

**Demande de prestations  
et consentement du travailleur****Écrivez en CARACTÈRES D'IMPRIMERIE et à l'encre noire.  
NE PAS RETOURNER LE PRÉSENT FORMULAIRE À LA CSPAAT.****Signature du travailleur**

En apposant ma signature ci-dessous, je demande des prestations en vertu de la *Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail* pour une lésion ou une maladie reliée au travail. J'autorise également tout professionnel de la santé qui me traite à fournir à mon employeur, à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT) et à moi une copie du formulaire *Détermination des capacités fonctionnelles pour un retour au travail rapide* de la CSPAAT, sur lequel il aura indiqué les renseignements sur mes capacités fonctionnelles.

Nom (au complet)

Signature

Date de  
la signature (jj/mm/aa)Date de  
l'accident (jj/mm/aa)Description de la lésion  
ou de la maladieN° d'identification de  
l'employé ou NASNuméro de télécopieur de l'employeur  
( )**Instructions à l'employeur :**

Utilisez ce formulaire lorsque vous ne pouvez pas obtenir la signature de votre employé sur le formulaire 7. Conservez-en une copie dans vos dossiers. Envoyez une autre copie au professionnel de la santé du travailleur. Celle-ci servira au besoin de preuve d'autorisation du travailleur de divulguer les renseignements sur ses capacités fonctionnelles, afin de faciliter l'élaboration d'un programme de retour au travail sécuritaire. Remettez-en aussi une copie à votre employé.

**Protection de la vie privée**

Des renseignements personnels vous concernant seront recueillis dans le cadre de votre dossier en vertu de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*. Ces renseignements seront utilisés pour administrer la *Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail*, votre dossier et les programmes de la CSPAAT. Les renseignements médicaux et non médicaux sont recueillis auprès de fournisseurs de soins de santé, d'établissements de réadaptation professionnelle, de fournisseurs de services de réintégration au marché du travail, d'employeurs, de témoins et d'autres personnes ou organismes au besoin. Le numéro d'assurance sociale utilisé pour enregistrer les demandes de prestations sert à identifier les travailleurs et à émettre les relevés d'impôt sur le revenu, conformément à la *Loi de l'impôt sur le revenu*. Ces renseignements ne peuvent être divulgués qu'à l'employeur, à des établissements médicaux ou de réadaptation professionnelle ainsi qu'à des organismes de sécurité, des fournisseurs de services et de paiement externes, des chercheurs et autres en vertu de la *Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail* et de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*. Votre nom et votre numéro de téléphone peuvent être divulgués à des tiers, c'est-à-dire des chercheurs qui mènent des enquêtes sur la satisfaction et organisent des groupes de consultation. Toute question doit être adressée au décideur responsable de votre dossier. Vous pouvez obtenir une *Déclaration sur la protection de la vie privée à l'intention des travailleurs* plus détaillée sur le site [www.wsib.on.ca](http://www.wsib.on.ca) ou en composant sans frais le 1-800-387-5540.