

Le

Numéro de dossier :

Nom :

Date de la lésion ou maladie :

Lésion ou maladie :

Bonjour,

Nous avons reçu une demande de prestations pour perte auditive due au bruit en milieu de travail de la part de . Cette personne nous a indiqué qu'elle travaillait ou avait travaillé pour votre entreprise. Elle estime que les niveaux de bruit dans votre lieu de travail pouvaient avoir causé sa perte auditive ou y avoir contribué. Vous n'êtes peut-être pas au courant de sa perte auditive, car il se peut qu'elle l'ait remarquée plusieurs années après avoir travaillé pour vous.

Nous avons besoin de renseignements supplémentaires de votre part afin de déterminer si cette personne a droit à des prestations pour déficience auditive due au bruit. Nous vous demandons de nous envoyer les renseignements suivants dans les **30 jours** suivant la date de la présente lettre. Vous pouvez nous fournir des copies des documents originaux :

1. des relevés sonores à l'aire de travail et la mesure des bruits auxquels la personne requérante est ou a été exposée, s'il y a lieu;
2. tous les audiogrammes que l'entreprise a obtenus pour la personne requérante, s'il y a lieu;
3. le présent formulaire dûment rempli dans un délai de 30 jours.

Si les relevés et(ou) les audiogrammes ne sont pas à votre disposition immédiate, vous pouvez nous les envoyer plus tard. Assurez-vous d'indiquer le numéro de dossier en nous envoyant des renseignements au sujet de ce dossier.

Merci de bien vouloir collaborer et de nous envoyer autant de renseignements que possible. La Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (WSIB) a le pouvoir de vous imposer une amende de 250 \$ si vous ne remplissez pas, ne signez pas et ne retournez pas le présent formulaire dans les 30 jours.

Nous vous remercions de votre collaboration. Si vous avez des questions, veuillez nous appeler au 1-800-387-0750 ou visiter [wsib.ca/fr](http://wsib.ca/fr).

Envoyez un courriel à [accessibilite@wsib.on.ca](mailto:accessibilite@wsib.on.ca) si vous avez besoin d'un autre format ou d'adaptations.



**Antécédents professionnels de la personne requérante (suite)**

Veillez fournir des détails sur les niveaux de bruit dangereux auxquels la personne requérante a été exposée en travaillant pour votre entreprise. Indiquez les niveaux de bruit réels et la durée quotidienne d'exposition. Si vous ne disposez pas des niveaux de bruit réels, veuillez fournir leur estimation. La WSIB dispose de renseignements sur les niveaux de bruit dans ce secteur d'activité au cas où vous ne pourriez pas fournir une estimation des niveaux de bruit dans les aires de travail pertinentes.

La personne requérante travaillait-elle à temps plein lors de son exposition à des bruits dangereux? Oui    Non

Aire de travail, numéro d'usine ou numéro de service	Titre du poste de la personne requérante	Outils et équipement utilisés	Période d'emploi (jj/mmm/aaaa)	Date du relevé sonore (jj/mmm/aaaa)	Niveau de bruit (dB)	Nombre d'heures d'exposition
			Du au			
			Du au			
			Du au			
			Du au			
			Du au			
			Du au			

Nom	Signature		
Titre de poste	Date (jj/mmm/aaaa)	Numéro de téléphone	

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.