

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 pourrions 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](http://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 <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Après-midi			
Adresse de courriel		Date de naissance	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

## 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 <input type="checkbox"/> Difficulté à comprendre les autres <input type="checkbox"/> Difficulté à entendre <input type="checkbox"/> Étourdissements <input type="checkbox"/> Antécédents familiaux de perte d’audition <input type="checkbox"/> Mal aux oreilles <input type="checkbox"/> Autre :	Avez-vous déjà consulté un audiologiste? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, indiquez son nom. <span style="float: right;">Date de l’examen auditif</span>  <b>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.</b>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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? <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Mal aux oreilles <input type="checkbox"/> Blessure à la tête <input type="checkbox"/> Tympan perforé <input type="checkbox"/> Opération à l’oreille <input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Outils électriques		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiels
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Armes à feu		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiels
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Véhicules de plaisance		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiels
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Souffleuses à neige / Tondeuses à gazon		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiels
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Musique / Membre d’un groupe musical		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiels
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Autre		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiels

## 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?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Protecteurs auditifs <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Protecteurs auditifs <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Protecteurs auditifs <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Protecteurs auditifs <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Secteur de l’usine, si cela s’applique				
Veuillez indiquer le nom de votre syndicat.				Section locale
Personne-ressource			Numéro de téléphone	

## 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 [application-demande@ws-ts.nb.ca](mailto: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 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