Demande de prestations – Perte d'audition liée au travail

Directives

Présentez ce formulaire lorsque vous faites une demande de prestations de Travail sécuritaire NB, comme des appareils auditifs, à la suite d'une perte d'audition due au bruit et liée au travail. Il faut envoyer le formulaire rempli à Travail sécuritaire NB dans un délai de un an après la première des deux dates suivantes : la date d'un audiogramme qui démontre une perte d'audition due au bruit OU la date de la dernière exposition au bruit en milieu de travail d'une durée et à un niveau suffisants pour avoir causé la perte d'audition. Si votre perte d'audition découle d'un événement précis, comme une explosion, veuillez plutôt remplir la Demande de prestations d'indemnisation des travailleurs.

Vous avez subi une blessure au travail? Nous sommes là pour vous aider!

Personne n'aime être blessé. C'est cependant rassurant de savoir que si vous subissez une blessure, vous avez une équipe fiable à votre service. Il faut commencer en signalant votre blessure à votre employeur. Si vous ne l'avez pas déjà fait, avisez votre superviseur, votre gestionnaire ou une autre personne appropriée à votre lieu de travail de votre perte d'audition liée au travail aussitôt que possible.

Il est important de signaler votre perte d'audition aussitôt que possible pour assurer que vous receviez l'aide nécessaire.

Votre santé et votre mieux-être sont une priorité. Cela signifie la prestation de soins médicaux rapides. Nous savons qu'il peut être difficile d'attendre. Pour aider à assurer qu'une décision est prise sur votre demande de prestations dès que possible, il est important de remplir toutes les sections en entier.

Voici les renseignements dont vous aurez besoin :

- Numéros d'assurance sociale et d'assurance-maladie
- Nom et numéro de téléphone de la personne-ressource chez votre employeur
- Détails de l'exposition au bruit
- Nom de votre audiologiste et date de la consultation si un examen auditif a été effectué
- Chèque annulé ou renseignements bancaires (numéros de votre compte, succursale et institution financière)

Nous ne pourrons pas donner suite à votre demande tant que nous n'aurons pas reçu **TOUS les renseignements nécessaires**.

Pour en apprendre plus sur le processus de réclamation, les prestations offertes, et un retour au travail sain et sécuritaire, veuillez visiter travailsecuritairenb.ca/travailleurs. Si vous avez des questions, veuillez nous appeler au numéro sans frais **1 800 999-9775** (lundi au vendredi, de 8 h 00 à 16 h 30).

IMPORTANT : Sauvegardez le formulaire à votre ordinateur ou unité de réseau AVANT de commencer à le remplir, sinon les données pourraient être perdues. Si vous ouvrez le formulaire au moyen d'un navigateur, nous vous recommandons d'utiliser Internet Explorer ou Edge.

Demande de prestations – Perte d'audition liée au travail

IMPORTANT : Sauvegardez le formulaire à votre ordinateur ou unité de réseau AVANT de commencer à le remplir, sinon les données pourraient être perdues. Si vous ouvrez le formulaire au moyen d'un navigateur, nous vous recommandons d'utiliser Internet Explorer ou Edge.

Date de la demande

1. Demande

Vous devez signaler toute perte d'audition due au bruit et liée au travail à votre employeur dès que possible.

Présentez-vous une demande de prestations de Travail sécuritaire NB dans un délai de un an après la première des deux dates suivantes :
- la date d'un audiogramme qui démontre une perte d'audition due au bruit OU
- la date de la dernière exposition au bruit en milieu de travail d'une durée et à un niveau suffisants pour avoir causé la perte d'audition?

☐ Oui ☐ Non Si non, veuillez expliquer la raison du retard.

Avez-vous signalé votre perte d'audition liée au travail à votre employeur? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, indiquez la date.

Veuillez indiquer que vous avez fourni les renseignements suivants à votre employeur :

☐ Confirmation qu'un audiogramme qui démontre une perte d'audition due au bruit a été obtenu

☐ Date de la dernière exposition au bruit en milieu de travail (d'une durée et à un niveau suffisants pour avoir causé la perte d'audition, s'ils sont connus)

2. Vos renseignements

Nom de famille	Prénom	
Numéro et rue		Numéro d'appartement
Ville / Village	Code postal	Profession
Numéro de téléphone (cellulaire)	Numéro de téléphone (domicile)	Numéro de téléphone (travail / autre)
Moment de la journée qui vous convient pour un appel ☐ Matin ☐ Après-midi		
Adresse de courriel	Date de naissance	Sexe ☐ M ☐ F ☐ X
Numéro d'assurance sociale	Numéro d'assurance-maladie	

Travail sécuritaire NB a besoin de vos renseignements bancaires pour effectuer les remboursements, etc. Vous pouvez fournir ces renseignements en joignant un chèque annulé à cette demande ou en donnant les renseignements suivants :

Numéro de succursale / de transit Numéro d'institution financière Numéro de compte

Les numéros bancaires dont vous avez besoin figurent au bas de vos chèques. Vous pouvez également obtenir les numéros en visitant le site Web de votre institution financière et en cliquant sur « Dépôt direct » ou « Prélèvements automatiques ». (Le nom des onglets pourrait varier.)

