

N° de réclamation :

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'INVALIDITÉ À LONG TERME – 2023

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.

Pour éviter une interruption possible de vos prestations, veuillez nous envoyer les documents suivants :

- **Questionnaire (Parties A et B) :** Veuillez **signer les Parties A et B** et nous les envoyer *avant* le **31 mars 2023** par le biais de votre dossier Mes services. Pour découvrir d'autres façons de retourner votre questionnaire, voir la page 4.
- **Feuillets d'impôt de 2022** (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 vos 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 :** Il ne s'agit pas de paiements. Vos exemptions réduisent votre revenu imposable et peuvent avoir un effet sur vos prestations d'invalidité à long terme. (Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec la personne qui prépare votre déclaration de revenus.)

Oui **Non** : Je demande des 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 2022**

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 de tous les 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 de tous les feuillets T4-E) : _____ \$

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

- Si oui :**
1. Inclure une photocopie 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 15 juin 2023.

3. RÉMUNÉRATION

N° de réclamation :

Remarque : Si vous avez commencé à recevoir ou avez présenté une demande de l'une des prestations énumérées ci-dessous, et n'en avez pas encore avisé Travail sécuritaire NB, veuillez téléphoner au 1 800 999-9775 SANS DÉLAI.

Recevez-vous des prestations ou une pension : (<i>PAS</i> des prestations de Travail sécuritaire NB)	Montant mensuel pour cette année
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non – d' <i>invalidité</i> du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec?	_____ \$
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non – d' <i>invalidité</i> de la « Social Security Administration » des États-Unis?	_____ \$
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non – d' <i>invalidité</i> à court terme de l'employeur?	_____ \$
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non – d' <i>invalidité</i> à long terme de l'employeur?	_____ \$
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non – de l'employeur pour congé de maladie?	_____ \$
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non – d'une autre assurance-salaire, fournie par : (Nom du fournisseur)? _____	_____ \$
L'an dernier, avez-vous reçu :	Montant
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non – un versement global d'indemnité de départ ou de cessation d'emploi?	_____ \$
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non – tout autre revenu. Veuillez préciser : _____	_____ \$

REMARQUE : Veuillez inclure des photocopies 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 des dernières années? **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-vous déménager dans les prochains 90 jours, veuillez donner votre nouvelle adresse ou votre adresse future 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 ce *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.

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.

Pour transmettre votre questionnaire par courriel, joignez le formulaire rempli à un courriel, indiquez « Questionnaire annuel » dans la ligne de mention objet et adressez-le à 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 l'[énoncé de confidentialité de Travail sécuritaire NB](#).

Vous pouvez aussi envoyer cette demande 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