

## QUESTIONNAIRE RELATIF À L'INVALIDITÉ À LONG TERME – 2011

Conformément à la *Loi sur les accidents du travail*, les prestations d'invalidité à long terme seront rajustées annuellement au mois anniversaire de votre accident. Afin que nous puissions étudier vos prestations pour l'année 2011, vous devez répondre à TOUTES les questions qui suivent. **À défaut de remplir le questionnaire et de nous le retourner, vos prestations seront interrompues.** Pour éviter tout retard dans l'étude de votre dossier, les gains déclarés aux questions 2 et 3 doivent être accompagnés d'une copie de vos feuillets T4, T4A, T4RSP, T4RIF, T4AP et T4E pour l'année 2010. Il n'est pas nécessaire de déclarer les prestations versées par Travail sécuritaire NB.

*Veillez retourner ce questionnaire dûment rempli avant le 31 mars 2011.*

### 1. Renseignements personnels : Relevé des renseignements d'impôt – Agence du revenu du Canada

Lorsque nous calculons votre niveau de prestations, nous utilisons le crédit d'impôt personnel de base non remboursable. Pour que nous considérions des crédits d'impôt additionnels, vous devez nous faire parvenir une copie du **relevé des renseignements de la déclaration d'impôt de l'Agence du revenu du Canada pour l'année 2010** (RC143 – Option C). Vous pouvez obtenir ce relevé auprès de l'Agence en téléphonant au 1 800 959-7383. Il nous faut ces renseignements relatifs aux crédits d'impôt additionnels avant le 1<sup>er</sup> juin 2011. Veillez prendre note que si nous recevons de nouveaux renseignements après la date de l'étude de vos prestations pour l'année en cours, ces renseignements ne seront considérés que plus tard.

### 2. Revenu lié à l'emploi

- a) Avez-vous travaillé en 2010?     Oui     Non
- b) Quels étaient vos gains d'emploi au cours de cette (ces) période(s)? \_\_\_\_\_ \$ (brut)  
 [Veillez joindre une copie de votre (vos) feuillet(s) T4.]
- c) Si vous travaillez, veuillez remplir la section suivante à l'égard de votre employeur.
- Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_ Titre : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ N° de téléphone : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Personne-ressource : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Taux horaire : \_\_\_\_\_ \$
- d) Revenus d'un travail indépendant pour l'année 2010 \_\_\_\_\_ \$  
 (Veillez inclure une copie du T-2125 – *État des résultats des activités d'une entreprise* ainsi qu'une copie du relevé des renseignements de la déclaration d'impôt.)
- e) Avez-vous reçu des prestations d'assurance-emploi en 2010?     Oui     Non
- f) Montant reçu \_\_\_\_\_ \$ (montant brut avant la déduction d'impôt)  
 (Veillez joindre une copie de votre feuillet T4E.)

**Remarque : Vos prestations d'invalidité à long terme prendront fin le mois que vous atteindrez l'âge de 65 ans. Pendant les mois après cette date, votre dossier sera étudié pour déterminer si vous êtes admissible à une rente.**

3. **Rémunération** : (Inclure tous les feuillets T.)

(Répondre à toutes les questions.)

Remarque : Si vous avez **commencé** à recevoir l'un des revenus qui figurent sur la liste ci-dessous et que vous ne nous en avez pas déjà avisé, veuillez le faire **immédiatement** en composant le 1 800 222-9775.

| Recevez-vous :   | Oui                      | Non                      | Montant mensuel pour l'année 2011 |
|--|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| – des prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ \$                          |
| – des prestations de retraite du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ \$                          |
| – des prestations d'assurance collective de l'employeur?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ \$                          |
| – des prestations de l'employeur pour congé de maladie?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ \$                          |
| – toute autre prestation de sécurité sociale ou de pension?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ \$                          |
| – toute prestation d'un régime de remplacement de salaire?<br>Dans l'affirmative, de qui? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ \$                          |

**En 2010, avez-vous reçu :**

**Montant**

|   |                          |                          |          |
|---|--------------------------|--------------------------|----------|
| – un versement global d'indemnité de départ ou de cessation d'emploi?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ \$ |
| – un versement global d'un régime de pension de l'employeur?            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ \$ |
| – d'autres revenus, y compris ceux des RÉER / FEER?<br>Précisez : _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ \$ |

Pour tout revenu provenant d'un RÉER / FEER, veuillez inclure une lettre de votre établissement financier qui indique qui a contribué au RÉER / FEER.

**Des PHOTOCOPIES des feuillets T ou des talons sont nécessaires. Tout document original ne sera retourné qu'après l'étude du dossier. Si vous avez changé d'adresse, veuillez nous en aviser par écrit.**

**DÉCLARATION**

*J'atteste que les déclarations que j'ai faites dans ce questionnaire sont vraies et complètes pour autant que je sache. Je suis conscient du fait qu'une falsification pourrait entraîner une réduction des prestations que je reçois. Je suis également conscient qu'on peut retenir mes prestations pour rembourser toute prestation que j'aurais reçue en trop en raison de faux renseignements. Par la présente, j'autorise Travail sécuritaire NB à vérifier tout renseignement concernant mes gains de toutes les sources.*

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

N° de téléphone à domicile : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_

N° d'assurance sociale : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Commentaires :

---

---