui ont administré le traitement (Joindre une feuille séparée, au besoin.)

Nom	Adresse	Date de la consultation (JJ-MM-AAAA)
-----	---------	--------------------------------------

## Arrêt de travail et salaires (Ne remplissez cette section que si vous avez manqué du travail en dehors de la date de l'incident.)

Pouvez-vous indiquer votre dernière date et votre dernière heure de travail avant l'incident?	(JJ-MM-AAAA) à _____	Heure <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
Avez-vous repris le travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, quand?	(JJ-MM-AAAA) à _____	Heure <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
Avez-vous touché un salaire de la part de votre employeur pendant votre absence du travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Aviez-vous d'autres sources de revenus d'emploi?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Combien d'heures travaillez-vous par semaine? Si cela varie, veuillez décrire votre horaire.	Quels sont vos jours de congé habituels? Si cela varie, veuillez décrire votre horaire.	
Quel est votre salaire horaire actuel?	Quels sont vos gains bruts habituels? (Indiquez s'il s'agit de votre salaire hebdomadaire, bimensuel, etc.)	
Quel est votre état matrimonial? <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Conjoint(e) de fait <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e)	Si vous êtes marié(e)/en union libre, est-ce que votre conjoint(e) travaille? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	Si votre conjoint(e) est sans emploi, figure-t-il ou figure-t-elle parmi les personnes à votre charge aux fins de l'impôt sur le revenu? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Envoyez ce formulaire par télécopieur – à Winnipeg : 204-954-4999 | Sans frais : 1-877-872-3804  
Pour signaler la réclamation plus rapidement, veuillez composer le 204-954-4321 | Sans frais 1-855-954-4321

Nom du travailleur	Numéro de réclamation	3
--------------------	-----------------------	---

## Arrêt de travail et salaire (suite)

Avez-vous le droit de réclamer personnellement une déduction sur votre déclaration de revenus de l'année en cours pour :		
Avez-vous des enfants à charge âgés de 18 ans ou moins?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, combien de personnes à charge?
Avez-vous des enfants handicapés à charge âgés de 18 ans ou moins?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, combien de personnes à charge?
Avez-vous des frais de garde d'enfants?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, estimez la retenue pour l'année d'imposition en cours.
Versez-vous une pension alimentaire?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, indiquez le montant mensuel. \$ Indiquez le total annuel \$
Avez-vous fait une demande de revenu auprès d'autres sources? (p. ex., AE, RPC, assurance sociale, régime d'invalidité de votre entreprise, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, veuillez indiquer lesquelles.

## Protection

L'incident impliquait-il une ou des personnes qui ne sont pas à l'emploi de votre employeur?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, indiquez le nom et l'adresse de chaque personne.
Etes-vous un(e) associé(e), un administrateur ou une administratrice ou le propriétaire unique de l'entreprise? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Étes-vous un(e) sous-traitant(e)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : <input type="checkbox"/> Construction <input type="checkbox"/> Exploitation forestière (Remplissez les sections appropriées ci-dessous.)
Étes-vous un(e) propriétaire exploitant(e)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez : <input type="checkbox"/> Service de messagerie <input type="checkbox"/> Transport par camion <input type="checkbox"/> Remorquage
<b>Veuillez répondre aux questions suivantes si l'incident s'est produit entre le 1<sup>er</sup> janvier 1992 et le 31 décembre 2005.</b>		
Etes-vous un membre de la famille de votre employeur (ou si l'employeur est une société par actions, un membre de la famille d'un administrateur de la société)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si oui, au moment de l'incident, résidiez-vous avec votre employeur ou l'administrateur? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

## Agriculture

Avez-vous des liens avec le ou la propriétaire de la ferme? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---

## Sous-traitant ou propriétaire exploitant (Ne remplissez cette section que si vous êtes sous-traitant ou propriétaire exploitant.)

Étes-vous couvert(e) en vertu de la protection de la WCB de votre employeur?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si non, êtes-vous inscrit(e) à la WCB? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Travaillez-vous dans une société en nom collectif?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Employez-vous d'autres travailleurs? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

## Sous-traitant en construction

Fournissez-vous de l'équipement ou des matériaux? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, veuillez préciser.
---	----------------------------

## Sous-traitant dans le domaine de l'exploitation forestière

Fournissez-vous de l'équipement ou des matériaux? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, veuillez préciser.	
Faisiez-vous une coupe en vertu du permis de vente de bois d'œuvre, du permis de coupe ou du permis de scierie de votre société?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si non, en vertu du permis de vente de bois d'œuvre, du permis de coupe ou du permis de scierie de quelle entreprise ou société faisiez-vous la coupe?

## Le propriétaire exploitant est un service de messagerie

Quel est le poids nominal brut du véhicule? (Cette information est disponible dans l'enregistrement d'Autopac.)
---

## Propriétaire exploitant dans le domaine du transport par camion

Effectuez-vous du débardage dans un rayon de 16 km de la ville où se situe le radius de la gare de résidence? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Étes-vous un conducteur/une conductrice sur longue distance? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Fournissez-vous un véhicule? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, combien de véhicules fournissez-vous?

Je comprends qu'en vertu de la *Loi sur les accidents du travail*, la WCB peut recueillir des renseignements à mon sujet afin de statuer sur ma réclamation et de traiter cette dernière et que l'information contenue dans ma réclamation peut être divulguée à mon employeur ou à un représentant de l'employeur aux fins des programmes de la WCB ou être communiquée à des tiers, dans la portée permise par la législation, notamment la *Loi sur les accidents du travail*, la *Loi sur les renseignements médicaux personnels* et la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*. Les renseignements recueillis peuvent être utilisés dans le cadre d'évaluations et de sondages pour la WCB. De plus, votre adresse courriel peut servir de voie de communication pour partager de l'information pertinente sur la WCB ou votre réclamation. La *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* autorise la WCB à recueillir des adresses courriel à cette fin.

Si vous avez des questions au sujet de la collecte, l'utilisation ou la divulgation de l'information dans votre réclamation, veuillez communiquer avec l'agent d'accès à l'information et de protection de la vie privée de la WCB au 204 954-4557 ou sans frais au 1 855 954-4321, poste 4557. Si vous avez d'autres questions à propos de votre réclamation, prière de communiquer avec le centre de service aux réclamations au 204-954-4321 ou sans frais au 1-855-954-4321.

Remarque : L'information dans ce formulaire est recueillie en vertu des articles 36(1) de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*, 13(1) de la *Loi sur les renseignements médicaux personnels* et la *Loi sur les accidents du travail*.

### Renonciation liée aux renseignements médicaux

J'autorise les personnes détentrices de renseignements médicaux ou autres que la WCB détermine comme étant pertinents pour cette réclamation à communiquer ces renseignements à la WCB à sa demande.

### Renseignements sur le revenu de l'Agence du revenu du Canada

Pour établir les indemnités auxquelles vous pourriez avoir droit, la WCB peut demander des renseignements en matière de l'impôt sur le revenu. Ceci comprend des exemplaires de vos déclarations de revenus et d'autres renseignements de contribuables, y compris les feuillets d'information complémentaire et des états financiers détenus par l'Agence du revenu du Canada. Si cette information est requise, on vous demandera de donner votre autorisation à la WCB.

Signature du travailleur <b>X</b>	Date (JJ/MM/AAAA)
--------------------------------------	-------------------