

Soumettez ce formulaire et les documents à l'appui à [wsib.ca/fr](http://wsib.ca/fr) ou postez-nous votre formulaire dûment rempli.

**Ce formulaire doit être rempli par la personne atteinte d'une lésion ou d'une maladie reliée au travail qui demande l'approbation préalable de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (WSIB) pour remplacer un ou des appareils auditifs perdus, volés ou endommagés. Remplissez ce formulaire si votre appareil a été endommagé à la suite d'un accident ou de circonstances autres que l'usure normale.**

A. Renseignements personnels		
Nom de famille	Prénom	Date de naissance (jj/mmm/aaaa)
Adresse domiciliaire		Numéro de téléphone

B. Renseignements sur la personne praticienne de la santé auditive actuelle	
Personne praticienne de la santé auditive	
Nom de la clinique	
Adresse de la clinique	Numéro de téléphone

Veuillez indiquer ci-dessous quel appareil perdu, volé ou endommagé lié à l'ouïe vous déclarez. Ne remplacez pas votre appareil lié à l'ouïe avant d'avoir reçu l'approbation de la WSIB.			
Mon appareil lié à l'ouïe a été :	perdu	volé	endommagé

C. Renseignements sur l'appareil perdu lié à l'ouïe			
Quel appareil auditif a été perdu, volé ou endommagé?	Prothèse(s) auditive(s)	Technologie d'aide auditive	
Si vous avez coché la case Prothèse(s) auditive(s), quelle prothèse auditive a été perdue, volée ou endommagée?	Prothèse auditive gauche	Prothèse auditive droite	Les deux prothèses auditives
Si vous avez coché la case Technologie d'aide auditive, veuillez indiquer l'appareil :			
Quand votre appareil auditif a-t-il été perdu, volé ou endommagé?			
Où votre appareil auditif a-t-il été perdu, volé ou endommagé?			
Veuillez fournir les détails complets de la façon dont l'appareil auditif a été perdu, volé ou endommagé :			

D. Déclaration et signature de la patiente ou du patient		
En signant ci-dessous, je comprends que toute personne qui fait délibérément une déclaration fautive à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (WSIB) commet une infraction et je déclare que tous les renseignements fournis ci-dessus sont véridiques.		
Nom	Signature	Date (jj/mmm/aaaa)
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.		

Si vous avez besoin de la présente communication dans un autre format, veuillez écrire à [accessibilite@wsib.on.ca](mailto:accessibilite@wsib.on.ca).