

# FORMULAIRE 7

AVIS DE LÉSION OU DE MALADIE (EMPLOYEUR)  
GUIDE DE RÉFÉRENCE DE L'EMPLOYEUR

# Table des matières

Aperçu des obligations de déclaration de l'employeur .....	3
En-tête .....	6
Section A – Renseignements sur le travailleur .....	7
Section B – Renseignements sur l'employeur .....	11
Section C – Date de l'accident ou de la maladie et renseignements .....	15
Section D – Soins de santé .....	22
Section E – Interruption de travail .....	24
Section F – Retour au travail.....	26
Section G – Renseignements sur le salaire de base et l'emploi .....	29
Section H – Renseignements supplémentaires sur le salaire .....	35
Section I – Horaire de travail.....	39
Section J – Déclaration de l'employeur .....	41

## Aperçu des obligations de déclaration de l'employeur

### Quand devrais-je remplir ce formulaire? Quelles sont mes obligations en matière de déclaration?

L'employeur doit faire une déclaration à la CSPAAT s'il apprend que, par suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, un travailleur a besoin de soins de santé et/ou

- s'est absenté de son travail régulier;
- touche moins que son salaire habituel pour son travail régulier (p. ex., s'il doit travailler à temps partiel);
- accomplit un travail modifié dont le salaire est inférieur à son salaire habituel

L'employeur doit aussi déclarer l'accident ou la maladie si, par suite de l'incident, le travailleur ne reçoit aucun soin de santé mais doit accomplir des tâches modifiées en touchant son salaire régulier pendant plus de sept jours civils.

### Après avoir rempli le formulaire 7, veuillez le signer, le dater et :

en envoyer une copie à la CSPAAT par la poste ou par télécopieur,

- en remettre une copie au travailleur (y compris les pièces jointes), et
- en garder une copie pour vos dossiers.

### Conséquences si vous ne remplissez pas vos obligations de déclaration

La CSPAAT vous imposera une pénalité de 250 \$ pour chacun des manquements suivants :

- envoi tardif du formulaire 7; renseignements incomplets;
- défaut de remettre une copie du formulaire 7 rempli au travailleur;
- déclaration sur une version du formulaire non approuvée par la CSPAAT.

Les amendes peuvent être multiples. Par exemple, si le formulaire 7 est soumis trop tard et est incomplet, l'amende s'élèvera à 500 \$.

Un particulier reconnu coupable peut se voir imposer une amende pouvant s'élever à 25 000 \$ ou jusqu'à six mois d'emprisonnement. Une personne morale reconnue coupable d'une infraction peut se voir imposer une amende pouvant s'élever à 100 000 \$.

L'employeur doit fournir tous les efforts raisonnables pour obtenir les renseignements demandés sur le formulaire 7 afin de le remplir et de l'envoyer dans le délai requis. S'il n'a pas

la possibilité d'obtenir tous les renseignements à temps, il doit soumettre le formulaire 7 et y joindre une explication sur les renseignements manquants et sur les mesures prises pour les obtenir.

## **Quand ce formulaire doit-il être envoyé à la CSPAAT?**

La loi exige que vous remplissiez l'avis dans les trois jours civils suivant le moment où vous apprenez votre obligation de déclaration, par suite d'un accident ou d'une maladie reliée au travail. Le formulaire

7 dûment rempli doit parvenir à la CSPAAT dans les sept jours ouvrables suivant le moment où vous apprenez votre obligation de déclaration. Ne tardez pas à remplir et envoyer le formulaire à la CSPAAT, à Toronto. Envoyez le formulaire 7 par la poste ou par télécopieur à :

Poste : Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail

200, rue Front Ouest Toronto ON M5V 3J1

Télécopieur : Numéro local : (416) 344-4684

Sans frais : 1-888-313-7373

## **Qu'est-ce que la CSPAAT considère comme des soins de santé?**

- les services fournis dans les hôpitaux et les établissements de santé;
- les services pouvant être fournis seulement par les professionnels de la santé suivants : chiropraticiens, médecins, physiothérapeutes, infirmières autorisées (catégorie avancée) et dentistes.

Vous devez remplir ce formulaire si des prothèses dentaires, des lunettes ou des appareils orthopédiques (p. ex., bras artificiel) ont été endommagés pendant que le travailleur les portait au cours d'un accident du travail

Qu'est-ce que la CSPAAT considère comme des premiers soins?

Les premiers soins sont des traitements ou soins dispensés une seule fois et toute visite de suivi faite seulement à des fins d'observation

Les premiers soins comprennent entre autres ce qui suit

- le nettoyage de coupures, d'éraflures et d'égratignures mineures;
- le traitement d'une brûlure mineure; l'application de bandages ou de pansements;
- l'application de compresses froides ou de sacs de glace;
- la pose d'une attelle;

- le changement d'un bandage ou d'un pansement lors d'une visite de suivi

Dois-je faire une déclaration en cas de premiers soins?

Vous n'avez pas à remplir le formulaire pour déclarer que le travailleur a reçu les premiers soins d'un professionnel de la santé ou d'un secouriste certifié de l'entreprise ou du lieu de travail. Toutefois, la loi exige que vous teniez un registre de tous les détails concernant les premiers soins.

Le jour de l'accident, l'employeur doit :

fournir et payer le transport immédiat à l'hôpital, au cabinet ou à la clinique d'un professionnel de la santé ou au domicile du travailleur (si nécessaire),

2 payer le plein salaire et les avantages sociaux du travailleur pour la journée ou le quart de travail au cours duquel la lésion est survenue.

## **Avez-vous besoin d'aide pour remplir le formulaire 7?**

Communiquez avec :

- votre gestionnaire de compte ou représentant du service à la clientèle;
- l'agent d'indemnisation.

Vous trouverez une liste complète de tous les numéros de téléphone des bureaux de la CSPAAT sur la couverture arrière du présent guide.

Le Bureau des conseillers du patronat peut aussi vous fournir de l'aide. Vous pouvez le joindre sans frais au -800-387-0774

## En-tête

<b>WSIB</b> ONTARIO <b>CSPAAT</b>	Envoyer au : 200, rue Front Ouest Toronto ON M5V 3J1	ou télécopier au : 416-344-4684 OU 1-888-313-7373	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>Avis de lésion ou de maladie (employeur) (formulaire 7)</b>
<b>Écrivez en CARACTÈRES D'IMPRIMERIE et à l'encre noire.</b>				<b>3</b>	N° de dossier
<b>A. Renseignements sur le travailleur</b>					<b>2</b>
Titre ou poste (au moment de l'accident ou de la maladie – n'utilisez pas d'abréviations)		Depuis combien de temps ce		Numéro d'assurance sociale	

### **1 Adresse postale et numéros de télécopieur de la CSPAAT**

Tous les dossiers sont établis au bureau de Toronto de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail. Pour éviter tout retard, envoyez le formulaire 7 par télécopieur ou par la poste au bureau de Toronto.

Poste : CSPAAT

200, rue Front Ouest Toronto ON M5V 3J1

Télécopieur : Numéro local : (416) 344-4684

Sans frais : 1-888-313-7373

### **2 N° de dossier**

Une fois le dossier établi, la CSPAAT envoie le numéro de dossier à l'employeur. Si l'employeur connaît déjà le numéro de dossier lorsqu'il remplit le formulaire 7, il devrait l'inscrire sur toutes les pages.

Si vous ajoutez des pièces jointes au formulaire 7, inscrivez le nom du travailleur et son numéro de dossier (si vous le connaissez) sur toutes les pages.

### **3 Écrivez en caractères d'imprimerie et à l'encre noire.**

Si vous remplissez le formulaire 7 à la main, veuillez écrire clairement, en caractères d'imprimerie et à l'encre noire. Comme la plupart des formulaires sont envoyés par télécopieur, l'encre noire est plus lisible

## 4 Nom du travailleur, No de dossier, No d'assurance sociale

Au haut de chaque page, vous trouverez un endroit où indiquer le nom du travailleur, son numéro de dossier (si vous le connaissez) et son numéro d'assurance sociale. Veuillez y inscrire ces renseignements. Cela nous permet de veiller à ce que les pages restent regroupées lors du traitement

## Section A – Renseignements sur le travailleur

Ces renseignements sont requis pour établir le dossier du travailleur.

## A1 Nom du travailleur, son adresse (numéro, rue, appartement), Ville, Province, Code postal et Téléphone

Indiquez le nom du travailleur au complet, son nom de famille suivi de son prénom, ainsi que l'adresse actuelle de son domicile au complet et son numéro de téléphone.

Ces renseignements sont placés de façon à apparaître dans la fenêtre de l'enveloppe. Cela vous facilitera l'envoi de la copie au travailleur.

### **A2** Numéro d'assurance sociale

Le numéro d'assurance sociale à neuf chiffres est requis pour remplir les exigences de déclaration de la CSPAAT, et cette exigence est autorisée aux termes de la Loi de l'impôt sur le

### **A3** Date de naissance

Indiquez ainsi la date de naissance du travailleur : jour/mois/année – jj/mm/aa

Exemple: 26/01/59

### **A4** Titre ou poste

(au moment de l'accident ou de la maladie– n'utilisez pas d'abréviations)

Indiquez le poste qu'occupait le travailleur au moment de l'accident ou de la maladie, soit son titre au moment où il s'est blessé, même s'il ne s'agit pas de son emploi régulier.

Exemple :

Normalement, Linda est soudeuse, mais elle travaillait temporairement comme expéditrice-réceptionnaire à l'entrepôt quand elle s'est blessée

Dans ce cas, vous devez indiquer l'emploi d'expéditrice-réceptionnaire.

### **A5** Depuis combien de temps ce travailleur occupe-t-il ce poste?

Indiquez depuis combien de temps (année, mois ou semaines) le travailleur occupe l'emploi au cours duquel il s'est blessé.

Exemple :

Le travailleur peut être votre employé depuis sept ans, mais si, au moment de la lésion, il occupait son emploi depuis deux ans, indiquez

« deux ans »

### **A6** Date d'embauche

Inscrivez la date à laquelle votre entreprise a engagé le travailleur. Si le travailleur avait déjà été engagé auparavant (p. ex., travail saisonnier ou temporaire), indiquez la plus récente date d'embauche



## **A7** Indiquez si ce travailleur est :

Cela ne s'applique pas à la plupart des travailleurs. Toutefois, vous devez savoir que, en cas de lésion ou de maladie, ces personnes ont probablement besoin d'une assurance facultative pour être protégées par la Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail. Si vous n'êtes pas certain du statut du travailleur, cochez la case que vous croyez correcte, et l'agent d'indemnisation communiquera avec vous pour faire le suivi. Ne retardez pas l'envoi du formulaire si vous n'êtes pas certain du statut.

