

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

| A. Renseignements sur le travailleur | | | | |
|--------------------------------------|------------|----------------------|---------------------|---------------------------------|
| Nom de famille | | Prénom | | Initiales |
| Adresse actuelle | | Ville | Province | Code postal |
| Est-ce une nouvelle adresse? | Oui Non | Téléphone (domicile) | Téléphone (travail) | Date de naissance (jj/mmm/aaaa) |

| B. Renseignements sur les frais | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------------------------------------------------|-------------------------|--------------|
| <ul style="list-style-type: none"> Les reçus originaux et les ordonnances DOIVENT être joints. Ce formulaire ne doit pas être utilisé pour le remboursement des médicaments. | | | | |
| Description du service/produit | Quantité | Recommandé par (nom, adresse et numéro de téléphone) | Date d'achat du service | Montant (\$) |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| | |
|---------------------|-------|
| Autres commentaires | Total |
| | |

| C. Déclaration du travailleur | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------|
| <p>Par la présente, je déclare que, à ma connaissance, les renseignements figurant sur le présent formulaire sont véridiques, exacts et complets et que les produits ou services qui m'ont été fournis étaient pour mon usage personnel dans le cadre de mon dossier de la WSIB. Je consens à soumettre tous les reçus originaux à la WSIB. Je ne demanderai pas de remboursement auprès de tout autre assureur ou organisme pour les frais payés par la WSIB. J'autorise également la divulgation à la WSIB de tout renseignement concernant les frais énumérés dans ce formulaire.</p> | | |
| Nom | Signature | Date (jj/mmm/aaaa) |
| <p>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.</p> | | |

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