

Déclaration complémentaire de l'employeur

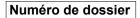


Numéro de dossier

Soumettez le présent formulaire et les documents à l'appui à wsib.ca/fr/soumettre.

Soumettez le présent formulaire à wsib.ca/fr/soumettre une fois la personne requérante retournée au travail. Appelez tout d'abord pour éviter le versement de paiements en trop.

No	m de famille	Prénom			Date de la lésion (jj/mmm/aa)		
Ad	resse						
Vill	e		Province	Cod	de postal	Date de naissance (jj/	mmm/aa)
1	La personne requérante est-elle retournée travailler depuis la lésion? Si oui, indiquez la date où elle est retournée au travail.	Date du re			Heure	Du matin De l'après-mid	li/du soir
2	Si la personne requérante a travaillé après la première interruption de travail, veuillez indiguer les dates.	Du (jj/mmr	,		Heure Heure	Du matin De l'après-mic Du matin De l'après-mic	•••••••••••••••••••••••••••••••••••••••
3	Pour les personnes requérantes des quarts rotatifs seulement, veuillez indiquer les renseignements suivants :	Nombre total de quarts de travail perdus : Nombre d'heures rémunérées par quart :				Do Tapico IIIIo	
4	La personne requérante est-elle retournée au travail dès qu'elle était en mesure de le faire? Si non, indiquez la date et l'heure auxquelles elle aurait pu retourner travailler. Fournissez des détails.						
5	Si elle n'était pas en mesure d'accomplir son ancien travail, quel genre de travail la personne requérante est-elle en mesure de faire?				Ve	euillez l'exprimer	
	Quand la personne requérante pourra-t-elle reprendre son ancien travail si elle le peut?					n pourcentage.	%
6	Indiquez les gains bruts hebdomadaires moyens de la personne requérante depuis son retour au travail.	Gains brut	ts hebdomadaires	moyens		\$	
	Ces gains sont-ils réduits d'une façon quelconque?	Oui	Non				





	Si la personne requérante a reçu des prestations ou des versements de votre entreprise ou d'un autre régime d'assurance durant la période d'incapacité, veuillez fournir les renseignements suivants :	Paiement total brut	\$	Dates (jj/mmm/aa)					
		Palement total brut		Du	au				
7		Nom de la compagnie d'assu	ırance, s'il	y a lieu					
8	Commentaires additionnels.								
Nom de l'employeur									
	1 7								
Sig	nature		Titre offici	el	Date (jj/mmm/aa)				
	Cochez cette case si vous rempli Vous devez indiquer votre nom e		ire par voie	e électronique. Cela d	constitue votre signature.				

0009B Page 2 de 2