



1 Portland Street, P.O. Box 160
Saint John, N.B. E2L 3X9
Phone 506 632-2200
Toll-free 1 800 999-9775
Web worksafenb.ca

1, rue Portland, case postale 160
Saint John (N.-B.) E2L 3X9
Téléphone 506 632-2200
Sans frais 1 800 999-9775
Web travailsecuritairenb.ca

Nom :

Adresse :

N° de réclamation :

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'INVALIDITÉ À LONG TERME – 2025

Partie A

Eqphqto 2o gpv«rc"Loi sur les accidents du travail."ngu'r tguvcvkpu'f dpxckf k2 "«'nppi "vgto g'uqpv'tclwu2 gu'cppwmggo gpv'cw' o qku'cppkxgtuckt g'f g'xqvt g'drguwt g'qwf g'rc't2 cr r ct kskqp'f g'xqvt g'drguwt g'0

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) : Xgwknj 'signer les deux parties gvpqwu'ngu'gpxq{ gt avant rg 31 mars 2025 r ct'rg dcku'f g'xqvt g'f quukgt 'O gu'ugt xle gu'qwr ct'wp'cwtg'o q{ gp'xqk'rc'r ci g'6+0
Tous les feuillets d'impôt de 2024 *ngu'qtki kpcwz 'pg'xqwu'ugt qpv'RC Ut gvwtp2 u+ "Rqwt 'qdvpgk'f gu'eqr kgu.'cr r grg| nCi gpeg'f w'tgxgpw'f w'Ecpcf c'cw'3": 22"; 7; /95: 50
Ukxqwu'cwgpf gl 'f gu'hwknj w'f do r 1/2'x'gwknj | gpxq{ gt 'hg's wgnkppck g'gvkpf ks wgt 'è 'Ngu'hwknj w'f do r 1/2'uwkxtpv0i

VEUILLEZ REMPLIR CE QUI SUIT :

30 EXEMPTIONS D'IMPÔT SUR LE REVENU

Oui" "Non" "Ig'f go cpf g'f œwt gu'gzgo r vkpu'gp'r nu'f g'ngz go r vkp'r gtuqppng'f g'dcug *0

, Rqwt 'qdvpgk'wp'g'r tgvxg'f w'et2 f k'r qwt 'aidant naturel.'APRÈS'cxqk'tg+w'xqvt g'Avis de cotisation.'cr r grg| nCi gpeg f w'tgxgpw'f w'Ecpcf c'cw'3": 22"; 7; /95: 50F go cpf gl 'wp'Relevé des renseignements de la déclaration d'impôt"è TE365/3 G*33+Z'î 'r qwt'rcpp2 g'gp's wgnkpp0

40 REVENU D'EMPLOI EN 2024

c+Lœk'tcxckn? : Oui" "Non" "Rnu'f œwp'go r m{ gw'«Oui" "Non" "Ig'tcxckng'o ckpygpcpv'«Oui" "Non" "Xgwknj | kpf ks wgt'ng'o r m{ gw'ng'r nu't2 egpv'ek'f guuqwu'0C lqwgl 'ng'pqo 'f gu'cwt gu'f cpu'rc'ugevkp't2 ugtx2 g'cwz eqo o gpvckt gu'«rc'r ci g'40+

Vqvcn'f gu'tgxgpw'f œgo r nk'ugrup'rc'ecug'36'f gu'hwknj w'V6+ "aaaaa" &

P qo 'f g'ng'o r m{ gw' "aaaaa" Vktg'f w'r quvg' "aaaaa"

P à'f g'v' r j qp'g' "aaaaa" Vcwz'j qtck'g' "aaaaa"

Rgtuqppg/tguuqwtg' "aaaaa" F cvg'f œgo dcwej ci g'«o qku'c'pp2 g' "aaaaa"

d+ "Oui" "Non" J'ai reçu des prestations d'assurance-emploi. O qpvcv't g+w'ugrup'rc'ecug'36'f gu'hwknj w'V6/G+ "aaaaa" &

e) "Oui" "Non J'étais un travailleur indépendant ou j'ai exploité une entreprise.

Si oui : 30 Kœnt g'wp'g'eqr lg'f w T2125- État des résultats des activités d'une entreprise0

40 Kœnt g'wp't grx2'f gu't gpugki pgo gpw'f g'rc'f2 erctxvkp'f do r 1/2 RC143 r qwt'rcpp2 g'cr r rœcdrg'f g nCi gpeg'f w'tgxgpw'f w'Ecpcf c0

50 Nc'f cvg'ho kg'r qwt 'r t2 ugpgt'eg's wgnkppck g'guv't gr qwu2 g'cw'35'wkp'42470

3. RÉMUNÉRATION

N° de réclamation :

Remarque : Si vous avez commencé à recevoir ou avez présenté une demande pour recevoir 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.)

Montant mensuel pour cette année

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

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

Oui Non Tout autre revenu (veuillez préciser) :

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

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 la case qui s'applique.)**

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 toutes 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 les 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.

Pour présenter votre questionnaire par courriel, veuillez joindre le document rempli à un courriel. Dans la ligne d'objet, indiquez « Questionnaire annuel » et envoyez le courriel documents@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.

To submit your questionnaire by email, attach the completed document and state "Annual Questionnaire" in the subject line, then send to documents@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.