wsib cspaat ONTARIO
Workplace Safety & Insurance Board
Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail

200, rue Front Ouest
Toronto ON M5V 3J1

Téléphone : 416-344-1000 **ou** 1-800-387-0750

Télécopier au : 416-344-4684 **ou** 1-888-313-7373

imprimer | rétablir | sauvegarder

Relevé général des dépenses du travailleur

N° de dossier :

début >

A. Renseignements sur le travailleur

Nom de famille	Prénom	Initiales

Adresse actuelle	Ville	Province	Code postal	Est-ce une nouvelle adresse? ☐ oui ☐ non

Téléphone (domicile)	Téléphone (travail)	Date de naissance (mm/jj/aaaa)

B. Renseignements sur les frais

- **Les reçus originaux et les ordonnances DOIVENT être joints.**
- **Ce formulaire ne doit pas être utilisé pour le remboursement des médicaments.**

Description du service/produit	Quantité	Recommandé par : (Nom, adresse et numéro de téléphone)	Date d'achat du service (mm/jj/aaaa)	Montant ($)

Autre commentaires :

Total $

C. Déclaration du travailleur

Par la présente, je déclare que, à ma connaissance, les renseignements figurant sur le présent formulaire sont véridiques, exacts et complets et que les produits ou services qui m'ont été fournis étaient pour mon usage personnel dans le cadre de mon dossier de la CSPAAT. Je consens à soumettre tous les reçus originaux à la CSPAAT. Je ne demanderai pas de remboursement auprès de tout autre assureur ou organisme pour les frais payés par la CSPAAT. J'autorise également la divulgation à la CSPAAT de tout renseignement concernant les frais énumérés dans ce formulaire.

Signature **Tapez votre nom et téléversez le formulaire, ou encore imprimez-le et signez-le avant de le retourner à la WSIB.**	Date mm/jj/aaaa

imprimer | rétablir | sauvegarder