

5. Veuillez indiquer tout autre revenu mensuel que vous avez reçu. (Bien vouloir préciser s'il s'agit d'une assurance-invalidité à long terme, d'une retraite anticipée, etc.)

a) _____ \$ par mois (brut)

b) _____ \$ par mois (brut)

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 qu'une falsification pourrait entraîner une réduction des prestations que je reçois. Je suis également conscient que mes prestations peuvent être retenues pour rembourser toute prestation que j'aurais reçue en trop en raison de faux renseignements. Par la présente, j'autorise Travail sécuritaire NB à vérifier tout renseignement concernant mon revenu de toutes les sources.

Signature : _____ **Date :** _____

Adresse : _____

Code postal : _____

N° de téléphone à domicile ou de cellulaire : _____

Numéro d'assurance sociale : _____

Date de naissance : _____

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