

Rapport de l'employeur (déficience auditive due au bruit en milieu de travail)

Soumettez ce formulaire et les documents à l'appui à wsib.ca/fr

Numéro de dossier

Le

_	
Bon	ınır
	Oui

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.

Renseignements sur la personne requérante								
Âge	Sexe	Période d'emploi (jj/mi	mm/aaaa)	Titre de poste				
		Du	au					
La perso	reprise?	Oui	Non					
La personne requérante a-t-elle été engagée par l'entreprise?						Non		
La personne requérante est-elle la personne conjointe de la ou du propriétaire de l'entreprise?					Oui	Non		
La personne requérante est-elle présidente, vice-présidente, secrétaire ou trésorière de l'entreprise?						Non		
La personne requérante a-t-elle un lien de parenté avec la ou le propriétaire de l'entreprise?						Non		
La personne requérante est-elle atteinte d'une déficience auditive préexistante?					Oui	Non		

Veuillez justifier chaque réponse affirmative. Vous pouvez utiliser le verso du présent formulaire ou annexer une autre feuille à ce dernier. Assurez-vous d'indiquer le numéro de dossier sur la feuille jointe.

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



	ents professi														
	indiquer l'ho					Exem	iple :								
	e requérante				•	e Dim.	Lun.	Mar.	Mer.	Jeu.	Ven.	Sam	Total	des heur	es
	complète tra					Dilli.	Luii.	IVIAI.	Wiei.	Jeu.	veii.	Saiii	hebd	omadaire	s
demi-journée travaillée, suivie du total de ses heures hebdomadaires rémunérées.							С	С	D	С	С			36	
Dimanche Lundi Mardi Merc						Jeudi	i Vendredi Samedi Total des heures heb				domada	ires			
Genre de protection auditive fournie, s'il y a lieu? Date de la première fourniture (jj/mmm									/mmm/a	iaaa)					
L'entrep	rise a-t-elle e	effectué de	s relevé	s son	ores aux e	ndroits où	la pers	sonne	requé	rante					
	a) travaille présentement? Oui Non Sans objet b) travaillait? Oui Non														
	eprise n'a eff aux de bruit a			é sono	ore aux end	droits où la	perso	nne re	equéra	nte tr	availle/	′travai	illait, estin	nez-vous	s que
	dax do brait (2014010 001		les r	mêmes qu	'avant?	pl	lus éle	vés qu	ı'avar	nt?	mo	oins élevé	s qu'ava	ant?
Veuillez	fournir des	détails sur	les nive	eaux d	e bruit dar	ngereux au	xquel	s la pe	ersonne	e requ	uérante	e a éte	é exposée	e en	
	nt pour votre														
	z pas des niv														
	de bruit dan			ivite ai	u cas ou v	ous ne po	urriez	pas to	urnır u	ine es	stimatio	on des	s niveaux	de bruit	dans
	s de travail p						.,	. ,				0		.	
La perso	onne requéra	ante travail	lait-elle	a temp	os piein ior	rs de son e	xposit	ion a d	des bru	uits da	angere	ux?		Oui	Non
Aire de	•	Titre du	ı poste		Outils et		Pér	iode		Date		I	Niveau	Nombr	
	d'usine ou	_	ersonne	е	équipement		I	mploi		relevé sonore			de bruit d'heur		
numéro	de service	requér	ante		utilisés		(jj/n	(jj/mmm/aaaa)			nm/aa	aa)	(dB)	d'expo	sition
							Du	Du							
								au							
							Du	Du							
		au													
		Du													
						au	au								
						Du									
					au										
	r				Du										
							au Du au								
Signature (à imprimer, signer et retourner à la WSIB ou à taper et téléverser)															
5 (F, 1.3 21.2.2.2.2.2.2.2.2.2.2.2.2.2.2.2.2.															
Titre de	poste								Date (jj/mm	m/aaa	a)	Numéro	de télép	hone
														·	

0137B Page 2 de 2