### **Définitions**

*Dirigeant* – personne qui :

- a l'autorisation d'agir de façon autonome au nom de l'entreprise;
- est responsable de l'orientation générale de l'entreprise ainsi que de ses activités et des opérations financières;
- exerce une autorité d'une grande portée et prend des décisions ou formule des politiques pour toute l'entreprise, plutôt que pour un secteur particulier, et
- a la possibilité de lier l'entreprise.

Le dirigeant peut être un membre du conseil d'administration, y compris le président du conseil, un vice-président du conseil,

le président, un vice-président, un chef de direction, un secrétaire général, le trésorier, le directeur d'une société à responsabilité limitée ou un directeur général ou cadre nommé aux termes d'un règlement de l'entreprise ou d'une résolution du conseil. (Pour plus de précisions sur les dirigeants, veuillez consulter la politique opérationnelle 12-03-03 de la CSPAAT. Vous pouvez obtenir les politiques du Manuel des politiques opérationnelles sur demande en écrivant à [translation@wsib.on.ca](mailto:translation@wsib.on.ca)

*Représentant élu* – personne qui : a été élue à un poste;

- est temporairement titulaire d'un poste élu;
- est membre du conseil d'administration, qu'il soit nommé ou élu;
- ou l'équivalent.

(Pour plus de précisions sur les représentants élus, veuillez consulter la politique opérationnelle 12-03-03 de la CSPAAT. Vous pouvez obtenir les politiques du Manuel des politiques opérationnelles sur demande en écrivant à [translation@wsib.on.ca](mailto:translation@wsib.on.ca)

*Propriétaire* – personne qui porte officiellement le titre de propriétaire de l'entreprise.

*Conjoint ou parent de l'employeur* – personne qui peut officiellement porter le titre de dirigeant. Pour plus de renseignements ou de précisions, communiquez avec votre gestionnaire de compte ou votre représentant du service à la clientèle

<b>WSIB ONTARIO</b> <b>CSPAAT</b>		Envoyer au : 200, rue Front Ouest Toronto ON M5V 3J1	ou télécopier au : 416-344-4684 OU 1-888-313-7373	7	<b>Avis de lésion ou de maladie (employeur) (formulaire 7)</b>
Écrivez en <b>CARACTÈRES D'IMPRIMERIE</b> et à l'encre noire.				N° de dossier	
<b>A. Renseignements sur le travailleur</b>					
Titre ou poste (au moment de l'accident ou de la maladie - n'utilisez pas d'abréviations)			Depuis combien de temps ce travailleur occupe-t-il ce poste?		Numéro d'assurance sociale
Indiquez si ce travailleur est : <input type="checkbox"/> dirigeant <input type="checkbox"/> représentant élu <input type="checkbox"/> propriétaire <input type="checkbox"/> conjoint ou parent de l'employeur					
Nom du travailleur			Le travailleur est-il protégé par un syndicat ou une convention collective? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Numéro de référence du travailleur
Adresse (n°, rue, app.)			Langue préférée du travailleur : <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Autre		Date de naissance (jj mm aa)
Ville Province Code postal			Téléphone ( )		Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
					Date d'embauche (jj mm aa)
<b>B. Renseignements sur l'employeur</b>					

### **A8** Numéro de référence du travailleur

L'employeur peut indiquer le numéro d'identification de l'employé de l'entreprise (par exemple, le numéro de paye) dans l'espace prévu. La CSPAAT n'a pas besoin de ce numéro. L'employeur peut l'indiquer pour ses besoins de contrôle interne

Les entreprises minières, y compris les entrepreneurs qui effectuent des travaux miniers, peuvent y inscrire le numéro de certificat de mineur

### **A9** Sexe

Cochez (✓) M (masculin) ou F (féminin).

### **A10** Le travailleur est-il protégé par un syndicat ou une convention collective?

Cochez « oui » si le travailleur est membre d'un syndicat ou d'une association reconnue qui a négocié une convention collective avec votre entreprise. Le nom et la section locale ne sont pas requis pour le moment. Nous vous les demanderons si nécessaire

### **A11** Langue préférée du travailleur

Cochez (✓) la langue préférée du travailleur. Si vous n'indiquez pas que le travailleur préfère les services en français, tous les services seront fournis en anglais. S'il ne parle ni anglais

ni français, indiquez la langue qu'il parle. La CSPAAT peut communiquer avec les travailleurs dans de nombreuses langues.

## Section B – Renseignements sur l'employeur

B. Renseignements sur l'employeur				Pliez ici pour l'enveloppe n° 10	
Appellation commerciale et raison sociale (si différentes) <b>B1</b>		Cochez l'une des cases <input type="checkbox"/> Numéro d'entreprise <b>OU</b> <input type="checkbox"/> Numéro de compte		Inscrivez le numéro <b>B3</b>	
Adresse postale		Catégorie ou sous-catégorie		Code du SCIAN	
Ville <b>B2</b>		Province	Code postal	Téléphone	
Description des activités		Votre entreprise compte-t-elle		Télécopieur	

### **B1** Appellation commerciale et raison sociale (si différentes)

Indiquez le nom de l'entreprise. L'appellation commerciale est le nom couramment utilisé La raison sociale est le nom utilisé dans les documents juridiques. S'ils sont différents, indiquez les deux. Cela nous aide à établir et à mieux gérer le dossier en plus d'éviter les retards et de réduire le nombre d'erreurs postales.

Exemple

L'appellation commerciale de l'entreprise est

« Pizza Sam », et la raison sociale est « 123456 Ontario inc. » Veuillez inscrire les deux noms

### **B2** Adresse postale, Ville, Province, Code postal, Téléphone, Télécopieur

Indiquez l'adresse postale complète de l'employeur, y compris le code postal La CSPAAT enverra toute la correspondance rapportant au dossier à cette adresse

### **B3** Cochez l'une des cases :

Cochez (✓) soit le numéro de l'entreprise, soit le numéro de compte, et inscrivez le numéro dans l'espace prévu.

Ce numéro permettra d'attribuer le dossier au bon employeur. La CSPAAT peut établir un dossier à l'aide de l'un ou l'autre de ces numéros, mais elle favorise l'utilisation du numéro de l'entreprise.

Numéro de l'entreprise :

Nous utilisons un numéro de huit chiffres (ou de chiffres et lettres) pour déterminer et surveiller les coûts d'accidents des employeurs de l'annexe 1 et de l'annexe 2, et pour l'envoi de factures aux employeurs de l'annexe 2.

Pour les employeurs de l'annexe 1, ce numéro figure au coin droit supérieur du formulaire Paiement des primes

Pour les employeurs de l'annexe 2, ce numéro figure au coin gauche supérieur du relevé mensuel

No de compte :

Il s'agit d'un numéro de sept chiffres (chiffres seulement) utilisé pour identifier les employeurs de l'annexe 1 et leur envoyer des factures Il figure au coin droit supérieur du formulaire Paiement des primes

De nombreux employeurs ont plusieurs numéros de compte et d'entreprise, selon leur type d'activités. Veuillez indiquer le numéro associé au travailleur. Cela nous permettra de nous assurer que le dossier sera attribué au bon employeur, ce qui réduira les problèmes par la suite

## Catégorie ou sous-catégorie et code du SCIAN

Toutes les demandes de prestations seront déclarées en utilisant un code du SCIAN ainsi qu'une catégorie ou sous-catégorie. Il s'agit d'une adaptation du SCIAN, une structure standard utilisée par Statistique Canada et l'Agence du revenu du Canada pour classer tous les employeurs au Canada.

B. Renseignements sur l'employeur				Plier ici pour l'enveloppe n° 10	
Appellation commerciale et raison sociale (si différentes)		Cochez l'une des cases <input type="checkbox"/> Numéro d'entreprise <b>OU</b> <input type="checkbox"/> Numéro de compte		Inscrivez le numéro	
Adresse postale		Catégorie ou sous-cat. <b>B4</b>	Code du SCIAN <b>B5</b>		
Ville	Province	Code postal	Té	Téléphone	
Description des activités <b>B6</b>		Votre entreprise compte-t-elle 20 travailleurs ou plus? <b>B7</b> <input type="checkbox"/> non		Télécopieur	
Adresse de l'établissement où le travailleur est en poste (si différente de l'adresse postale - n'utilisez pas d'abréviations)					
Ville <b>B8</b>	Province	Code postal	Autre numéro de téléphone		

## **B4** Catégorie ou sous-catégorie

La structure de classification de la WSIB comprend 34 catégories et sous-catégories d'industrie qui contiennent les codes du SCIAN à six chiffres.

Exemple :

Catégorie ou sous-catégorie - G1 Description - Construction de bâtiments

Si vous avez plus d'une catégorie ou sous-catégorie, sélectionnez la catégorie ou sous-catégorie de l'activité commerciale dans laquelle la personne blessée ou malade travaillait lorsqu'elle a subi la lésion ou contracté la

## **B5** Code du SCIAN

En tant qu'employeur, vous vous êtes vu attribuer au moins un code du Système de classification des industries de l'Amérique du Nord (SCIAN). Certains employeurs peuvent se voir attribuer plus d'un code. Si vous avez plus d'un code du SCIAN, sélectionnez le code du SCIAN de l'activité commerciale dans laquelle la personne blessée ou malade travaillait lorsqu'elle a subi la lésion ou contracté la maladie.

Exemple : Code - 236110 Description du SCIAN - Construction résidentielle

Si la personne blessée ou malade accomplissait des tâches auxiliaires (c.-à-d. des tâches accessoires comme l'administration) et que vous ne pouvez pas classer le travail effectué dans un code du SCIAN particulier, veuillez le classer dans le code du SCIAN représentant la plus grande part de vos gains assurables annuels.

Pour plus de renseignements sur votre numéro d'entreprise, votre numéro de compte, votre catégorie/sous-catégorie et vos codes SCIAN, communiquez avec la WSIB au (416) 344-1000 ou sans frais au 1-800-387-0750.

