

Nom	Date de naissance (jj/mmm/aaaa)
<p>1. Votre employeur a soumis une demande en votre nom pour nous faire part de votre éventuelle infection par la COVID-19 au travail. Demandez-vous des prestations à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (WSIB) parce que vous pensez avoir contracté la COVID-19 au travail ou en raison de votre travail?</p> <p style="text-align: center;">Oui Non (nous retirerons votre demande. Veuillez ne pas répondre aux questions restantes.)</p>	
<p>2. Veuillez fournir des détails concernant la façon dont vous pensez avoir contracté la COVID-19 et le moment. Par exemple, avez-vous été en contact au travail avec une personne à l'égard de laquelle un diagnostic de COVID-19 était confirmé ou probable? Comment avez-vous contracté la COVID-19 au travail?</p>	
<p>3. Avez-vous eu des symptômes de la COVID-19? Si « Oui », quand avez-vous commencé à les ressentir?</p> <p style="text-align: center;">Oui Date de début des symptômes :</p> <p style="text-align: center;"> Décrivez vos symptômes :</p> <p style="text-align: center;">Non</p>	
<p>4. Avez-vous subi un test de dépistage de la COVID-19?</p> <p style="text-align: center;">Oui. Type de test : Test moléculaire (test PCR ou test moléculaire rapide) Test antigénique rapide (au travail ou à domicile)</p> <p style="text-align: center;">Date du test initial : Lieu du test initial :</p> <p style="text-align: center;">Résultat du test initial : Positif Négatif</p> <p style="text-align: center;">Date du test de confirmation : Lieu du test de confirmation :</p> <p style="text-align: center;">Résultat du test de confirmation : Positif Négatif</p> <p style="text-align: center;">Veuillez soumettre une copie des résultats des tests à wsib.ca/fr/soumettre, en indiquant clairement votre numéro de dossier.</p> <p style="text-align: center;">Non. Raison justifiant l'absence de test :</p>	
<p>5. Avez-vous consulté une ou un médecin ou autre spécialiste de la santé, reçu un traitement ou fait l'objet d'une hospitalisation en raison de la COVID-19?</p> <p style="text-align: center;">Oui Non</p> <p>Si « Oui », de manière virtuelle ou en personne?</p> <p>Pour chaque prestataire de soins de santé ou hospitalisation, veuillez remplir les champs ci-dessous :</p> <p>A. Date de la visite et(ou) de l'hospitalisation :</p> <p>B. Nom du prestataire, adresse, numéros de téléphone et de télécopieur :</p>	

Si vous avez besoin de la présente communication dans un autre format, veuillez écrire à accessibility@wsib.on.ca.

C. Description des tests, du traitement et(ou) des orientations en lien avec le diagnostic de COVID-19 :

6. A. Quel est votre titre de poste?

B. Veuillez décrire vos tâches et votre milieu de travail (à l'intérieur ou à l'extérieur, travail à domicile, usine, entrepôt, bureau, etc.) :

7. Une personne au sein de votre foyer ou une personne amie proche que vous voyez souvent a-t-elle reçu un diagnostic de COVID-19?

Oui Non

Si « Oui », est-ce qu'elle présentait des symptômes ou a reçu son diagnostic dans les deux semaines avant votre infection par la COVID-19? Veuillez fournir des détails, sans mentionner le nom de la personne :

8. Veuillez décrire vos activités hors du travail, notamment les sports, les activités en salle d'entraînement, les activités sociales ou les endroits que vous fréquentez et où vous interagissez avec d'autres personnes :

Dans l'une de vos activités hors du travail, avez-vous subi une exposition à une ou plusieurs personnes atteintes ou possiblement atteintes de la COVID-19 dans les deux semaines précédant votre diagnostic de COVID-19?

Oui Non

9. Avez-vous interrompu le travail ou subi une perte de salaire en raison de la COVID-19?

Oui

Dates d'interruption de travail :

Raison de l'interruption de travail (choisir tout ce qui s'applique) :

Résultat positif à un test pour la COVID-19

Auto-isollement/quarantaine à titre préventif

Symptômes de la COVID-19

Autre (veuillez préciser) :

Non



Soumettez tout formulaire ou document relié à votre demande à wsib.ca/fr/soumettre.

10. Avez-vous repris le travail?

Oui. Veuillez indiquer la date de votre retour au travail :

Non. A. Quelle est la date prévue de votre retour au travail?

B. Avez-vous l'autorisation médicale d'interrompre le travail pendant plus de dix jours après l'apparition de vos symptômes?

Oui


Non

11. Veuillez fournir tout renseignement supplémentaire que vous jugez pertinent à l'égard de votre demande de prestations pour COVID-19 :

Attestation :

En cochant cette case, je soussigné(e), _____, reconnais ce qui suit et en conviens :

- les renseignements que j'ai fournis sont véridiques;
- je comprends que toute personne qui fait délibérément des déclarations fausses à la WSIB commet une infraction.

 Soumettez tout formulaire ou document relié à votre demande à wsib.ca/fr/soumettre.