

## QUESTIONNAIRE RELATIF À L'INVALIDITÉ À LONG TERME – 2020

Nom:

Numéro de réclamation:

### Partie A – Situation d'emploi et toute rémunération

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 de vos prestations, veuillez suivre ces directives :**

- **Lisez attentivement et répondez à TOUTES les questions qui s'appliquent.** Si vous avez besoin d'aide, vous pouvez communiquer avec la personne responsable de votre réclamation.
- **Assurez que tous les revenus déclarés pour 2019 sont accompagnés d'une photocopie de vos feuillets d'impôt (T). N'envoyez PAS vos originaux.** S'il le faut, vous pouvez communiquer avec l'Agence du revenu du Canada au 1 800 959-7383 afin de demander des copies de tous vos feuillets T de 2019.
- **Envoyez le questionnaire rempli d'ici le 27 mars 2020** dans l'enveloppe-réponse sous ce pli ou par télécopieur au numéro sans frais # 1 888 629-4722.

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

1. **Exemptions d'impôt sur le revenu** : Lors du calcul de vos prestations, nous utilisons toujours votre exemption personnelle de base. Si vous demandez d'autres exemptions (pour personnes handicapées ou pour conjoint) cela pourrait avoir un effet sur vos prestations. Vous devez fournir une preuve des autres exemptions demandées. **Veillez cocher la case ci-dessous qui correspond à votre situation :**

#### **Je demande l'exemption suivante sur ma déclaration d'impôt :**

- Exemption personnelle de base  
 Exemption personnelle de base **et d'autres exemptions**

**Pour obtenir une preuve d'autres exemptions**, veuillez communiquer avec l'Agence du revenu du Canada au 1 800 959-7383 et demander un **Relevé des renseignements de la déclaration d'impôt pour l'année 2019 « RC143 – Option C »**. Dès que vous l'aurez reçu, veuillez nous en envoyer une copie.

2. **Revenus d'emploi**

a) **J'ai travaillé pour un employeur en 2019 :**  Oui  Non

Total des revenus en 2019 (selon la case 14 de tous les feuillets T4 pour 2019) : \_\_\_\_\_ \$

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

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

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

b) **J'ai reçu des prestations d'assurance-emploi en 2019 :**  Oui  Non

Montant reçu (selon la case 14 de tous les feuillets T4-E pour 2019) : \_\_\_\_\_ \$

c) **J'étais un travailleur indépendant ou j'ai exploité une entreprise en 2019 :**  Oui  Non

- 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 – Option C pour 2019**.
  3. La date limite pour présenter ce questionnaire est repoussée au 15 juin 2020.

**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).**

3. **Rémunération** : (Veuillez répondre à chaque question.)

**Numéro de réclamation:**

**Remarque :** Veuillez aviser Travail sécuritaire NB **IMMÉDIATEMENT** en composant le 1 800 999-9775 si vous avez commencé à recevoir l'un des revenus énumérés ci-dessous.

<b>Recevez-vous des prestations ou une pension :</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Montant mensuel pour l'année 2020</b>
– d' <i>invalidité</i> du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$
– d' <i>invalidité</i> de la « Social Security Administration » des États-Unis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$
– d' <i>invalidité</i> à court terme de l'employeur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$
– d' <i>invalidité</i> à long terme de l'employeur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$
– de l'employeur pour congé de maladie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$
– d'une autre assurance-salaire, fournie par : (nom du fournisseur)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$
– d'un autre genre ou d'une source non énumérée ci-dessus, fourni par : (nom du fournisseur)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$

**L'an dernier (en 2019), avez-vous reçu :**

			<b>Montant</b>
– un versement global d'indemnité de départ ou de cessation d'emploi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$
– tout autre revenu. Veuillez préciser : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$

**REMARQUE : Veuillez inclure des photocopies de tous les feuillets « T » que vous avez reçus pour 2019.**

4. Depuis janvier 2019, 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, nous vous appellerons pour obtenir les détails.  
 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 à domicile : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_

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

## QUESTIONNAIRE RELATIF À L'INVALIDITÉ À LONG TERME – 2020

### Partie B – État de la blessure subie au travail et de l'employabilité

Numéro 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?** (Encercler ce qui convient.)

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?** (Encercler tout ce qui convient.)

Médecin de famille

Infirmière praticienne

Psychologue

Spécialiste

Physiothérapeute

Chiropraticien

Ergothérapeute

Psychiatre

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

- 3. 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?** (Encercler ce qui convient.)

Oui

Non

Si oui, veuillez préciser. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- 4. Êtes-vous atteint de nouvelles conditions médicales depuis les dernières années? Si oui, veuillez préciser. \_\_\_\_**

\_\_\_\_\_

#### Section II – Employabilité

*Travail sécuritaire NB offre différents programmes pour vous aider à faire la transition vers le marché du travail.*

- 5. Êtes-vous intéressé à recevoir de l'aide pour réintégrer le marché du travail?** (Encercler ce qui convient.)

Oui

Non

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

- 6. Avez-vous reçu une formation liée au travail au cours des dernières années?** (Encercler ce qui convient.)

Oui

Non

Si oui, veuillez préciser. \_\_\_\_\_

- 7. Avez-vous déménagé au cours de la dernière année ou prévoyez-vous déménager dans les prochains 90 jours?** (Encercler ce qui convient.)

Oui

Non

Si oui, veuillez donner votre nouvelle adresse ou votre adresse future et la date d'entrée en vigueur.

\_\_\_\_\_

- 8. Aimerez-vous qu'un gestionnaire de cas de Travail sécuritaire NB communique avec vous pour discuter de vos réponses?** (Encercler ce qui convient.)

Oui

Non

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

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

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