## **B6** Description de l'activité commerciale

Veuillez fournir une description brève mais précise des activités de votre entreprise.

Exemples :

- Magasin de chaussures de détail
- Atelier de réparation de bicyclettes

Fabrication d'automobiles

## **B7** Votre entreprise compte-t-elle 20 travailleurs ou plus?

Veillez indiquer si votre entreprise comptait 20 employés ou plus au moment de l'accident ou de la maladie du travailleur. Cela permet à la CSPAAT de fournir à l'employeur les services appropriés.

## **B8** Adresse de l'établissement où le travailleur est en poste

(si différente de l'adresse postale – ne pas utiliser d'abréviations)

### **Ville, Province, Code postal, Autre numéro de téléphone**

Assurez-vous de fournir l'adresse de la succursale, de l'usine ou du service où le travailleur est en poste, si elle est différente de l'adresse postale. Ce renseignement nous permet d'assigner le dossier au bureau approprié de la CSPAAT et à la bonne équipe de service. La correspondance reliée au dossier ne sera pas envoyée à l'adresse où le travailleur est en poste, mais à l'« Adresse postale ».

L'« Autre numéro de téléphone » vous permet de nous fournir le numéro de téléphone de l'établissement où le travailleur est en poste.

Exemple :

- Le siège social de l'entreprise est à Ottawa, mais l'employé travaille à Kingston. Indiquez donc ici le numéro de téléphone du bureau de Kingston.
- En ce qui concerne les chantiers de construction, indiquez le numéro de la succursale de l'entreprise de construction à laquelle le travailleur est assigné, et non celui du chantier de construction

## Section C – Date de l'accident ou de la maladie et renseignements

Cette section permet de fournir des précisions importantes concernant l'accident ou la maladie. Nous les utilisons pour rendre une décision sur l'admissibilité initiale d'une demande et pour élaborer des stratégies de prévention des lésions et maladies professionnelles.

C. Date de l'accident ou de la maladie et renseignements																
1. Date et heure de l'accident/ou vous avez eu connaissance de la maladie				2. À qui la maladie ou l'accident a-t-il été déclaré? (Nom et titre)												
jj	mm	aa	<input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> après-midi					Téléphone		poste						
Date et heure déclarées à l'employeur																
3. La lésion est-elle				4. Type d'accident ou de maladie (cochez tous les éléments qui s'appliquent)												
<input type="checkbox"/> un événement soudain et précis? <input type="checkbox"/> apparue graduellement? <input type="checkbox"/> une maladie professionnelle? <input type="checkbox"/> un décès?				<input type="checkbox"/> Heurté ou coincé <input type="checkbox"/> Effort excessif <input type="checkbox"/> Mouvement répétitif <input type="checkbox"/> Incendie ou explosion <input type="checkbox"/> Chute <input type="checkbox"/> Substance nocive ou agent environnemental <input type="checkbox"/> Agression <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Glissade ou trébuchement <input type="checkbox"/> Accident de véhicule automobile												
5. Région du corps atteinte - (Cochez tous les éléments qui s'appliquent)																
<input type="checkbox"/> Tête	<input type="checkbox"/> Dents	<input type="checkbox"/> Haut du dos	Gauche		Droit		Gauche		Droit		Gauche		Droit			
<input type="checkbox"/> Visage	<input type="checkbox"/> Cou	<input type="checkbox"/> Bas du dos	<input type="checkbox"/> Épaule	<input type="checkbox"/> Bras	<input type="checkbox"/> Coudes	<input type="checkbox"/> Avant-bras	<input type="checkbox"/> Poignet	<input type="checkbox"/> Main	<input type="checkbox"/> Doigt(s)	<input type="checkbox"/> Hanche	<input type="checkbox"/> Cuisse	<input type="checkbox"/> Genou	<input type="checkbox"/> Bas de la jambe	<input type="checkbox"/> Cheville	<input type="checkbox"/> Pied	<input type="checkbox"/> Orteil(s)
<input type="checkbox"/> Oeil (yeux)	<input type="checkbox"/> Poitrine	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Bassin													
<input type="checkbox"/> Oreille(s)												<input type="checkbox"/> Autre				
6. Expliquez comment et survenu l'accident ou la maladie et ce qui l'a causé en indiquant ce que le travailleur faisait à ce moment-là (soulevait une boîte de 50 lb, a glissé sur un																

### C1 Date et heure de l'accident/ou vous avez eu connaissance de la maladie

Indiquez la date et l'heure à laquelle l'accident est survenu ou à laquelle vous avez appris que le travailleur avait contracté une maladie. Il peut s'agir :

d'une date et heure précises comme dans le cas d'une chute ou d'une glissade;

de la date et de l'heure où le travailleur a déclaré qu'il commençait à remarquer des troubles

#### Date et heure déclarées à l'employeur

Indiquez la date et l'heure où le travailleur a déclaré pour la première fois l'accident ou la maladie à un représentant de l'employeur. Le représentant de l'employeur peut être :

- un secouriste ou un agent de premiers soins;
- un superviseur immédiat ou un dirigeant du lieu de travail;
- un employé du bureau de pointage ou un répartiteur;
- un autre représentant de l'employeur.

### C2 À qui la maladie ou l'accident a-t-il été déclaré?

(Nom et titre) Téléphone

Indiquez le nom de la personne à qui le travailleur a déclaré l'accident ou la maladie pour la première fois. N'oubliez pas d'indiquer le titre de cette personne ainsi que son numéro de téléphone (y compris le poste) s'il s'agit d'un autre numéro que celui indiqué dans la *Section B - Renseignements sur l'employeur*

### **C3 La lésion est-elle :**

Indiquez comment l'accident ou la maladie est

Événement soudain et précis

- Un événement fortuit est un événement identifiable et accidentel. La cause de la lésion est évidente (p. ex., chute d'objets, glissade, trébuchement, coupure). La lésion est le résultat prévisible d'un événement identifiable et accidentel (par exemple, une boîte qui tombe d'une étagère sur le bras d'un travailleur, causant ainsi une fracture).
- Le résultat imprévu de tâches de travail exigeant des mouvements particuliers (par exemple, soulèvement, traction, extension, etc.) qui causent une douleur soudaine et évidente. (p. ex., un commis d'entrepôt tire une boîte de marchandise coincée sur une tablette, ce qui lui cause une douleur à l'épaule).
- Un acte volontaire et intentionnel accompli délibérément non par le travailleur mais par autrui, et qui cause une lésion (par exemple, au cours d'une bagarre entre travailleurs, d'une agression d'un policier par un individu ou d'un vendeur par un voleur, etc.)

#### **Lésion apparue graduellement**

- Une lésion ou un trouble apparu progressivement au cours d'une certaine période (heures, jours ou plus) et dont le travailleur ne peut préciser le moment de l'apparition.
- Il n'y a pas d'événement précis. Le travailleur peut commencer à remarquer la douleur ou l'inconfort en effectuant ses tâches régulières (p. ex., une caissière à temps plein qui scanne continuellement les produits du bras gauche et qui commence à ressentir une douleur au coude gauche).

#### **Maladie professionnelle**

Choisissez cette option uniquement s'il est clair qu'il s'agit d'une maladie professionnelle, selon les descriptions ci-dessous :

Une maladie qui :

- apparaît en raison de l'exposition (soudaine ou à long terme) à une substance dans le lieu de travail;
- est particulière à un procédé industriel, une profession ou un métier précis ou qui en est caractéristique;



- qui, selon la CSPAAT, nécessite le départ du travailleur du lieu de travail (temporaire ou définitif) parce que l'exposition à une substance peut entraîner une maladie professionnelle; ou
- qui est mentionnée aux annexes 3 ou 4 de la Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail

## Décès

Un accident ou une maladie qui cause le décès du travailleur

### **C4) Type d'accident ou de maladie :**

(Cochez tous les éléments qui s'appliquent.)

Cochez (✓) le type (ou la catégorie) d'accident ou de maladie. Si le type d'accident ne se trouve pas dans la liste, veuillez cocher « Autre » et fournir une description. La CSPAAT utilise ces renseignements pour créer et offrir des programmes de prévention.

### **C5) Siège de la lésion (partie du corps)**

(Cochez tous les éléments qui s'appliquent.)

Cochez (✓) toutes les parties du corps affectées par la lésion. Certaines parties du corps ne sont pas mentionnées ici. Si une partie atteinte ne se trouve pas dans la liste, cochez (✓) « Autre » et fournissez une description dans l'espace prévu. N'oubliez pas d'ajouter « Droit » ou « Gauche » s'il y a lieu.

Les régions mentionnées sont des parties générales du corps. Ces renseignements sont aussi demandés dans le *Premier rapport du professionnel de la santé* (formulaire 8) et dans l'*Avis de lésion ou de maladie (travailleur)* (formulaire 6). L'agent d'indemnisation les utilisera pour rendre sa décision.

<input type="checkbox"/> Oreille(s)	<input type="checkbox"/> Poitrine	<input type="checkbox"/> Bassin	<input type="checkbox"/> Coudes	<input type="checkbox"/> Avant-bras	<input type="checkbox"/> Doigt(s)	<input type="checkbox"/> Genou	<input type="checkbox"/> Bas de la jambe	<input type="checkbox"/> Orteil(s)
<input type="checkbox"/> Autre								

**6.** Expliquez comment est survenu l'accident ou la maladie et ce qui l'a causé en indiquant ce que le travailleur faisait à ce moment-là (soulevait une boîte de 50 lb, a glissé sur un plancher mouillé, faisait des mouvements répétitifs, etc.). Précisez la nature de la lésion et tout détail sur l'équipement, les matières, les conditions environnementales (aire de travail, température, bruit, produit chimique, gaz, émanations, autre personne) qui pourrait avoir joué un rôle dans l'accident ou la maladie. **Pour des troubles de santé apparus graduellement, veuillez joindre une description des activités physiques requises pour effectuer le travail.**

**C6**

**Vous pouvez obtenir un guide pour remplir ce formulaire sur le site [www.wsib.on.ca](http://www.wsib.on.ca)**

0007B (07/05) Page 1 de 3

**C6 Expliquez comment est survenu l'accident ou la maladie et ce qui l'a causé en indiquant ce que le travailleur faisait à ce moment-là...**

Décrivez en détail la cause de l'accident ou de la maladie tel qu'il a été déclaré et selon le résultat de votre processus d'enquête sur les accidents. Il s'agit du « déroulement » de l'événement. Fournissez le plus de détails possible. Au besoin, joignez une feuille séparée au formulaire 7 pour fournir des précisions.