Avez-vous un emploi à l'heure actuelle? ☐ Oui ☐ Non	Si non, indiquez la date de votre dernier emploi et de votre dernière exposition au bruit. Passez à la section 3.
Date de votre dernière exposition au bruit	
Employeur	Adresse de l'employeur (rue ou case postale)

Ville / Village	Personne-ressource chez l'employeur	Numéro de téléphone de la personne-ressource

Êtes-vous le propriétaire / l'exploitant de l'entreprise? ☐ Oui ☐ Non

Demande de prestations – Perte d'audition liée au travail

3. Renseignements médicaux – Problème auditif actuel

Votre perte d'audition est-elle survenue graduellement au fil du temps ou soudainement? ☐ Graduellement ☐ Soudainement

Si elle est survenue soudainement, arrêtez de remplir ce formulaire. Remplissez plutôt une Demande de prestations d'indemnisation des travailleurs.

Quand avez-vous obtenu des soins médicaux pour la première fois pour votre problème auditif actuel?

Raison des soins médicaux

- ☐ Difficulté à comprendre les autres
- ☐ Difficulté à entendre
- ☐ Étourdissements
- ☐ Antécédents familiaux de perte d'audition
- ☐ Mal aux oreilles
- ☐ Autre :

Avez-vous déjà consulté un audiologiste? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, indiquez son nom. Date de l'examen auditif

Un rapport d'audiologiste doit être joint à toutes les demandes de prestations pour perte d'audition liée au travail. Si vous n'avez pas été examiné par un audiologiste, veuillez prendre des mesures afin de l'être, puis envoyez le rapport à Travail sécuritaire NB à des fins d'examen.

Avez-vous consulté un spécialiste de la gorge, du nez et des oreilles? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, indiquez son nom. Date de la consultation

Avez-vous subi un audiogramme / examen auditif à votre emploi actuel ou quand votre emploi a pris fin chez votre dernier employeur (où l'exposition au bruit est survenue)?

☐ Oui ☐ Non

4. Renseignements médicaux – Problème auditif antérieur

Quel type de problèmes d'oreille avez-vous eu par le passé?

- ☐ Aucun
- ☐ Mal aux oreilles
- ☐ Blessure à la tête
- ☐ Tympan perforé
- ☐ Opération à l'oreille
- ☐ Autre :

Veuillez décrire les problèmes d'oreille antérieurs (nom du médecin traitant / du spécialiste des oreilles / de l'audiologiste).

Portez-vous des appareils auditifs? ☐ Oui ☐ Non Si oui, dans quelle oreille? ☐ Gauche ☐ Droite ☐ Les deux

Si oui, depuis quand?

Avez-vous présenté une demande d'indemnisation pour perte d'audition dans une autre province ou un autre pays? ☐ Oui ☐ Non

Indiquez la province ou le pays, ainsi que le numéro de réclamation. Veuillez obtenir la lettre avisant de la décision de la commission des accidents du travail en question, et en fournir une copie à Travail sécuritaire NB pour compléter le dossier.

Province Pays Numéro de réclamation

5. Exposition au bruit non liée au travail

Source d'exposition au bruit non liée au travail				Détails	Protecteurs auditifs		
☐ Oui	☐ Non	Outils électriques			☐ Oui	☐ Non	☐ Partiels
☐ Oui	☐ Non	Armes à feu			☐ Oui	☐ Non	☐ Partiels
☐ Oui	☐ Non	Véhicules de plaisance			☐ Oui	☐ Non	☐ Partiels
☐ Oui	☐ Non	Souffleuses à neige / Tondeuses à gazon			☐ Oui	☐ Non	☐ Partiels
☐ Oui	☐ Non	Musique / Membre d'un groupe musical			☐ Oui	☐ Non	☐ Partiels
☐ Oui	☐ Non	Autre			☐ Oui	☐ Non	☐ Partiels

Demande de prestations – Perte d'audition liée au travail

6. Renseignements supplémentaires relatifs à l'emploi

Nous ne pourrons pas donner suite à votre demande de prestations tant que cette section n'aura pas été remplie. Veuillez indiquer vos antécédents de travail à partir du moment où vous avez quitté l'école (ou avez intégré le marché du travail) jusqu'à votre emploi actuel ou votre dernier emploi. Si vous êtes membre d'un syndicat, vous voudrez peut-être demander un relevé d'emploi pour assurer l'exactitude des renseignements fournis dans votre demande de prestations. Si vous avez travaillé à l'extérieur du Nouveau-Brunswick, veuillez également inclure un Formulaire B.

