



RENSEIGNEMENTS SUR LE TRAVAILLEUR

Nom de famille _____		Prénom _____		Initiales _____		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
Adresse postale _____ _____ _____				Téléphone (domicile) _____			
				Téléphone (travail) _____			
				Adresse courriel _____			
Date de naissance (j/m/a) _____		Durant les périodes très occupées, employez-vous 20 travailleurs ou plus? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Numéro d'assurance sociale _____			
Nom et adresse de l'employeur (y compris le ministère gouvernemental, s'il y a lieu) _____ _____ _____				Emploi _____			
				Nom du superviseur _____			
				Téléphone de l'employeur _____			
				Tél. cellulaire de l'employeur _____			

PRÉCISIONS AU SUJET DE LA BLESSURE/MALADIE DU TRAVAILLEUR

Date de la blessure/maladie. Si la blessure est survenue avec le temps, indiquez la date à laquelle le travailleur vous a informé de ses problèmes la première fois (j/m/a). _____			Heure _____			<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Après-midi	
Quel équipement le travailleur utilisait-il au moment de l'incident? _____			Partie du corps touchée par la blessure (indiquez côté droit ou côté gauche) _____				
Décrivez ce qui est arrivé? _____ _____							
Avez-vous des raisons de croire que cette demande de règlement devrait être refusée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			À quel moment la blessure/maladie a-t-elle été signalée au superviseur? _____				
Le travailleur a-t-il soumis un formulaire de Signalement d'une blessure ou d'une maladie professionnelle par l'employé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			Ville ou localité où est survenu l'incident? _____				
Des premiers soins ont-ils été donnés sur les lieux de travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, joindre une copie du Rapport sur les premiers soins		L'incident (blessure/maladie) est-il survenu sur le lieu de travail de l'employeur? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Le travailleur travaillait-il pour l'employeur au moment de l'incident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Le travailleur a-t-il consulté un médecin à l'extérieur des lieux de son travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Le travailleur s'est-il absenté du travail après l'incident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, il s'agit d'une Réclamation pour perte d'heures de travail? _____			

RÉCLAMATION POUR PERTE D'HEURES DE TRAVAIL?

Le travailleur est-il retourné au travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, quand (j/m/a)? _____		Si non, avez-vous élaboré un Plan de retour au travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Indiquez le montant du salaire brut du travailleur pour les 2 périodes de paye complètes précédant la blessure/maladie					
Du (date) _____		au (date) _____		_____ \$	
et du (date) _____		au (date) _____		_____ \$	
OU : À qui devrait-on demander ces renseignements? _____		* Si la réclamation touche la perte d'heures de travail, il se peut qu'on communique avec vous pour obtenir de plus amples renseignements		Téléphone _____	

Le rapport doit être soumis à la Commission de la santé et de la sécurité au travail du Yukon dès que possible. Les employeurs recevront une amende si ce rapport n'est pas soumis dans les 3 jours suivant la constatation de la blessure. Le rapport peut être soumis par télécopieur, par la poste ou en personne à nos bureaux.

Les blessures graves (y compris les fractures, la perte de conscience, etc.) doivent être signalées à la Commission de la santé et de la sécurité au travail du Yukon IMMÉDIATEMENT : Composer le 867-667-5450 ou le 1-800-661-0443.

À PROPOS DE VOS RENSEIGNEMENTS

Je déclare que les renseignements ci-dessus sont exacts et complets à ma connaissance et que je suis autorisé à signer ce rapport au nom de l'employeur.

Signature _____ Date (j/m/a) _____

Nom en lettres détachées _____ Numéro de téléphone _____