Veuillez prendre note que toute pièce jointe au formulaire 7 est considérée comme une partie du formulaire et doit donc être remise au travailleur

Exemples :

- Le travailleur a glissé, chuté ou trébuché...
- Le travailleur a été heurté par... ou poussé
- La travailleuse s'est tordu la cheville gauche ou le genou gauche...

Si vous ne savez pas quel type d'accident ou d'incident a causé la lésion ou la maladie, décrivez ce que le travailleur faisait et l'effort qu'il a fourni lorsque la douleur est apparue ou qu'il a remarqué les premiers symptômes de la maladie

Exemples :

- Le travailleur se trouvait dans une position contraignante...
- La travailleuse effectuait une tâche exténuante..
- Le travail était répétitif...
- La travailleuse n'était pas habituée à...

Ajoutez toute précision sur l'aire de travail, les matériaux ou l'équipement utilisé, sur d'autres personnes qui ont joué un rôle dans l'incident ou sur tout détail que vous estimez important.

Si votre entreprise a une analyse des exigences physiques du travail qu'effectuait le travailleur au moment de l'apparition des symptômes, veuillez en joindre une copie au formulaire

7. Pour obtenir un formulaire d'analyse des exigences physiques et des exemples sur la façon de le remplir, veuillez visiter notre site Web, [www.wsib.ca](http://www.wsib.ca), et cliquez sur

« Employeurs », puis « Formulaires » pour télécharger le *Formulaire d'information sur les exigences physiques* (no 2830B).

N° de dossier

Écrivez en **CARACTÈRES D'IMPRIMERIE** et à l'encre noire.

Nom du travailleur

Numéro d'assurance sociale

**C. Date de l'accident ou de la maladie et renseignements (suite)**

<p><b>7.</b> L'accident ou la maladie est-il survenu sur la propriété de l'employeur (lieux achetés, loués ou entretenus)? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	<p>Précisez où (usine, entrepôt, stationnement, chez un client, etc.)</p>	<p><b>C7</b></p>
<p><b>8.</b> L'accident ou la maladie est-il survenu hors de l'Ontario? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	<p>Si <b>oui</b>, où? (ville, province, état, pays)</p>	<p><b>C8</b></p>
<p><b>9.</b> Y a-t-il eu des témoins de cet accident ou cette maladie, et d'autres employés y sont-ils mêlés?</p>		<p>Si <b>oui</b>, veuillez fournir les noms, titres et numéros de téléphone de ces personnes.</p>

**C7 L'accident ou la maladie est-il survenu sur la propriété de l'employeur (lieux achetés, loués ou entretenus)?**

Cochez (✓) la case appropriée pour indiquer si l'accident ou la maladie est survenu ou non sur la propriété de l'employeur (lieux achetés, loués ou entretenus par lui).

Si oui, précisez où l'incident est survenu sur votre propriété.

Si non, indiquez où l'incident est survenu. L'agent d'indemnisation pourrait communiquer avec vous pour obtenir plus de précisions.

Exemple :

<✓> oui – Chaîne de montage, atelier, entrepôt, stationnement

<✓> non – Un livreur qui faisait une livraison à un restaurant a glissé sur le plancher graisseux du restaurant (indiquez le nom du restaurant).

**C8 L'accident ou la maladie est-il survenu hors de l'Ontario?**

Cochez « oui » si l'accident ou la maladie est survenu hors de l'Ontario. Dans ce cas, le travailleur pourrait décider de demander des prestations soit en Ontario, soit à l'endroit où l'incident est survenu

Si le travailleur demande des prestations en Ontario, il doit signer un formulaire d'option. Si vous répondez oui à cette question, la CSPAAT envoie un formulaire d'option au travailleur au moment de l'établissement du dossier afin d'éviter les retards. Après

l'ouverture du dossier, la CSPAAAT doit recevoir et approuver le formulaire d'option avant de rendre une décision. Le travailleur a trois mois à partir du jour de l'accident pour envoyer son formulaire d'option.

Exemple :

Un chauffeur de camion de l'Ontario subit un accident de véhicule en Alberta. Le travailleur peut choisir de présenter une demande de prestations en Alberta ou en Ontario.

oui  non

**9.** Y a-t-il eu des témoins de cet accident ou cette maladie, et d'autres employés y sont-ils mêlés?  oui  non Si **oui**, veuillez fournir les noms, titres et numéros de téléphone de ces personnes.

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

**10.** Y a-t-il quelqu'un qui ne travaille pas pour vous qui soit partiellement ou totalement responsable de cet accident ou maladie?  oui  non Si **oui**, veuillez fournir son nom et son numéro de téléphone au travail.

**11.** Êtes-vous au courant de tout problème, lésion ou troubles de santé semblables ou connexes préexistants?  oui  non Si **oui**, veuillez expliquer.

**12.** Si vous avez des préoccupations concernant cette demande, veuillez joindre des observations écrites au présent formulaire. Observations jointes

### **C9** Y a-t-il eu des témoins de cet accident ou cette maladie, et d'autres employés y sont-ils mêlés?

Cochez « oui » si

- quelqu'un a vu ce qui s'est passé,
- d'autres employés ont joué un rôle dans l'accident ou la maladie, ou
- quelqu'un d'autre a eu connaissance de l'accident ou de la maladie

Si oui, veuillez fournir le nom, le titre et les numéros de téléphone de ces personnes dans l'espace prévu.

En ce qui concerne les lésions qui se sont manifestées progressivement, vous devriez fournir le nom d'employés qui pourraient être au courant de l'état de santé du travailleur

La CSPAAAT pourrait devoir communiquer avec ces personnes dans le cadre du processus décisionnel

**C10 Y a-t-il quelqu'un qui ne travaille pas pour vous qui soit partiellement ou totalement responsable de cet accident ou maladie?**

Cochez « oui » si toute personne qui ne travaille pas pour votre entreprise a joué un rôle dans l'accident ou la maladie du

travailleur. Dans ce cas, veuillez fournir le nom et le numéro de téléphone au travail de ces personnes dans l'espace prévu.

La CSPAAT pourrait devoir communiquer avec ces personnes dans le cadre de son processus décisionnel. Elle mènera une enquête et déterminera si une partie ou la totalité des coûts associés à ce dossier devraient être transférés à l'autre partie responsable.

Exemple :

Jean fait la livraison de fruits et légumes au restaurant Délice. Il glisse sur le plancher graisseux du restaurant et se blesse à la cheville droite. Le restaurant Délice peut être responsable d'une partie ou de la totalité des coûts associés au dossier de Jean. (Cela s'applique uniquement aux employeurs de l'annexe 1.)

**C11 Êtes-vous au courant de tout problème, lésion ou troubles de santé semblables ou connexes préexistants?**

Cochez « oui » si vous savez si ce travailleur a eu d'autres troubles ou lésions semblables qui pourraient être liés à ses troubles actuels ou les aggraver. Dans l'espace prévu, décrivez brièvement ce que vous croyez à ce sujet. La CSPAAT pourrait mener une enquête afin de déterminer si la lésion ou les troubles préexistants ont un effet sur les problèmes actuels du travailleur. Si vous avez besoin de plus d'espace, joignez une feuille séparée au formulaire 7.

**C12 Si vous avez des préoccupations concernant cette demande, veuillez joindre des observations écrites au formulaire.**

L'employeur peut avoir des préoccupations concernant l'accident ou la maladie. Si vous en avez, joignez des observations écrites au formulaire 7 et cochez (✓) cette case. Toute pièce jointe au formulaire 7 est considérée comme une partie du formulaire et doit donc être remise au travailleur

Veillez inscrire le nom du travailleur et son numéro d'assurance sociale ou son numéro de dossier (si vous l'avez) sur toutes les pages jointes.

Vous pouvez y inscrire tout renseignement qui n'est pas demandé dans le formulaire.

Fournissez des renseignements à l'appui si vous avez des raisons de douter du bien-fondé de cette demande. La CSPAAT mènera une enquête avant de rendre une décision. Si vous ne fournissez pas de renseignements pour appuyer vos doutes, la décision rendue sera fondée sur les renseignements versés au dossier.

## Section D – Soins de santé

Le travailleur a le droit de choisir le professionnel de la santé initial. Les professionnels de la santé sont des chiropraticiens, des médecins, des physiothérapeutes, des infirmières autorisées (catégorie avancée) et des dentistes. Pour plus de renseignements, consultez la politique opérationnelle 17-01-03 de la CSPAAT, Choix et changement de professionnel de la santé

Au moment de l'accident ou de la maladie, l'employeur est responsable du transport du travailleur (au besoin) à un établissement de santé pour qu'il obtienne des soins médicaux. L'employeur a aussi la responsabilité de payer le coût du transport (en ambulance, taxi, etc.)

D. Soins de santé	
<b>1.</b> Le travailleur a-t-il obtenu des soins de santé pour cette lésion? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, quand	<b>2.</b> Quand avez-vous appris que le travailleur avait reçu des soins de santé? jj mm aa
<b>3.</b> Où le travailleur a-t-il reçu des soins pour sa lésion? <b>(Cochez tous les éléments qui s'appliquent.)</b> <input type="checkbox"/> Au travail <input type="checkbox"/> Ambulan <input type="checkbox"/> Service des urgences <input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Cabinet d'un professionnel de la santé <input type="checkbox"/> Clinique <input type="checkbox"/> Autre	
Nom, adresse et numéro de téléphone du professionnel de la santé qui a soigné ce travailleur ou nom de l'établissement où il a été soigné (si vous le savez)	

### **D1** Le travailleur a-t-il obtenu des soins de santé pour cette lésion?

Cochez « oui » si ce travailleur a obtenu tout type de soins de santé par suite de son accident ou sa maladie

Veillez alors indiquer où il a obtenu les soins de santé. S'il a obtenu des soins de santé au travail, veuillez l'indiquer. Ne confondez pas les soins de santé avec les premiers soins.

