

A. Renseignements sur la travailleuse ou le travailleur			
Nom de famille		Prénom	
Adresse (numéro, rue, appartement)			
Ville		Province	Code postal
Numéro de téléphone	Adresse électronique	Date de naissance (jj/mmm/aaaa)	Numéro d'assurance sociale
Numéro de carte de mineur(euse) ou de fiche de paie		Langue préférée	
<p>1. Quand avez-vous remarqué votre perte auditive pour la première fois? Date (jj/mmm/aaaa) _____</p> <p style="text-align: right;">Votre perte auditive a-t-elle été progressive ou soudaine?</p> <p>Quand avez-vous obtenu les premiers soins médicaux pour votre perte auditive? Date (jj/mmm/aaaa) _____</p> <p>Vos oreilles bourdonnent-elles? Oui Non</p> <p>Depuis combien de temps vos oreilles bourdonnent-elles? _____</p> <p>Ce bourdonnement est-il constant et(ou) intense? Constant Intense Les deux</p>			
<p>2. Avez-vous une prothèse auditive? Oui Non</p> <p>Quand avez-vous reçu vos premières prothèses auditives (s'il y a lieu)? _____</p> <p>Avez-vous déjà subi une évaluation chez un(e) oto-rhino-laryngologiste (ORL)? Oui Non</p> <p>Si « Oui », veuillez fournir le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de l'ORL.</p> <p>Date de l'évaluation (jj/mmm/aaaa) _____</p> <p>Avez-vous déjà subi un examen audiométrique? Oui Non</p> <p>Si « Oui », veuillez fournir le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de la clinique.</p> <p>Date de l'examen (jj/mmm/aaaa) _____</p>			
<p>3. Travaillez-vous présentement? Oui Non</p> <p>Si « Oui », veuillez fournir le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de votre employeur.</p> <p>Travaillez-vous encore dans un milieu dangereusement bruyant? Oui Non</p> <p>Avez-vous déjà travaillé dans un endroit où les niveaux de décibels (dB) figuraient? Oui Non</p> <p>Si « Oui », veuillez fournir le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de l'employeur.</p> <p>Si « Oui », veuillez indiquer le nombre d'années travaillées _____ et le niveau de décibels _____.</p>			

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

A. Renseignements sur la travailleuse ou le travailleur (suite)

Avez-vous déjà travaillé dans un milieu dangereusement bruyant en dehors de l'Ontario? Oui Non

Si « Oui », pendant combien de temps?

Si « Oui », veuillez fournir le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de l'employeur.

4. Êtes-vous à la retraite? Oui Non

Si vous êtes à la retraite, veuillez indiquer la date de votre début de retraite (jj/mmm/aaaa).

Est-ce que vous utilisez ou avez déjà utilisé de la machinerie, des armes à feu ou de l'équipement bruyants en dehors du travail? Oui Non

Si « Oui », de quel genre? Si « Oui », à quelle fréquence?

5. Avez-vous déjà travaillé à votre compte? Oui Non

Si « Oui », veuillez fournir le nom et l'adresse de l'entreprise.

Si « Oui », aviez-vous souscrit une protection individuelle ou une assurance facultative auprès de la WSIB? Oui Non

Veuillez fournir les dates où vous étiez à votre compte.

Date de début Date de fin

B. Veuillez fournir le nom de deux personnes pouvant confirmer votre exposition au bruit au travail

Nom	Employeur	Titre de poste actuel ou précédent
Nom	Employeur	Titre de poste actuel ou précédent

C. Veuillez fournir tous vos antécédents professionnels

Procédez par ordre chronologique (du plus récent employeur au plus ancien). Veuillez fournir le plus de détails possible. Vous pouvez ajouter une page supplémentaire, au besoin.