Nom de l'employeur	Adresse	Province
Dates d'emploi Du	Au	Profession
Équipement utilisé / Type de bruit		Nombre d'heures d'exposition par jour
L'employeur exerce-t-il toujours des activités? ☐ Oui ☐ Non		Protecteurs auditifs ☐ Oui ☐ Non
Secteur de l'usine, si cela s'applique		
Veuillez indiquer le nom de votre syndicat.		Section locale
Personne-ressource		Numéro de téléphone

Nom de l'employeur	Adresse	Province
Dates d'emploi Du	Au	Profession
Équipement utilisé / Type de bruit		Nombre d'heures d'exposition par jour
L'employeur exerce-t-il toujours des activités? ☐ Oui ☐ Non		Protecteurs auditifs ☐ Oui ☐ Non
Secteur de l'usine, si cela s'applique		
Veuillez indiquer le nom de votre syndicat.		Section locale
Personne-ressource		Numéro de téléphone

Nom de l'employeur	Adresse	Province
Dates d'emploi Du	Au	Profession
Équipement utilisé / Type de bruit		Nombre d'heures d'exposition par jour
L'employeur exerce-t-il toujours des activités? ☐ Oui ☐ Non		Protecteurs auditifs ☐ Oui ☐ Non
Secteur de l'usine, si cela s'applique		
Veuillez indiquer le nom de votre syndicat.		Section locale
Personne-ressource		Numéro de téléphone

Nom de l'employeur	Adresse	Province
Dates d'emploi Du	Au	Profession
Équipement utilisé / Type de bruit		Nombre d'heures d'exposition par jour
L'employeur exerce-t-il toujours des activités? ☐ Oui ☐ Non		Protecteurs auditifs ☐ Oui ☐ Non
Secteur de l'usine, si cela s'applique		
Veuillez indiquer le nom de votre syndicat.		Section locale
Personne-ressource		Numéro de téléphone

Demande de prestations – Perte d'audition liée au travail

7. Déclaration et consentement

- ☐ Je déclare que tous les renseignements que j'ai fournis sont, à ma connaissance, véridiques et exacts.
- ☐ J'autorise Travail sécuritaire NB à recueillir, à utiliser, à communiquer ou à divulguer des renseignements relatifs à cette demande de prestations, y compris des renseignements médicaux et financiers, comme la loi le prévoit et conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques*, à la *Loi sur le droit à l'information et la protection de la vie privée* et à la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé*. Travail sécuritaire NB prend la protection de la vie privée au sérieux. Veuillez lire notre énoncé de confidentialité qui se trouve à la page Web Accès à l'information et protection des renseignements personnels.
- ☐ J'accepte que tout fournisseur de soins de santé pourrait transmettre des renseignements médicaux concernant ma demande de prestations à Travail sécuritaire NB, et qu'il pourrait fournir tout renseignement concernant ma capacité de retourner au travail à Travail sécuritaire NB ou à mon employeur, et j'y consens.

Nom	Signature	Date

8. Confirmation et transmission

Avant de transmettre le formulaire, assurez-vous d'avoir :

- ☐ rempli toutes les sections nécessaires en entier;
- ☐ joint une copie d'un chèque annulé ou donné vos renseignements bancaires.

Pour transmettre votre demande de prestations par courriel, sauvegardez ce formulaire à votre ordinateur une fois rempli et joignez-le ensuite à un courriel. Dans la ligne de mention objet, veuillez indiquer « Demande de prestations – Perte d'audition liée au travail ». Envoyez le courriel à app-dem@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 énoncé de confidentialité qui se trouve à la page Web Accès à l'information et protection des renseignements personnels.

Vous pouvez aussi envoyer votre Demande de prestations par la poste ou par télécopie à l'adresse suivante :

Travail sécuritaire NB
1, rue Portland
Case postale 160
Saint John NB E2L 3X9
Télécopieur sans frais : 1 888 629-4722