Les premiers soins sont tous les soins qui peuvent être fournis par un secouriste diplômé (par exemple, nettoyage d'une plaie, application d'un pansement, etc.), et ce même s'ils sont fournis par un professionnel de la santé à l'emploi de l'entreprise. Si le travailleur a seulement besoin de premiers soins, vous n'avez pas à remplir le formulaire 7 pour l'envoyer à la CSPAAT.

Toutefois, aux termes de la Loi sur la santé et la sécurité au travail, l'employeur doit tenir un registre sur tous les premiers soins fournis

Les soins de santé sont les services professionnels fournis par les professionnels de la santé suivants : chiropraticiens, médecins, physiothérapeutes, infirmières autorisées (catégorie avancée) et dentistes. Les soins de santé peuvent être fournis à un hôpital, à un autre type d'établissement (service des urgences, clinique sans rendez-vous, cabinet d'un professionnel de la santé, etc.) ou dans le lieu de travail. Vous devez remplir le formulaire 7 si le travailleur a obtenu des soins de santé

L'employeur doit fournir tous les efforts raisonnables pour obtenir ces renseignements. Si vous n'avez pas eu la possibilité de les obtenir, veuillez indiquer les mesures que vous avez prises afin de les obtenir.

## **D2** Quand avez-vous appris que le travailleur avait reçu des soins de santé?

Indiquez la date à laquelle vous avez été avisé ou avez appris que le travailleur avait reçu des soins de santé par suite de l'accident ou de la maladie

L'employeur a l'obligation de déclarer l'accident ou la maladie à partir du moment où il apprend que le travailleur a obtenu des soins de santé en raison de cet incident

## **D3** Où le travailleur a-t-il reçu des soins pour sa lésion ou maladie?

(Cochez tous les éléments qui s'appliquent.)

Cochez (✓) tous les endroits où, à votre connaissance, le travailleur a obtenu des soins de santé par suite de sa lésion ou maladie (voir les définitions ci-dessous). Cochez (✓) tous les éléments qui s'appliquent.

### **Au travail**

Tous les soins de santé fournis au travail, où l'accident ou la maladie est survenu

### **Ambulance**

Le fait qu'on ait appelé une ambulance pourrait démontrer la gravité de l'accident ou de la maladie. Si on appelle une ambulance le jour de l'accident ou de l'apparition de la maladie, l'employeur doit en payer le coût.

### **Service des urgences**

Les soins d'urgence peuvent être fournis dans un hôpital ou un établissement spécialisé dans les soins d'urgence hors d'un hôpital. Veuillez fournir le nom et l'adresse de l'hôpital ou de l'établissement de soins d'urgence.

### **Hospitalisation**

Le travailleur pourrait avoir été hospitalisé pendant une nuit. Cela peut démontrer la gravité de l'accident ou de la maladie, et la CSPAAT y portera une attention toute particulière. Veuillez fournir le nom et l'adresse de l'hôpital.

### **Cabinet d'un professionnel de la santé**

Il s'agit du cabinet privé où de nombreux professionnels de la santé reçoivent leur clientèle

### **Clinique**

Il peut s'agir d'une clinique sans rendez-vous ou d'un établissement où plusieurs professionnels de la santé fournissent des soins. Une clinique peut être multidisciplinaire et regrouper différents types de professionnels de la santé

### **Autre**

Si le travailleur a obtenu des soins de santé à un établissement non mentionné ci-dessus, veuillez l'indiquer ici (par exemple, poste de soins infirmiers).

## **D4 Nom, adresse et numéro de téléphone du professionnel de la santé**

qui a soigné ce travailleur ou nom de l'établissement où il a été soigné (si vous le savez).

Inscrivez le nom et les coordonnées du professionnel de la santé qui a soigné le travailleur dans l'espace prévu.

## **Section E – Interruption de travail**

L'employeur doit verser au travailleur son plein salaire pour le jour de l'accident ou de l'apparition de la maladie. Après cette journée, toute interruption de travail ou réduction de salaire causée par l'accident ou la maladie doit être déclarée à la CSPAAT. Le travailleur pourrait avoir droit à des prestations pour perte de gains de la CSPAAT.



E. Interruption de travail	
<b>1. Veuillez cocher l'un des énoncés suivants. Après le jour de l'accident/où vous avez eu connaissance de la maladie, ce travailleur :</b>	
<input type="checkbox"/> est retourné à son <b>emploi régulier</b> et n'a pas interrompu son travail ni perdu de gains. (Remplissez les sections G et J.)	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">E1</div>
<input type="checkbox"/> a accompli un <b>travail modifié</b> et n'a pas interrompu son travail ni perdu de gains. (Remplissez les sections F, G et J.)	
<input type="checkbox"/> a <b>interrompu son travail</b> et/ou perdu des gains. (remplissez TOUTES les sections restantes.)	
<input type="checkbox"/> Indiquez la date du premier jour de l'interruption de travail :    j    mm    aa	<input type="checkbox"/> Date où le travailleur est retourné au travail (si vous la connaissez) :    j    mm    aa
<b>2. Ces renseignements sur l'interruption de travail sont confirmés par :</b>	
<input type="checkbox"/> moi-même	<input type="checkbox"/> une autre personne
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">E2</div>	
Nom : _____ Téléphone : _____ poste : _____	

## E1 Veuillez cocher l'un des énoncés suivants.

Vous ne devez choisir qu'un seul des énoncés et remplir le reste du formulaire tel qu'indiqué.

### **Après le jour de l'accident/où vous avez eu connaissance de la maladie, ce travailleur :**

est retourné à son emploi régulier et n'a pas interrompu son travail ni perdu de gains. (Remplissez les sections G et J).

- Dans ce cas, après le jour de l'accident ou de l'apparition de la maladie, le travailleur est retourné travailler et a continué d'effectuer ses tâches régulières sans avoir besoin de modifications ou d'adaptations à son travail ni à son lieu de travail
- Le travailleur n'a pas interrompu son travail après le jour de l'accident ou de l'apparition de la maladie, et son salaire ou ses gains n'ont subi ni réduction ni modification.

### **a accompli un travail modifié et n'a pas interrompu son travail ni perdu de gains. (Remplissez les sections F, G et J).**

- Dans ce cas, le travailleur est retourné travailler après le jour de l'accident ou de l'apparition de la maladie. Il a eu besoin d'adaptations à son travail ou à son lieu de travail pour pouvoir travailler.
- Le travailleur pourrait poursuivre son travail modifié ou, après une période de travail modifié, peut être revenu à ses tâches régulières.
- Le travailleur n'a pas interrompu son travail après le jour de l'accident ou de l'apparition de la maladie, et son salaire ou ses gains n'ont pas été réduits ni modifiés.
- Dans cette situation, le quart de travail ou l'horaire du travailleur peuvent aussi avoir été temporairement modifiés.

Exemple :

- Un commis d'entrepôt subit une lésion à l'épaule et retourne travailler après qu'on lui a recommandé de ne faire aucun travail au-dessus du niveau des épaules pendant une semaine

- Un livreur retourne travailler, mais doit éviter la conduite automobile pendant deux jours. Il revient ensuite à ses tâches régulières de conduite.

**a interrompu son travail et/ou perdu des gains. (Remplissez toutes les sections restantes.)**

Veillez cocher (√) cette case dans l'un des cas suivants

Le travailleur a été absent du travail après

1. le jour de l'accident ou de l'apparition de la maladie. Il a été absent une partie d'une journée, une journée entière ou plus d'une journée. Il ne s'est pas présenté à un rendez-vous médical pour recevoir des soins médicaux liés à la lésion ou la maladie. Le travailleur peut être retourné travailler après son absence
2. Les gains du travailleur ont diminué. Cette réduction peut être causée par un travail rémunéré à un taux inférieur, par la perte d'une prime de quart ou de production ou toute autre raison semblable
3. Le travailleur s'est absenté du travail, mais l'employeur a continué de le payer.
4. Le travailleur est retourné au travail, mais a été incapable de continuer à travailler.

Fournissez la date à laquelle le travailleur a commencé à s'absenter du travail ou à perdre des gains. Si vous, en tant qu'employeur, n'êtes pas certain si ce travailleur interrompra son travail ou subira une perte de gains, vous devez fournir tous les efforts raisonnables pour obtenir ces renseignements. Si vous n'avez pas eu la possibilité de les obtenir, veuillez indiquer les mesures que vous avez prises afin de les obtenir

Si le travailleur est retourné travailler avant l'envoi du formulaire 7, indiquez-y la date du retour au travail. Indiquez également s'il est retourné à ses tâches régulières ou s'il a effectué des tâches modifiées

**E2 Ces renseignements sur l'interruption de travail ou le travail modifié sont confirmés par :**

Souvent, la personne qui remplit le formulaire 7 ne connaît pas directement tous les détails de l'accident ou la maladie, l'interruption de travail ou les renseignements sur le retour au travail. Veuillez indiquer le nom de la personne qui lui a fourni ces renseignements, car la CSPAAT pourrait communiquer avec elle pour obtenir des précisions.

## **Section F – Retour au travail**

Un travailleur peut devoir respecter des restrictions au travail par suite d'un accident ou d'une maladie professionnelle. Pour aider le travailleur à retourner au travail en toute sécurité, vous devez connaître ces restrictions. Vous pouvez utiliser ces renseignements pour établir un travail modifié respectant les restrictions du travailleur

Pour obtenir des renseignements sur les restrictions relatives au travail, vous pouvez remettre au travailleur le formulaire de la CSPAAT intitulé Détermination des capacités fonctionnelles pour un retour au travail rapide (formulaire 2647B). Demandez-lui de le faire remplir par son professionnel de la santé et de vous en envoyer une copie.

Pour obtenir le formulaire Détermination des capacités fonctionnelles pour un retour au travail rapide

- Commandez-le à la CSPAAT par télécopieur au 1-888-313-7373. Indiquez le nom et l'adresse de l'entreprise ainsi que le nombre de formulaires demandés. Veuillez écrire clairement, en caractères d'imprimerie pour éviter toute erreur postale.

Vous pouvez aussi obtenir les restrictions liées au travail en :

- utilisant votre propre formulaire de retour au travail, ou
- en obtenant un rapport médical ou clinique du professionnel de la santé.