1.	Nom de l'employeur		Adresse et province	
	Période d'emploi Du au		Titre de poste	
	Équipement utilisé			Heures d'exposition par jour
	Protection auditive? Oui Non	Dans quel endroit du bâtiment avez-vous subi une exposition au bruit?		L'employeur est-il toujours en activité? Oui Non
2.	Nom de l'employeur		Adresse et province	
	Période d'emploi Du au		Titre de poste	
	Équipement utilisé			Heures d'exposition par jour
	Protection auditive? Oui Non	Dans quel endroit du bâtiment avez-vous subi une exposition au bruit?		L'employeur est-il toujours en activité? Oui Non

C. Veuillez fournir tous vos antécédents professionnels (suite)			
3.	Nom de l'employeur	Adresse et province	
	Période d'emploi Du _____ au _____	Titre de poste	
	Équipement utilisé		Heures d'exposition par jour
	Protection auditive? Oui Non	Dans quel endroit du bâtiment avez-vous subi une exposition au bruit?	L'employeur est-il toujours en activité? Oui Non
4.	Nom de l'employeur	Adresse et province	
	Période d'emploi Du _____ au _____	Titre de poste	
	Équipement utilisé		Heures d'exposition par jour
	Protection auditive? Oui Non	Dans quel endroit du bâtiment avez-vous subi une exposition au bruit?	L'employeur est-il toujours en activité? Oui Non
5.	Nom de l'employeur	Adresse et province	
	Période d'emploi Du _____ au _____	Titre de poste	
	Équipement utilisé		Heures d'exposition par jour
	Protection auditive? Oui Non	Dans quel endroit du bâtiment avez-vous subi une exposition au bruit?	L'employeur est-il toujours en activité? Oui Non
Veuillez fournir le nom de votre syndicat (s'il y a lieu).			Numéro de la section locale
Nom de la personne-ressource			Téléphone

D. Déclaration et consentement	
<ul style="list-style-type: none"> • Je demande des prestations en vertu de la <i>Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail</i> pour une lésion ou maladie reliée au travail. • J'autorise toute personne spécialiste de la santé qui me traite à me fournir à moi ainsi qu'à mon employeur et à la WSIB les renseignements concernant mes capacités fonctionnelles dans le formulaire <i>Détermination des capacités fonctionnelles pour la planification d'un retour au travail rapide et sécuritaire</i> de la WSIB. • J'autorise la WSIB à divulguer mon numéro d'assurance sociale à mes anciens employeurs, s'il y a lieu, afin de confirmer les emplois que j'ai occupés par le passé. • Je certifie que tous les renseignements ci-dessus sont véridiques et exacts. <p>En signant ci-dessous, j'accepte toutes les déclarations ci-dessus.</p>	
Signature	Date (jj/mmm/aaaa)
<p>Cochez cette case si vous remplissez et soumettez ce formulaire par voie électronique. Cela représente votre signature. Vous devez indiquer votre nom et la date ci-dessus.</p>	

E. Dispositions concernant l'accès à l'information et la protection de la vie privée
<p>Des renseignements personnels vous concernant seront recueillis dans le cadre de votre dossier en vertu de la <i>Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée</i>. Ces renseignements serviront à l'application de la <i>Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail</i>, ainsi qu'à l'administration de votre dossier et des programmes de la WSIB. Des renseignements médicaux et non médicaux sont recueillis auprès de prestataires de soins de santé, d'agences professionnelles, de prestataires de services de réintégration au marché du travail, d'employeurs, de témoins et d'autres personnes ou organismes, s'il y a lieu. Le numéro d'assurance sociale sert à enregistrer une demande de prestations, à identifier une personne blessée ou malade et à produire les relevés d'impôt sur le revenu. Il est recueilli en vertu de la <i>Loi de l'impôt sur le revenu</i>.</p> <p>Ces renseignements peuvent seulement être divulgués à l'employeur, à des établissements médicaux externes, à des agences professionnelles externes, à des organismes de sécurité externes, à des prestataires de services et de paiement externes, à des spécialistes de la recherche et à d'autres personnes autorisées aux termes de la <i>Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail</i> et de la <i>Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée</i>. Votre nom et votre numéro de téléphone peuvent être divulgués à des personnes tierces chargées de mener des enquêtes de satisfaction et des groupes de discussion. Vous devez adresser toute question à la personne décideuse chargée de votre dossier.</p> <p>Vous pouvez vous procurer un document de déclaration plus détaillé sur la protection de la vie privée des personnes blessées ou malades à wsib.ca/fr ou en composant sans frais le 1-800-387-0750.</p>