

Nom :

Adresse :

N° de réclamation :

## QUESTIONNAIRE RELATIF À L'INVALIDITÉ À LONG TERME – 2024

**Partie A** : Conformément à la *Loi sur les accidents du travail*, les prestations d'invalidité à long terme sont rajustées annuellement au mois anniversaire de votre blessure ou de la réapparition de votre blessure.

**\*VEUILLEZ FAIRE PARVENIR LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS À TRAVAIL SÉCURITAIRE NB.\***  
**(Un questionnaire envoyé en retard pourrait entraîner une interruption de vos prestations.)**

- **Questionnaire (Parties A et B)** : Veuillez **signer les deux parties** et nous les envoyer *avant* le **29 mars 2024** par le biais de votre dossier Mes services ou par un autre moyen (voir la page 4).
- **Tous les feuillets d'impôt de 2023** (les originaux ne vous seront PAS retournés) : Pour obtenir des copies, appelez l'Agence du revenu du Canada au 1 800 959-7383.
  - Si vous attendez des feuillets d'impôt, veuillez envoyer le questionnaire et indiquer « Les feuillets d'impôt suivront. »

### **VEUILLEZ REMPLIR CE QUI SUIT :**

#### 1. EXEMPTIONS D'IMPÔT SUR LE REVENU

**Oui**  **Non**  Je demande d'autres exemptions en plus de l'exemption personnelle de base\*.

\*Pour obtenir une preuve du crédit pour **aidant naturel**, **APRÈS** avoir reçu votre *Avis de cotisation*, appelez l'Agence du revenu du Canada au 1 800 959-7383. Demandez un **Relevé des renseignements de la déclaration d'impôt RC143-1 E (11)X** pour l'année en question.

#### 2. REVENU D'EMPLOI EN 2023

a) **Oui**  **Non**  J'ai travaillé. **Oui**  **Non**  Plus d'un employeur **Oui**  **Non**  Je travaille maintenant.  
(Veuillez indiquer l'employeur le plus récent ci-dessous. Ajouter le nom des autres dans la section réservée aux commentaires à la page 2.)

Total des revenus d'emploi (selon la case 14 des feuillets T4) : \_\_\_\_\_ \$

Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_ Titre du poste : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_ Taux horaire : \_\_\_\_\_ \$

Personne-ressource : \_\_\_\_\_ Date d'embauchage (mois / année) : \_\_\_\_\_

b)  **Oui**  **Non** **J'ai reçu des prestations d'assurance-emploi :**

Montant reçu (selon la case 14 des feuillets T4-E) : \_\_\_\_\_ \$

c)  **Oui**  **Non** **J'étais un travailleur indépendant ou j'ai exploité une entreprise :**

- Si oui :**
1. Inclure une copie du **T2125 – État des résultats des activités d'une entreprise**.
  2. Inclure un relevé des renseignements de la déclaration d'impôt **RC143** pour l'année applicable de l'Agence du revenu du Canada.
  3. La date limite pour présenter ce questionnaire est repoussée au 14 juin 2024.

3. RÉMUNÉRATION

N° de réclamation :

Remarque : Si vous avez commencé à recevoir ou avez présenté une demande d'une nouvelle prestation, et n'en avez pas encore avisé Travail sécuritaire NB, veuillez téléphoner au 1 800 999-9775 IMMÉDIATEMENT. Si on détermine que votre nouveau revenu constitue un supplément à l'indemnité, vos prestations de Travail sécuritaire NB pourraient être réduites. Un paiement en trop pourrait donc s'accumuler et vous seriez tenu de le rembourser à Travail sécuritaire NB.

Recevez-vous : (N'indiquez PAS des prestations de retraite du Régime de pensions du Canada.)

Oui  Non Prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec

Montant mensuel pour cette année

\_\_\_\_\_ \$

L'an dernier, avez-vous reçu : (N'indiquez PAS des prestations de Travail sécuritaire NB.)

Oui  Non Tout autre revenu (veuillez préciser)

Montant

Source de revenu : \_\_\_\_\_ \$

Source de revenu : \_\_\_\_\_ \$

Source de revenu : \_\_\_\_\_ \$

Oui  Non Versement global d'indemnité de départ ou de cessation d'emploi

\_\_\_\_\_ \$

**REMARQUE : Veuillez inclure des copies de tous les feuillets « T » que vous avez reçus pour l'an dernier.**

4. Depuis janvier de cette année, votre situation d'emploi a-t-elle changé de façon importante? (Par exemple : nouvel emploi, augmentation de salaire, mise à pied, manque de travail, etc.). Si oui, veuillez donner les détails dans la section réservée aux commentaires ci-dessous.