Veillez noter : La CSPAAT verse uniquement des honoraires pour son propre formulaire, Détermination des capacités fonctionnelles pour un retour au travail rapide. Si le formulaire de détermination des capacités

fonctionnelles rempli n'est pas celui de la CSPAAT, l'employeur est responsable du paiement des honoraires liés au formulaire

F. Retour au travail			
<b>1. Vous a-t-on fourni des restrictions de travail liées à la lésion de ce travailleur?</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>2. Avez-vous discuté d'un travail modifié avec ce travailleur?</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>3. Avez-vous offert un travail modifié à ce travailleur?</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si <b>oui</b> , l'offre a-t-elle été <input type="checkbox"/> Acceptée? <input type="checkbox"/> Refusée? <input type="checkbox"/> Si elle a été refusée, veuillez joindre une copie de l'offre écrite présentée au travailleur.
<b>4. Qui a la responsabilité d'organiser le retour au travail du travailleur?</b> <input type="checkbox"/> moi-même <input type="checkbox"/> une autre personne		Nom _____	Téléphone _____ poste _____

0007B (07/05) Page 2 de 3

## **F1** Vous a-t-on fourni des restrictions de travail liées à la lésion de ce travailleur?

Après avoir reçu des soins de santé, le travailleur peut devoir se soumettre à des restrictions au travail en raison de sa lésion ou de sa maladie. Veuillez cocher « oui » si l'on vous a avisé de restrictions au sujet du travailleur

Si vous connaissez ces restrictions, veuillez joindre le document les décrivant au formulaire 7.

Si vous n'avez pas obtenu de restrictions relatives au travail, discutez avec le travailleur de la façon de les obtenir et de toute autre préoccupation que le travailleur pourrait avoir concernant son retour au travail

Pour plus de renseignements sur le retour au travail, veuillez communiquer avec :

- votre gestionnaire de compte ou votre représentant du service à la clientèle, ou
- l'agent d'indemnisation.

## **F2 Avez-vous discuté d'un travail modifié avec ce travailleur?**

Cochez « oui » si vous avez discuté du retour au travail avec le travailleur. Cette discussion peut avoir porté sur des restrictions liées au travail, les tâches, les adaptations ou toute autre option visant à faciliter le retour au travail. Après cette discussion, vous devriez être en mesure de déterminer si un retour au travail est possible.

Si vous n'avez pas discuté du retour au travail

avec le travailleur, vous devriez prendre des mesures pour le faire. Vous devriez aussi déterminer si vous avez un travail à lui offrir ou si vous pouvez modifier ses tâches pour l'aider à retourner au travail

## **F3 Avez-vous offert un travail modifié à ce travailleur?**

Cochez « oui » si un emploi modifié a été offert au travailleur. Cette offre doit être précise, et vous et le travailleur devez bien en comprendre tous les détails

Cochez (✓) pour indiquer le résultat du retour au travail

Si le travailleur a refusé l'offre, fournissez au travailleur et à la CSPAAT une copie écrite de l'offre de retour au travail.

Vous n'avez pas à fournir une copie écrite de l'offre, mais c'est une pratique très

recommandée. Une offre écrite permet d'établir et de documenter l'offre de l'employeur. Vous devriez pouvoir prouver que le travailleur a reçu une copie de l'offre écrite. L'envoi d'une

d'indemnisation des renseignements clairs sur l'emploi modifié offert et de l'aider à rendre une décision

Si vous avez des difficultés au cours du processus de retour au travail, veuillez communiquer avec l'agent d'indemnisation.

## **F4 Qui a la responsabilité d'organiser le retour au travail du travailleur?**

copie à la CSPAAT permet de fournir à l'agent

Souvent, la personne qui remplit le formulaire 7 n'est pas la personne qui a la responsabilité directe d'organiser le retour au travail du travailleur. Si des problèmes surgissent au cours du processus de retour au travail, l'agent d'indemnisation doit avoir la possibilité de communiquer avec la personne responsable. Sinon, le retour au travail et les décisions qui y sont liées pourraient être retardés.

Veillez indiquer le nom de la personne responsable d'organiser le retour au travail du travailleur et son numéro de téléphone, s'il est différent de celui fourni à la section B


– Renseignements sur l'employeur.

Si cette personne est un consultant ou un représentant externe, veuillez fournir l'autorisation de représentation écrite lui permettant d'agir au nom de l'employeur.

## Section G – Renseignements sur le salaire de base et l'emploi

Ces renseignements sont demandés pour toutes les demandes. Vous devez connaître le type d'emploi et le taux salarial de base. En ce qui concerne les demandes sans interruption de travail, l'employeur n'a pas à effectuer des calculs complexes (p. ex., vente à commission, travail à la pièce) pour établir le taux salarial. Dans le cas des demandes avec interruption de travail, nous demandons tous les renseignements sur la rémunération du travailleur

Lorsqu'une demande sans interruption de travail se transforme en demande avec interruption de travail, il faut parfois un certain temps pour obtenir tous les renseignements sur les gains du travailleur. Cette modification du statut de la demande peut survenir plusieurs semaines, mois ou années après qu'elle a été initialement acceptée. L'agent d'indemnisation doit pouvoir accorder un paiement pour ces demandes. Il peut utiliser le type d'emploi du travailleur et son taux salarial de base pour verser des prestations temporaires jusqu'à ce que l'employeur fournisse à la CSPAAAT les renseignements complets sur les gains.

	<h1 style="font-size: 48px; margin: 0;">7</h1>	<b>Avis de lésion ou de maladie (employeur) (formulaire 7)</b>
		N° de dossier <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
<b>Écrivez en CARACTÈRES D'IMPRIMERIE ET à l'encre noire.</b>		
Nom du travailleur <input style="width: 500px; height: 20px;" type="text"/>		Numéro d'assurance sociale <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
<b>G. Renseignements sur le salaire de base et l'emploi</b> (N'indiquez pas les heures supplémentaires.)		
<b>1. Ce travailleur est : (Veillez cocher tous les éléments qui s'appliquent.)</b>		
<input type="checkbox"/> Permanent à temps plein <input type="checkbox"/> Permanent à temps partiel <input type="checkbox"/> Temporaire à temps plein <input type="checkbox"/> Temporaire à temps partiel	<input type="checkbox"/> Occasionnel ou irrégulier <input type="checkbox"/> Travailleur saisonnier <input type="checkbox"/> À contrat	<input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> Non rémunéré/stagiaire <input type="checkbox"/> Apprenti autorisé <input type="checkbox"/> Assurance facultative <input type="checkbox"/> Propriétaire exploitant ou sous-traitant
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: inline-block; text-align: center; vertical-align: middle; margin: 0 auto;"> <b>G1</b> </div> Autre <input style="width: 100px;" type="text"/>		
<b>2. Taux salarial régulier</b>		
\$ <input type="checkbox"/> l'heure <input type="checkbox"/> par jour <input type="checkbox"/> par semaine <input type="checkbox"/> autre		



## Ce travailleur est :

(Cochez tous les éléments qui s'appliquent.)

Indiquez la situation professionnelle du travailleur en cochant la ou les cases appropriées.  
Un travailleur peut en avoir plus d'une

Il se peut que vous sachiez si votre employé travaille pour un autre employeur. Si c'est le cas, cochez aussi la case « Autre » et fournissez une explication.

Exemples :

Le travailleur peut être :

- (✓) permanent à temps plein
- (✓) temporaire à temps plein et (✓) à
- (✓) permanent à temps plein et (✓) apprenti autorisé

### Définitions

Permanent (à temps plein ou à temps partiel)

Un travailleur permanent (ou régulier) est un travailleur qui :

- a été engagé en vue de travailler 52 semaines par année, sans interruptions saisonnières ou cycliques;
- n'a pas de date de cessation d'emploi précise;
- travaille un nombre d'heures précis par semaine

Exemples :

Permanent à temps plein – Jacques a travaillé continuellement pendant plus de dix ans pour l'entreprise ACME, du lundi au vendredi, 40 heures par semaine.

*Permanent à temps partiel* – Jeanne est caissière chez Loblaws depuis sept ans et travaille habituellement 15 heures par semaine.

**Veillez noter :** Un travailleur occupant un emploi permanent dont les gains varient de jour en jour ou de semaine en semaine en raison d'heures de travail irrégulières ou d'un mode de rémunération variable, est considéré comme un travailleur « irrégulier ».

Temporaire (à temps plein ou à temps partiel)

Un travailleur qui a un nombre d'heures de travail précis par semaine et qui :

- est engagé pour une période précise;

- a une date de cessation d'emploi (par exemple, les travailleurs à contrat);
- est engagé pour une période temporaire par l'entremise d'un bureau de placement syndical; et
- n'a aucune garantie d'emploi continu.

Les travailleurs temporaires comprennent les employés d'agences de placement temporaire (employés engagés par une agence de placement pour travailler pour d'autres employeurs).

Exemples :

*Temporaire à temps plein* – Judith est engagée comme adjointe administrative à temps plein pour un an afin de remplacer une employée en congé de maternité.

*Temporaire à temps partiel* – Paul a été engagé comme gardien de sécurité pour travailler quatre heures par jour à l'occasion d'un événement spécial (festival de musique de trois jours).

### **Occasionnel ou irrégulier**

Ce type de travailleur n'a pas d'horaire ni de nombre d'heures de travail précis. Cette catégorie comprend aussi les travailleurs sur demande

Exemple :

Sara travaille comme serveuse au bar Chat noir Elle n'a pas d'horaire précis, et on lui assigne ses quarts et ses heures de travail à venir seulement une semaine à l'avance. Elle n'a aucune garantie d'un nombre d'heures minimum

Travail saisonnier

Les travailleurs saisonniers ou cycliques sont employés pendant certaines périodes de l'année, et des périodes de mise à pied sont prévues.

Exemple :

Martin est engagé pour travailler dans un grand parc d'attractions ouvert en été seulement.

À contrat

Un travailleur à contrat est engagé pour effectuer un travail particulier à un taux salarial précis, habituellement pour une période déterminée

Exemple :

On a engagé Robert à contrat pour trois mois pour travailler comme opérateur à la saisie des données 24 heures par semaine pour rattraper le retard lié aux factures

## **Étudiant**

- Par étudiant, on entend :
- un étudiant de collège communautaire; un élève du secondaire;
- un étudiant de l'école du soir; un étudiant d'université

Un étudiant peut être un élève du secondaire inscrit à un programme travail-études du ministère de l'Éducation qui :

- est placé auprès d'un employeur (agent d'accueil) pour acquérir une expérience de travail pratique, et
- n'est pas payé par l'agent d'accueil, mais bénéficie de la protection de la CSPAAT pendant son placement.

