imprimer | rétablir | sauvegarder

wsib cspaat ONTARIO
Workplace Safety & Insurance Board
Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail

200 rue Front Ouest
Toronto (Ontario)
Canada M5V 3J1

Téléphone : 416-344-1000
Sans frais : 1-800-387-0750
ATS : 1-800-387-0050
Télécopieur : 416-344-4684 ou 1-888-313-7373

Demande d'allocation vestimentaire

début > Nº de dossier

Date (jj/mmm/aaaa)

Vous pouvez soit remplir et soumettre le présent formulaire en ligne à www.wsib.on.ca/travailleurs en ligne, soit remplir le formulaire sur papier et le poster ou le télécopier à la CSPAAT.

À votre sujet

Recevez-vous une pension d'invalidité permanente ou une indemnité pour perte non financière (PNF)? ☐ oui ☐ non

Avez-vous déjà reçu une allocation vestimentaire dans le cadre d'un autre dossier? ☐ oui ☐ non

Veuillez indiquer le numéro de dossier de votre allocation vestimentaire précédente : _____

Avez-vous un emploi? ☐ oui ☐ non

Portez-vous ou utilisez-vous l'appareil au travail? ☐ oui ☐ non

Votre employeur fournit-il ou paie-t-il 100 % de vos vêtements de travail ou d'un uniforme? ☐ oui ☐ non

Si **oui**, portez-vous l'uniforme par-dessus vos vêtements ou au lieu de vos vêtements? ☐ Par-dessus ☐ Au lieu

Veuillez décrire en détail quels dommages l'appareil a causé à vos vêtements.

Renseignements sur l'appareil

Quand avez-vous commencé à porter ou à utiliser l'appareil actuel? (jj/mmm/aaaa)

Combien d'heures chaque jour portez-vous l'appareil?
Heures par jour _____

Combien de jours par semaine portez-vous l'appareil?
Jours par semaine _____

Cochez le type d'appareil que vous utilisez :

Haut du corps

☐ Orthèse pour le bras ☐ Orthèse pour le dos ☐ Support dorsal ☐ Orthèse cervicale

Bas du corps

☐ Attelle de jambe (permanente) ☐ Prothèse de jambe ☐ Béquilles d'avant-bras/sous les bras ☐ Fauteuil roulant

Autre :

L'appareil comprend-il des pièces métalliques p. ex., baleines d'acier ou charnières? ☐ oui ☐ non

L'appareil a-t-il été réparé ou remplacé? ☐ oui ☐ non

(Indiquez le nom en caractères d'imprimerie s.v.p.)

Je, _____ demande une allocation vestimentaire aux termes de la *Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail*. En signant le présent formulaire, je déclare que les renseignements fournis sont véridiques.

Signature	Date (jj/mmm/aaaa)	Téléphone

Tapez votre nom et téléversez le formulaire, ou encore imprimez-le et signez-le avant de le retourner à la WSIB.

La présente demande concerne votre allocation vestimentaire. La CSPAAT peut autoriser le versement d'une allocation vestimentaire aux travailleurs qui sont atteints d'une déficience permanente afin de remplacer ou réparer les vêtements usés ou endommagés par le port d'une prothèse ou d'un appareil ou accessoire fonctionnel.

La CSPAAT vous encourage à rester en contact avec votre médecin pour vous assurer que l'appareil vous fournit encore des bienfaits thérapeutiques et un soutien approprié. Veuillez remplir toutes les sections du présent formulaire et l'envoyer à la CSPAAT au moins deux mois avant la date du réexamen annuel de votre allocation vestimentaire. Vous éviterez ainsi les retards dans le traitement de votre allocation vestimentaire.

imprimer rétablir sauvegarder