

Remplissez ce formulaire si vous prévoyez fournir des services de soins à domicile non professionnels à un travailleur qui reçoit des prestations de Travail sécuritaire NB (le client).

IMPORTANT : SAUVEGARDEZ CE FORMULAIRE À VOTRE ORDINATEUR AVANT DE COMMENCER À Y INSCRIRE DES RENSEIGNEMENTS. Ne le remplissez pas à partir d'un navigateur en ligne.

Cette déclaration a pour but de préciser que vous êtes le soignant du client et de fournir les renseignements nécessaires pour que le client puisse présenter ses reçus pour demander le remboursement de frais médicaux admissibles. Les services de soins à domicile non professionnels sont des tâches personnelles que la personne ne peut pas accomplir par elle-même. Pour obtenir de plus amples renseignements, consultez la [Politique 25-003 – Soins à domicile et indépendance](#).

Travail sécuritaire NB prend la protection de votre vie privée au sérieux. Vos renseignements personnels, y compris votre numéro d'assurance sociale, sont recueillis en vertu du sous-alinéa 37(2)a(i) de la *Loi sur le droit à l'information et la protection de la vie privée*. Ces renseignements sont nécessaires pour administrer les frais médicaux et satisfaire à nos obligations en matière de déclaration à l'Agence du revenu du Canada. Ils ne seront utilisés et divulgués que pour les raisons pour lesquelles ils sont recueillis.

Travail sécuritaire NB se conforme à toutes les lois et à tous les règlements applicables en matière de protection de la vie privée qui visent à protéger la confidentialité et la sécurité des renseignements personnels. Lisez notre [Énoncé de confidentialité](#). Si vous avez des questions ou des préoccupations concernant la collecte de vos renseignements personnels, veuillez communiquer avec nous au 506 632-2837.

Renseignements sur le client

| | | |
|------------------|--------------------------|---------------------------------|
| Prénom du client | Nom de famille du client | Numéro de réclamation du client |
|------------------|--------------------------|---------------------------------|

Vos renseignements

| | | |
|--------|----------------|----------------------------|
| Prénom | Nom de famille | Numéro d'assurance sociale |
|--------|----------------|----------------------------|

Déclaration et consentement

- J'atteste que les renseignements donnés sont véridiques et exacts.
- J'atteste que je ne suis pas l'époux-se ou le (la) conjoint-e de fait OU ne suis pas âgé-e de moins de 18 ans lorsque les soins ont été fournis.

| | | |
|-----|-----------|-------------------|
| Nom | Signature | Date (aaaa-mm-jj) |
|-----|-----------|-------------------|

Pour présenter votre déclaration par courriel, veuillez joindre le formulaire rempli à un courriel. Dans la ligne de mention objet, indiquez « Déclaration du soignant » et envoyez le courriel 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 de plus amples renseignements, veuillez lire l'[Énoncé de confidentialité de Travail sécuritaire NB](#).

Vous pouvez aussi présenter votre Déclaration du soignant par la poste ou par télécopie.

Par la poste
Travail sécuritaire NB
1, rue Portland
Case postale 160
Saint John NB E2L 3X9

Télécopie
Sans frais 1 888 629-4722

Questions?
Sans frais 1 800 999-9775
Lundi au vendredi, de 8 h 00 à 16 h 30