Le ministère de l'Éducation fournit la protection de la CSPAAT à ces étudiants, qui sont considérés comme des travailleurs aux termes de la *Loi sur l'éducation*

Exemples :

- Simone est étudiante au niveau collégial et travaille à temps partiel après les cours à un restaurant local
- Adrien est un élève du secondaire participant à un programme de placement coopératif au musée local.

## **Non rémunéré/stagiaire**

Les personnes non rémunérées en formation ou en stage sont placées par un organisme de formation auprès d'un agent d'accueil (p. ex., Goodwill ou l'Armée du salut) pour qu'elles acquièrent des compétences et de l'expérience, mais sans être payées par cet employeur. Même si elles n'ont pas signé un contrat de service ou d'apprentissage, elles sont considérées comme des travailleurs et ont droit à des prestations en cas de lésion

En cas d'accident ou de maladie, l'agent d'accueil doit faire une déclaration à la CSPAAT. Si vous faites une telle déclaration à la CSPAAT, indiquez le salaire de départ de l'emploi occupé. L'agent d'accueil n'a pas à assumer les coûts associés à une telle demande

Exemple :

Antoine, qui est atteint de difficultés d'apprentissage, a été placé par le programme Ontario au travail à un atelier de réparation pour qu'il acquière de l'expérience en réparation de petits moteurs.

## **Apprenti autorisé**



Un apprenti est une personne inscrite en vertu de la Loi sur la qualification professionnelle et l'apprentissage des gens de métier (métiers de la construction précis) ou de la Loi sur l'apprentissage et la reconnaissance professionnelle (tous les autres métiers) et qui a signé un contrat d'apprenti en vue d'une formation et d'un enseignement dans l'exercice d'un métier auprès d'un employeur ou par son intermédiaire

Veillez fournir le numéro d'inscription de l'apprenti dans « Autre ».

Exemple :

François travaille pour Maçonnerie ABC comme apprenti maçon en pierres.

### **Assurance facultative**

Cochez (√) cette case pour indiquer si la personne blessée est protégée par une assurance facultative. Pour plus de renseignements sur l'assurance facultative, veuillez consulter la feuille d'information – Assurance facultative (0121B), sur notre site Web, [www.wsib.on.ca](http://www.wsib.on.ca) en cliquant sur Référence, sur Renseignements généraux et la loi, puis sur Feuilles d'information sur le financement et l'assurance

Les personnes suivantes peuvent demander une assurance facultative

- les propriétaires exploitants (selon la définition déjà mentionnée),
- les dirigeants, et
- les représentants élus.

Exemple :

Marianne est une médecin qui possède son cabinet privé, et elle a demandé l'assurance facultative.

### **Propriétaire exploitant ou sous-traitant**

Cochez (√) cette case si la situation suivante s'applique à vous :

Les personnes suivantes sont considérées comme les propriétaires exploitants d'une entreprise:

- les exploitants indépendants
- les propriétaires uniques;
- les associés d'une société en nom collectif


Ces personnes peuvent souscrire une assurance facultative aux termes de la Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail

OU

2 Les personnes qui sont engagées à contrat pour faire un travail ou qui le font sur commande. Si l'une des parties considère ses conditions de travail comme une relation d'affaires entre un acheteur et un exploitant indépendant, nous encourageons fortement les deux parties à déterminer leur type de relation

La CSPAAAT se réserve le droit de déterminer si une personne est un travailleur, un propriétaire exploitant, un sous-traitant ou un exploitant indépendant.

Si vous avez besoin d'aide, communiquez avec votre gestionnaire de compte ou votre représentant du service à la clientèle. Les numéros de téléphone de tous les bureaux de la CSPAAAT se trouvent à la couverture arrière du présent guide.

	<b>7</b>	<b>Avis de lésion ou de maladie (employeur) (formulaire 7)</b>				
<b>Écrivez en CARACTÈRES D'IMPRIMERIE ET à l'encre noire.</b>		N° de dossier				
Nom du travailleur		Numéro d'assurance sociale				
<b>G. Renseignements sur le salaire de base et l'emploi</b> (N'indiquez pas les heures supplémentaires.)						
<b>1. Ce travailleur est : (Veuillez cocher tous les éléments qui s'appliquent.)</b>						
<input type="checkbox"/> Permanent à temps plein	<input type="checkbox"/> Occasionnel ou irrégulier	<input type="checkbox"/> Étudiant	<input type="checkbox"/> Apprenti autorisé	<input type="checkbox"/> Propriétaire exploitant ou sous-traitant		
<input type="checkbox"/> Permanent à temps partiel	<input type="checkbox"/> Travailleur saisonnier	<input type="checkbox"/> Non rémunéré/stagiaire	<input type="checkbox"/> Assurance facultative			
<input type="checkbox"/> Temporaire à temps plein	<input type="checkbox"/> À contrat	<input type="checkbox"/> Autre				
<input type="checkbox"/> Temporaire à temps partiel						
<b>2. Taux salarial régulier</b>			<input type="checkbox"/> l'heure	<input type="checkbox"/> par jour	<input type="checkbox"/> par semaine	<input type="checkbox"/> autre
<b>H. Renseignements supplémentaires sur le salaire</b>						

## **G2** Taux salarial régulier :

Fournissez ici le taux salarial régulier ou normal brut du travailleur au moment de l'accident ou de l'apparition de la maladie. Ce montant ne devrait pas comprendre les primes salariales, les primes de quart ni les autres types de prime.

Exemples :

- 9 \$ l'heure
- 100 \$ par jour
- 450 \$ par semaine
- 35 000 \$ par année

En ce qui concerne les demandes sans interruption de travail et sans perte de gains, nous ne demandons pas à l'employeur de faire des calculs si le taux salarial est difficile à calculer (p. ex., vente à commission, travail à la pièce). Décrivez plutôt le type de rémunération dans la catégorie « Autre » et indiquez le salaire de base s'il y a lieu.

Exemple :

Autre : 7,15 \$ l'heure + 5 % de commission de

## Section H – Renseignements supplémentaires sur le salaire

Si un travailleur subit une perte de gains en raison d'un accident du travail, il pourrait avoir droit à des prestations pour perte de gains. La CSPAAT a besoin de renseignements complets et précis sur les gains pour calculer la perte de gains du travailleur.

Dans certains cas, le taux des prestations est recalculé à la treizième semaine pour s'assurer qu'il reflète adéquatement les gains à long terme du travailleur (p. ex., participation aux bénéfiques, primes annuelles, paie de vacances). Pour plus de renseignements sur les gains à court et à long termes, consultez la feuille d'information Détermination des gains moyens (0794B) sur notre site Web, [www.wsib.on.ca](http://www.wsib.on.ca), en cliquant sur Référence, sur Renseignements généraux et la loi, puis sur Feuilles d'information sur les demandes de prestations.

Cette section a été conçue pour permettre à la plupart des employeurs de fournir les renseignements sur le salaire. Nous savons qu'en des circonstances exceptionnelles, ces renseignements ne peuvent être fournis. Dans ce cas, nous recommandons aux employeurs de communiquer directement avec l'agent d'indemnisation pour lui fournir les renseignements requis.

H. Renseignements supplémentaires sur le salaire					
1. Montant ou code de demande nette		Fédéral <input type="text"/>		Provincial <input type="text"/>	
3. Date et heure du dernier jour de travail			4. Heures normales le dernier jour de travail		2. La paie de vacances est-elle incluse dans chaque chèque? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
jj	mm	aa	De	À	Indiquez le pourcentage <input type="text"/> %
			<input type="checkbox"/> matin	<input type="checkbox"/> après-midi	<input type="text"/> %
			<input type="checkbox"/> matin	<input type="checkbox"/> après-midi	5. Gains réels pour le dernier jour de travail <input type="text"/> \$
					6. Gains normaux pour le dernier jour de travail <input type="text"/> \$
7. Avance sur le salaire <input type="text"/>					

### H1 Montant ou code de demande nette

La CSPAAT a besoin de la « demande nette pour exemption » et du « code de demande nette » fédéral et provincial pour calculer le taux des prestations du travailleur. Indiquez le montant ou le code dans chacun des espaces prévus.

## H2 La paie de vacances est-elle incluse dans chaque chèque?

Cochez (✓) « Oui » si la paie de vacances est fournie dans chaque chèque de paie et indiquez le pourcentage réel.

La paie de vacances fournie dans chaque chèque sera comprise dans le calcul du taux des prestations du travailleur.

Les renseignements demandés aux questions 3 à 6 sont utilisés pour déterminer quand commencera le versement des prestations pour perte de gains.

## H6 Gains normaux pour le dernier jour de travail

Remarque : L'employeur doit verser au travailleur son plein salaire pour le jour de la lésion ou le premier jour de la maladie. Le versement des prestations de la CSPAAAT peut commencer par la suite.

7. Avance sur le salaire : Le travailleur est-il payé pendant son rétablissement? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, pré		H7 <input type="checkbox"/> Plein salaire régulier <input type="checkbox"/> Autre						
8. Autres gains (autres que le salaire régulier) : Fournissez le total des gains supplémentaires pour chacune des quatre semaines précédant l'accident ou la maladie.								
* Pour les travailleurs sur quarts rotatifs : Si le cycle de quarts de travail dépasse 4 semaines, veuillez joindre les renseignements sur les gains du dernier cycle complet de 4 semaines, avant la date								
Remplissez les espaces ci-dessous pour tout autre gain (indiquez commission, prime de quart, prime, boni, pourboire, etc.)								
Periode	Du (j/mm/aa)	Au (j/mm/aa)	Paie des heures supplémentaires obligatoires	Paie des heures supplémentaires volontaires				
Semaine 1			\$	\$	\$	\$	\$	\$
Semaine 2			\$	\$	\$	\$	\$	\$
Semaine 3			\$	\$	\$	\$	\$	\$
Semaine 4			\$	\$	\$	\$	\$	\$

## H7 Avance sur le salaire :

Cochez (✓) la case appropriée pour indiquer si vous continuez de verser au travailleur une partie ou la totalité de son salaire, lorsqu'il peut avoir droit aux prestations de la CSPAAAT.