Oui  Non

**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 que si je fais sciemment et délibérément une fausse déclaration à Travail sécuritaire NB, par une action ou une omission, qui fait que Travail sécuritaire NB verse des paiements ou offre des services qui n'auraient pas été faits ou offerts autrement, l'organisme peut déposer une plainte criminelle auprès des autorités policières appropriées ou intenter une action civile contre moi en vue de récupérer toute perte. Je suis également conscient que mes prestations peuvent être retenues pour rembourser toute prestation que j'aurais reçue en trop en raison d'une fausse déclaration que j'ai faite à Travail sécuritaire NB par une action ou une omission. Par la présente, j'autorise Travail sécuritaire NB à vérifier tout renseignement concernant mes gains de toutes sources.*

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

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

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

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

Commentaires : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Partie B – État de la blessure subie au travail et de l'employabilité N° de réclamation :**

Section I – État de la blessure subie au travail

1. Au cours des dernières années, y a-t-il eu un changement au niveau de votre capacité de participer à des activités qui comprennent marcher, être assis, monter des escaliers, ou soulever / transporter des objets? **(Cochez les cases qui s'appliquent.)**

Amélioration  Aucun changement  Détérioration

Si votre situation s'est améliorée ou s'est détériorée, veuillez expliquer. \_\_\_\_\_

2. Quels fournisseurs de soins de santé consultez-vous en ce moment? **(Cochez les cases qui s'appliquent.)**

Médecin de famille  Infirmière praticienne  Psychologue  Spécialiste  
 Physiothérapeute  Chiropraticien  Ergothérapeute  Psychiatre

Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

3. Veuillez indiquer le nom des fournisseurs de soins de santé que vous avez cochés à la question 2.

\_\_\_\_\_

4. Avez-vous subi une procédure ou un traitement pour votre blessure subie au travail, comme une opération ou de la thérapie, au cours de la dernière année?  Oui  Non

Si oui, veuillez préciser. \_\_\_\_\_

5. Êtes-vous atteint de nouvelles conditions médicales depuis les dernières années? Si oui, veuillez préciser.

\_\_\_\_\_

Section II – Employabilité

6. Êtes-vous intéressé à recevoir de l'aide pour réintégrer le marché du travail?  Oui  Non

7. Veuillez expliquer brièvement votre réponse à la question 6. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. Avez-vous reçu une formation liée au travail au cours des dernières années?  Oui (préciser ci-dessous)  Non

\_\_\_\_\_

9. Si vous avez déménagé au cours de la dernière année ou prévoyez déménager dans les prochains 90 jours, veuillez indiquer votre nouvelle adresse et la date d'entrée en vigueur.

\_\_\_\_\_

*J'atteste que les déclarations que j'ai faites dans ce questionnaire sont vraies et complètes pour autant que je sache.*

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

Cette correspondance est offerte dans les deux langues officielles. Si le *Questionnaire relatif à l'invalidité à long terme* qui vous a été envoyé n'est pas dans la langue de votre choix, veuillez communiquer avec la personne responsable de votre réclamation au 1 800 999-9775.

### Mes services

Nous offrons un service en ligne sécurisé vous donnant un accès facile à des renseignements sur votre réclamation. Le portail de Mes services vous permet d'en apprendre au sujet des services et des prestations; de voir l'état de votre réclamation et des dates de paiement; d'accéder à un système de courriel sécurisé; et encore plus. Pour apprendre comment vous inscrire et demander un NIP, allez à [travailsecuritairenb.ca/messervices](http://travailsecuritairenb.ca/messervices).

Pour présenter votre questionnaire par courriel, veuillez joindre le document rempli à un courriel. Dans la ligne de mention objet, indiquez « Questionnaire annuel » et envoyez le courriel à [application-demande@ws-ts.nb.ca](mailto:application-demande@ws-ts.nb.ca).

Travail sécuritaire NB vous rappelle que le fait de transmettre des documents en se servant d'un réseau de courriel non sécurisé augmente les risques d'atteinte à la vie privée. Pour obtenir plus de renseignements, veuillez lire notre page Web Accès à l'information et protection des renseignements personnels.

Vous pouvez aussi envoyer ce questionnaire par la poste ou par télécopie : Travail sécuritaire NB, 1, rue Portland, case postale 160, Saint John NB E2L 3X9. Télécopieur sans frais : 1 888 629-4722.

\*\*\*\*\*

This correspondence is available in both official languages. If this Long Term Disability Questionnaire is not in the language of your choice, please contact your claims manager at 1 800 999-9775.

### MyServices

We offer secure online service with easy access to some of your claim information. MyServices lets you learn about services and benefits, check claim status and payment dates, access secure email, and more. To learn how to register and request your MyServices PIN, go to [worksafenb.ca/myservices](http://worksafenb.ca/myservices).

To submit your questionnaire by email, attach the completed document and state "Annual Questionnaire" in the subject line, then send to [application-demande@ws-ts.nb.ca](mailto:application-demande@ws-ts.nb.ca).

WorkSafeNB reminds you that submitting documents through unsecure email networks increases privacy concerns. For more information, please read WorkSafeNB's Access to Privacy and Information statement.

Or, you can submit your questionnaire by mail or fax: WorkSafeNB, 1 Portland Street PO Box 160, Saint John, NB E2L 3X9. Fax toll-free: 1 888 629-4722.