

Soumettez le présent formulaire à wsib.ca/fr/soumettre une fois la personne requérante retournée au travail. Appelez tout d'abord pour éviter le versement de paiements en trop.

Nom de famille	Prénom	Date de la lésion (jj/mmm/aa)	
Adresse			
Ville	Province	Code postal	Date de naissance (jj/mmm/aa)

1	<p>La personne requérante est-elle retournée travailler depuis la lésion?</p> <p>Si oui, indiquez la date où elle est retournée au travail.</p>	<p>Date du retour au travail (jj/mmm/aa)</p>	<p>Heure</p>	<p>Du matin De l'après-midi/du soir</p>
2	<p>Si la personne requérante a travaillé après la première interruption de travail, veuillez indiquer les dates.</p>	<p>Du (jj/mmm/aa)</p> <p>au (jj/mmm/aa)</p>	<p>Heure</p> <p>Heure</p>	<p>Du matin De l'après-midi/du soir</p> <p>Du matin De l'après-midi/du soir</p>
3	<p>Pour les personnes requérantes des quarts rotatifs seulement, veuillez indiquer les renseignements suivants :</p>	<p>Nombre total de quarts de travail perdus :</p> <p>Nombre d'heures rémunérées par quart :</p>		
4	<p>La personne requérante est-elle retournée au travail dès qu'elle était en mesure de le faire?</p> <p>Si non, indiquez la date et l'heure auxquelles elle aurait pu retourner travailler. Fournissez des détails.</p>			
5	<p>Si elle n'était pas en mesure d'accomplir son ancien travail, quel genre de travail la personne requérante est-elle en mesure de faire?</p> <p>Quelle valeur attribuez-vous à ces services?</p> <p>Quand la personne requérante pourra-t-elle reprendre son ancien travail si elle le peut?</p>	<p style="text-align: right;">Veuillez l'exprimer en pourcentage. %</p>		
6	<p>Indiquez les gains bruts hebdomadaires moyens de la personne requérante depuis son retour au travail.</p> <p>Ces gains sont-ils réduits d'une façon quelconque?</p>	<p>Gains bruts hebdomadaires moyens \$</p> <p>Oui Non</p>		

Envoyez un courriel à accessibilite@wsib.on.ca si vous avez besoin d'un autre format ou d'adaptations.

7	Si la personne requérante a reçu des prestations ou des versements de votre entreprise ou d'un autre régime d'assurance durant la période d'incapacité, veuillez fournir les renseignements suivants :	Paiement total brut	\$	Dates (jj/mmm/aa)
		Du au		
		Nom de la compagnie d'assurance, s'il y a lieu		
8	Commentaires additionnels.			

Nom de l'employeur		
Signature	Titre officiel	Date (jj/mmm/aa)
Cochez cette case si vous remplissez et soumettez ce formulaire par voie électronique. Cela constitue votre signature. Vous devez indiquer votre nom et la date ci-dessus.		