Cochez « Plein salaire régulier » si vous versez au travailleur son plein salaire, ou « Autre » si :

- vous continuez de verser au travailleur un pourcentage de son salaire régulier,
- vous lui avez fait un prêt ou avancé une somme forfaitaire, ou
- vous avez établi toute autre entente

Si l'employeur verse des avances, nous verserons les prestations à l'employeur au taux qui serait normalement payé au travailleur si ce dernier avait droit à des prestations pour interruption de travail

## **H8** Autres gains (autres que le salaire régulier) :

Fournissez le total des gains supplémentaires pour chacune des quatre semaines précédant l'accident ou la maladie.

Un travailleur peut obtenir des gains supplémentaires en plus du taux régulier de son salaire (indiqué à la question 2 de la

section G). Ces gains supplémentaires peuvent être :

- des heures supplémentaires (obligatoires ou volontaires)
- des primes
- des commissions
- des primes salariales
- des primes de quart
- des pourboires et gratifications
- la chambre et les repas
- des paiements en nature, etc.

Pour obtenir la liste complète des gains permis, consultez la politique no 18-02-02 de la CSPAAT, qui peut être obtenue sur demande en écrivant à [translation@wsib.on.ca](mailto:translation@wsib.on.ca)

Nous pouvons ajouter ces gains supplémentaires au taux salarial régulier pour calculer le taux des prestations du travailleur.

Le tableau sur les « Autres gains » a pour but d'aider l'employeur à nous fournir tous les renseignements supplémentaires sur les gains des quatre semaines précédant l'apparition de la maladie. Fournissez les renseignements sur les gains en indiquant la

date du début (Du) et de la fin (Au) de chaque semaine

Le tableau comprend six colonnes : deux pour les heures supplémentaires et quatre pour les autres types de gains. Vous pouvez utiliser les colonnes sans titres pour indiquer différents types de gains, comme les primes salariales, les commissions, les pourboires, etc. Veuillez fournir le montant total brut hebdomadaire pour chacun des gains indiqués.

### **Paie des heures supplémentaires obligatoires**

Heures de travail que le travailleur ne peut pas refuser, en plus de ses heures de travail régulières.

### **Paie des heures supplémentaires volontaires**

Heures de travail que le travailleur peut choisir, en plus de ses heures de travail régulières.

**Exemple :**

Denis travaille du lundi au vendredi à raison de 37,5 heures par semaine et gagne normalement 12,58 \$ l'heure. Toutefois, avant

la date de son accident ou de l'apparition de la maladie (2 mai 2005), il a travaillé six heures supplémentaires par semaine pendant deux des quatre semaines (18,87 \$ l'heure pour les semaines du 4 avril et du 18 avril) et a obtenu une prime de soirée de 1,25 \$ l'heure pour 20 heures (semaine du 11 avril). Voici le tableau de ses gains :

Période	Du	Au	Heures supplémentaires obligatoires	Heures supplémentaires volontaires	Prime de soirée
Semaine 1	25Avr2005	29Avr2005			
Semaine 2	8Avr2004	22Avr2005	113,22 \$		
Semaine 3	1Avr2005	5Avr2005			25 \$
Semaine 4	04Avr2005	08Avr2005	113,22 \$		

**Travailleur sur quarts rotatifs** : Employé ayant un cycle permanent de quarts de travail qui varient chaque semaine suivant une certaine rotation

Un travailleur ayant un quart rotatif peut suivre un cycle dont la rotation complète peut dépasser quatre semaines, comme dans le tableau ci-dessous. Si c'est le cas, indiquez sur une feuille séparée jointe au formulaire 7 les gains du travailleur au complet pour la rotation complète de ses quarts de travail précédant son accident ou sa maladie. Les gains devraient être répartis de la même façon que dans le tableau ci-dessous

Pour les travailleurs sur quarts rotatifs : Si le cycle des quarts de travail dépasse quatre semaines, veuillez joindre les renseignements sur les gains du dernier cycle complet de quarts terminé avant la date de l'accident ou de l'apparition de la maladie.

Pour plus de renseignements, consultez la feuille d'information Déclaration des gains des travailleurs ayant des heures ou des jours de travail irréguliers (1025B) sur notre site Web, [www.wsib.ca](http://www.wsib.ca), en cliquant sur Référence, sur Renseignements généraux et la loi, puis sur Feuilles d'information sur les demandes de prestations.

## Section I – Horaire de travail

**I. Horaire de travail** (Remplissez **A, B** ou **C**. N'indiquez pas les quarts de travail supplémentaires.)

**(A.) Horaire régulier** : indiquez les heures et jours de travail normaux. **► Par exemple** : du lundi au vendredi, 40 heures

Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
		11				

**ou**

**(B.) Quarts rotatifs répétés** - Indiquez :

LE NOMBRE DE JOURS DE TRAVAIL	LE NOMBRE DE JOURS DE CONGÉS	LE NOMBRE D'HEURES PAR QUART	LE NOMBRE D'HEURES PAR CYCLE
12			

**ou**

**(C.) Horaire varié ou irrégulier** - Fournissez le nombre total d'heures régulières et de quarts pour chaque semaine pendant les quatre semaines précédant l'accident ou la maladie. (N'indiquez pas les heures et quarts supplémentaires.)

	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4
Du/ Au (jj/mm/aa)				
Total des heures de travail				
Total des quarts de travail				

**J. Commet une infraction quelconque fait délibérément des déclarations fausses à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail.**

### 11 Horaire régulier : indiquez les heures et jours de travail normaux.

Dimanche	Lund	Mard	Mercred	Jeud	Vendred	Samed
----------	------	------	---------	------	---------	-------

Fournissez l'horaire normal du travailleur, s'il a un horaire de travail régulier établi.

Exemple :

Le travailleur peut travailler régulièrement du lundi au vendredi à raison de 7,5 heures par jour et de 37,50 heures par semaine.

Dimanche	Lund	Mard	Mercred	Jeud	Vendred	Samed
	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5	

Le travailleur peut travailler les fins de semaine seulement, du vendredi au dimanche, 12 heures par jour, 36 heures par semaine.

Dimanche	Lund	Mard	Mercred	Jeud	Vendred	Samed
2					2	2

Le travailleur peut travailler à temps partiel, les mêmes jours, chaque semaine.

Dimanche	Lund	Mard	Mercred	Jeud	Vendred	Samed

## Quarts rotatifs répétés - Indiquez :

12 Nombre de jours de travail	Nombre de jours de congés	Nombre d'heures par quart	Nombre de semaines par cycle
----------------------------------	---------------------------	---------------------------	------------------------------

Si la rotation des quarts de ce travailleur se répète selon un cycle établi, veuillez l'indiquer. Si la rotation ne peut pas être décrite à l'aide du tableau, veuillez fournir le plan de rotation sur une feuille séparée jointe au formulaire 7.

Exemple :

Horaire du travailleur

Nombre de jours de travail 4	Nombre de jours de congés 4	Nombre d'heures par quart 12	Nombre de semaines par cycle 8
------------------------------	-----------------------------	------------------------------	--------------------------------

Horaire du travailleur

Nombre de jours de travail 21	Nombre de jours de congés 7	Nombre d'heures par quart 8	Nombre de semaines par cycle 4
-------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--------------------------------

### 13 Horaire varié ou irrégulier

Fournissez le nombre total d'heures régulières et de quarts pour chaque semaine pendant les quatre semaines précédant l'accident ou la maladie. (N'indiquez pas les heures et quarts supplémentaires.)

L'horaire de ce travailleur change de jour en jour, de semaine en semaine, etc. Pour la période des quatre semaines précédant l'accident ou la maladie, fournissez les dates de début et fin des semaines (Du, Au), le total des heures de travail et le total des quarts de travail pour chaque semaine (n'ajoutez pas les heures supplémentaires).

Exemple :

Bruno est un travailleur occasionnel irrégulier (concierge) qui travaille sur demande. Voici le tableau de Bruno, dont la date d'accident est établie au 2 mai 2005:

	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4
Du/Au (jj/mm/aa)	24Avr2005 – 30Avr2005	7Avr2005 – 23Avr2005	0Avr2005 – 16Avr2005	03Avr2005 – 09Avr2005
Total des heures de travail	2	21		



Total des quarts de travail		4		
-----------------------------	--	---	--	--

Germaine est une travailleuse permanente à temps partiel (vendeuse dans un magasin de détail). Elle travaille de 20 à 24 heures par semaine, mais ses jours et heures de travail varient chaque semaine. Voici le tableau de Germaine, dont la date d'accident est établie au 2 mai 2005:

	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4
Du/Au (jj/mm/aa)	24Avr2005 – 30Avr2005	7Avr2005 – 23Avr2005	0Avr2005 – 16Avr2005	03Avr2005 – 09Avr2005
Total des heures de travail	24	20	21	20
Total des quarts de travail	3	4	4	

Pour plus de renseignements, veuillez consulter la feuille d'information Déclaration des gains des travailleurs ayant divers profils d'emploi sur notre site Web, [www.wsib.ca](http://www.wsib.ca), en cliquant sur Référence, sur Renseignements généraux et la loi, puis sur Feuilles d'information sur le financement et l'assurance.

## Section J – Déclaration de l'employeur

<b>J. Commet une infraction quiconque fait délibérément des déclarations fausses à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail. J'affirme que tous les renseignements donnés aux pages 1, 2 et 3 de cet avis sont véridiques.</b>			
Nom de la personne ayant rempli ce formulaire : (en caractères d'imprimerie)		Titre officiel	
Signature:	Téléphone ( )	poste	Date: dd jj aa
<b>EN VERTU DE LA LOI SUR LA SÉCURITÉ PROFESSIONNELLE ET L'ASSURANCE CONTRE LES ACCIDENTS DU TRAVAIL, VOUS DEVEZ REMETTRE UNE COPIE DU PRÉSENT FORMULAIRE À VOTRE TRAVAILLEUR.</b>			
0007B (07/05)		Page 3 de 3	

Dans cette section, la personne qui remplit le formulaire au nom de l'employeur doit indiquer son nom et ses coordonnées. Dans cette déclaration, sa signature confirme que les renseignements inscrits sur chaque page sont véridiques. La CSPAAT pourrait communiquer avec cette personne pour confirmer ou préciser des renseignements du formulaire 7 ou pour obtenir des renseignements supplémentaires ou manquants.



























