

Personne requérante	Numéro de dossier	Lésion ou maladie	Date de la lésion ou de l'accident initial
---------------------	-------------------	-------------------	--

1. Cochez l'énoncé qui décrit le mieux la situation actuelle de la personne requérante et remplissez le formulaire en suivant les instructions.
 La personne requérante **n'a pas** interrompu le travail ni perdu des gains (répondez **seulement** aux questions 2 et 3).
 La personne requérante **a interrompu le travail** et **est** retournée au travail (répondez **seulement** aux questions 2 à 5).
 La personne requérante **a interrompu le travail** et **n'est pas** retournée au travail (répondez **seulement** aux questions 6 à 10).

2. La personne requérante est retournée au travail et a fait un/son/des/ses (cochez tous les éléments qui s'appliquent).	3. a) Indiquez la situation quant au retour au travail.
a) travail habituel ou travail modifié	Un programme de retour au travail a-t-il été établi? Oui Non
b) salaire habituel ou salaire réduit	Se déroule-t-il comme prévu? Oui Non
c) heures habituelles ou heures réduites	b) Avez-vous besoin de notre aide pour le retour au travail de la personne requérante? Oui Non

Fournissez toute précision concernant le retour au travail de la personne requérante.

4. Date et heure du retour au travail _____ du matin de l'après-midi ou du soir

5. a) Total des quarts de travail ou jours perdus _____
 b) Si la personne requérante a un horaire de quarts rotatifs répétés, fournissez la durée de chaque quart ou jour perdu (p. ex. quatre jours de travail, quatre jours de congé — ou — horaire établi à cinq jours par semaine, mais les jours de travail varient chaque semaine).

6. Qui a la responsabilité d'organiser le retour au travail de la personne requérante?	Moi	Une autre personne
Nom _____	Poste _____	Téléphone _____

7. A-t-on communiqué avec la personne requérante pour discuter de sa situation et du retour au travail? Oui Non
 Précisions _____
 Si oui, quelle est la date de la dernière prise de contact/discussion (jj/mmm/aaaa)? _____
 Résultat de cette discussion : _____

8. Avez-vous reçu les renseignements sur les restrictions ou capacités fonctionnelles de cette personne requérante pour planifier un retour au travail? Oui Non
 Si oui, quand les avez-vous reçus? (jj/mmm/aaaa) _____
 Comment les avez-vous reçus? Formulaire Détermination des capacités fonctionnelles de la WSIB Note de médecin
 Autre formulaire de détermination des capacités fonctionnelles Autre

9. Pouvez-vous adapter le travail/lieu de travail de cette personne requérante? Oui Non

10. Veuillez indiquer pourquoi la personne requérante n'est pas retournée au travail.

Toute fausse déclaration faite à la WSIB constitue une infraction. Je déclare que tous les renseignements fournis sur cette page sont véridiques.

Nom de la personne ayant rempli ce rapport	Titre officiel	
Signature	Téléphone	Date (jj/mmm/aaaa)

Cochez cette case si vous remplissez et soumettez ce formulaire par voie électronique. Cela constitue votre signature. Vous devez indiquer votre nom et la date ci-dessus.