

Visitez wsib.ca/fr/soumettre pour soumettre le présent formulaire et les documents à l'appui.

Personne requérante	Numéro de dossier	Lésion ou maladie	Date de la lésion ou de l'accident initial
---------------------	-------------------	-------------------	--

1. Cochez l'énoncé qui décrit le mieux la situation actuelle de la personne requérante et remplissez le formulaire en suivant les instructions.
 La personne requérante **n'a pas** interrompu le travail ni perdu des gains (répondez **seulement** aux questions 2 et 3).
 La personne requérante **a interrompu le travail** et **est** retournée au travail (répondez **seulement** aux questions 2 à 5).
 La personne requérante **a interrompu le travail** et **n'est pas** retournée au travail (répondez **seulement** aux questions 6 à 10).

2. La personne requérante est retournée au travail et a fait un/son/des/ses (cochez tous les éléments qui s'appliquent). a) travail habituel ou travail modifié b) salaire habituel ou salaire réduit c) heures habituelles ou heures réduites	3. a) Indiquez la situation quant au retour au travail. <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Un programme de retour au travail a-t-il été établi?</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Oui</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Non</td> </tr> <tr> <td>Se déroule-t-il comme prévu?</td> <td style="text-align: center;">Oui</td> <td style="text-align: center;">Non</td> </tr> </table> b) Avez-vous besoin de notre aide pour le retour au travail de la personne requérante? <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Oui</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Non</td> </tr> </table>	Un programme de retour au travail a-t-il été établi?	Oui	Non	Se déroule-t-il comme prévu?	Oui	Non		Oui	Non
Un programme de retour au travail a-t-il été établi?	Oui	Non								
Se déroule-t-il comme prévu?	Oui	Non								
	Oui	Non								

Fournissez toute précision concernant le retour au travail de la personne requérante.

4. Date et heure du retour au travail	du matin	de l'après-midi ou du soir
---------------------------------------	----------	----------------------------

5. a) Total des quarts de travail ou jours perdus
b) Si la personne requérante a un horaire de quarts rotatifs répétés, fournissez la durée de chaque quart ou jour perdu (p. ex. quatre jours de travail, quatre jours de congé — ou — horaire établi à cinq jours par semaine, mais les jours de travail varient chaque semaine).

6. Qui a la responsabilité d'organiser le retour au travail de la personne requérante?	Moi	Une autre personne
Nom	Poste	Téléphone

7. A-t-on communiqué avec la personne requérante pour discuter de sa situation et du retour au travail?	Oui	Non
Précisions		
Si oui, quelle est la date de la dernière prise de contact/discussion (jj/mmm/aaaa)?		
Résultat de cette discussion :		

8. Avez-vous reçu les renseignements sur les restrictions ou capacités fonctionnelles de cette personne requérante pour planifier un retour au travail?	Oui	Non
Si oui, quand les avez-vous reçus? (jj/mmm/aaaa)		
Comment les avez-vous reçus?	Formulaire Détermination des capacités fonctionnelles de la WSIB	Note de médecin
	Autre formulaire de détermination des capacités fonctionnelles	Autre

9. Pouvez-vous adapter le travail/lieu de travail de cette personne requérante?	Oui	Non
---	-----	-----

10. Veuillez indiquer pourquoi la personne requérante n'est pas retournée au travail.

Toute fausse déclaration faite à la WSIB constitue une infraction. Je déclare que tous les renseignements fournis sur cette page sont véridiques.

Nom de la personne ayant rempli ce rapport	Titre officiel
Signature	Téléphone
	Date (jj/mmm/aaaa)

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.

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