



Dossier n°

Date :

Madame,
Monsieur,

Nous avons reçu une demande de prestations pour déficience auditive due au bruit de .
Cette personne a indiqué qu'elle a travaillé pour votre entreprise par le passé. Il semble que les niveaux de bruit dans le lieu de travail pourraient avoir causé ou contribué à sa déficience auditive due au bruit. Vous n'êtes peut-être pas au courant de la perte auditive, car elle pourrait être apparue plusieurs années après que le dommage a été fait.

Nous avons besoin de renseignements additionnels afin de déterminer si cette personne a droit à des prestations pour déficience auditive due au bruit. Veuillez nous fournir les renseignements demandés ci-dessous et nous les retourner dans les 30 jours suivant la date de la présente lettre.

1. Une copie des relevés sonores du lieu de travail et des données sur les niveaux de bruit auxquels le travailleur a été exposé, s'il y a lieu.
2. Une copie de tous les audiogrammes que l'entreprise a obtenus au sujet du travailleur, s'il y a lieu.

Il est important que vous nous retourniez le formulaire dûment rempli dans le délai indiqué. Si les relevés sonores et les audiogrammes ne sont pas disponibles actuellement, vous pouvez les envoyer plus tard. Veuillez prendre note du numéro de dossier et l'indiquer lorsque vous nous enverrez les renseignements demandés.

Nous avons besoin de tous les renseignements possibles pour déterminer de façon appropriée si cette personne a droit à des prestations. Nous comptons sur votre collaboration. La CSPAAT peut imposer une amende de 250 \$ si ce formulaire n'est pas dûment rempli, signé et retourné dans les 30 jours.

Nous vous remercions de votre aide. Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec moi au numéro indiqué ci-dessus.

Renseignements sur le travailleur

Âge	Sexe ☐ H ☐ F	Période d'emploi (jj/mm/aaaa) Du au	Profession
-----	---	--	------------

Le travailleur blessé est-il le propriétaire, ou un associé de l'entreprise, un entrepreneur ou le conjoint de l'employeur?

☐ oui ☐ non

Occupe-t-il le poste de président, vice-président, administrateur, secrétaire ou trésorier?

☐ oui ☐ non

Le travailleur a-t-il des liens de parenté avec l'employeur?

☐ oui ☐ non

Le travailleur a-t-il déjà souffert de ce genre d'invalidité?

☐ oui ☐ non

Justifiez chaque réponse affirmative en utilisant, au besoin, le verso du formulaire ou une autre feuille.

Antécédents professionnels

Indiquez les jours de travail normaux en inscrivant « C » pour une journée complète et « D » pour une demi-journée, ainsi que le total des heures pour lesquelles le travailleur est normalement rémunéré.

Dim	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	N ^{bre} total des heures

Example :

Dim	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Nbre total des heures
	C	C	D	C	C		36

Si un protecteur auditif est fourni,
veuillez indiquer :

Le type d'appareil

La date à laquelle il a été fourni

L'entreprise a-t-elle effectué des relevés sonores dans les lieux où le travailleur :

(a) est affecté

☐ oui

☐ non

(b) était affecté

☐ oui☐ non

Si le travailleur a été engagé avant la date des relevés sonores effectués dans les endroits où il a travaillé, estimez-vous que les niveaux de bruit actuels sont :

☐ les mêmes qu'avant?

☐ plus élevés qu'avant?

☐ moins élevés qu'avant?

Donnez les détails sur les niveaux de bruit auxquels le travailleur a été exposé pendant qu'il était à votre emploi. Indiquez les niveaux de bruit exacts et la durée quotidienne de l'exposition. Si vous ne disposez pas de données exactes, veuillez fournir une estimation des niveaux de bruit. La CSPAAT possède des renseignements concernant des niveaux de bruits comparables dans ce secteur d'industrie au cas où vous ne pourriez pas fournir une estimation des niveaux de bruit présents dans le lieu de travail.

L'emploi qu'occupait le travailleur lorsqu'il a été exposé à des niveaux de bruit élevés était-il un emploi à temps plein? ☐ oui ☐ non

[illegible]

Signature

Titre

Date

N° de téléphone
