



**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)				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 VOTRE BLESSURE/MALADIE**

Décrivez ce qui est arrivé? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Partie du corps touchée par la blessure (indiquez côté droit ou côté gauche)		Avez-vous déjà été blessé à cet endroit? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Date de la blessure/maladie (j/m/a)		Si votre blessure est survenue avec le temps, indiquez la date à laquelle vous avez commencé à avoir des problèmes?	
À qui avez-vous déclaré l'incident?		Quand avez-vous déclaré l'incident (j/m/a)?	
Quelles étaient vos heures de travail lors de la journée de l'incident? (de/à)		Quel équipement était utilisé au moment de l'incident?	
Des premiers soins ont-ils été donnés sur les lieux de travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Travailliez-vous pour votre employeur au moment de l'incident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	L'incident (blessure/maladie) est-il survenu sur les lieux de travail de l'employeur? <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	Si oui, à quel endroit?		
Quand?		Qui vous a donné des soins?	
Vous êtes-vous absenté du travail après l'incident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Êtes-vous retourné au travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, quand (j/m/a)?	

Si vous ne l'avez pas déjà fait, vous devez déclarer l'incident (blessure/maladie) à votre employeur dès que possible. Vous pouvez lui donner une copie de ce formulaire.

**À PROPOS DE VOS RENSEIGNEMENTS**

Je déclare que les renseignements ci-dessus sont exacts et complets et que je fais une demande de prestations en vertu de la *Loi sur les accidents du travail*. J'autorise la divulgation de tout renseignement médical ou professionnel à la Commission de la santé et de la sécurité au travail du Yukon au sujet de ma réclamation.

Signature \_\_\_\_\_ Date (j/m/a) \_\_\_\_\_

Ces renseignements sont recueillis en vertu de la *Loi sur les accidents du travail* afin de déterminer l'admissibilité aux prestations. La CSSTY peut obtenir et divulguer des renseignements concernant cette réclamation à l'employeur en cas d'appel, ou peut divulguer de tels renseignements à d'autres parties en vertu de la Loi, y compris la *Loi sur les accidents du travail*.

Pour en savoir davantage sur la façon de remplir ce formulaire, composer le 867-667-5645 ou le 1-800-661-0443.