



Pour plus de renseignements, lire la [Directive de procédure : Indemnités et remboursement de frais](#).

Prière d'écrire en caractère d'imprimerie.

Dossier du TASPAAT n^o :

Nom du travailleur¹ blessé : _____

jj / mm / aaaa

Lieu de l'audience : _____ Date de l'audience : _____ Heure : _____

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE BÉNÉFICIAIRE

Nom de la personne qui demande le remboursement : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

2. FRAIS ET DÉBOURS DIVERS

À noter : Seuls les travailleurs et témoins résidant à l'extérieur de la région métropolitaine où se tient l'audience peuvent demander le remboursement de frais et de débours divers.

A) MOYEN DE TRANSPORT : (Prière de joindre les reçus)

MONTANT DEMANDÉ

Avion Train Autobus _____ \$ Transport (A) : _____ \$

Automobile Kilomètres parcourus : _____ X 40 cents = _____ \$

B) HÉBERGEMENT DANS UN HÔTEL (Reçus nécessaires) \$ Hébergement (B) : _____ \$

C) REPAS (Indemnité de repas maximum : 51,00 \$ par jour) Repas (C) : _____ \$

Déjeuner : X 12,00 \$ = _____ \$

Dîner : X 16,00 \$ = _____ \$

Souper : X 23,00 \$ = _____ \$

D) STATIONNEMENT (Indemnité maximum : 5,00 \$ sans reçu - 10,00 \$ avec reçu) : Stationnement(D) : _____ \$

MONTANT TOTAL DEMANDÉ : _____ \$

E) COMMENTAIRES :

3. COMPARUTION À L'AUDIENCE – TRAVAILLEUR BLESSÉ OU TÉMOIN

À noter : Si vous avez subi une perte de salaire quand vous avez comparu à l'audience à titre de partie ou de témoin, vous pouvez recevoir une indemnité maximum de 55,48 \$ pour une demi-journée et de 110,96 \$ pour une journée complète de perte de salaire. Le Tribunal déduira toute somme envoyée avec une assignation.

Avez-vous subi une perte de salaire les jour(s) de l'audience? Oui Non Nombre d'heures : _____

4. SIGNATURE (PERSONNE QUI DEMANDE LE REMBOURSEMENT)

Signature : _____

jj / mm / aaaa
Date

***Prière de joindre tous les reçus applicables à la Demande de remboursement de frais liés à une audience.**

À L'USAGE EXCLUSIF DU BUREAU - NE RIEN ÉCRIRE SOUS CETTE LIGNE

Indemnité de témoin (avec perte de salaire) : demi-journée 55,48 \$; journée 110,96 \$. Montant permis : _____ \$

Approuvé par : _____ Montant total à verser au bénéficiaire: _____ \$

jj / mm / aaaa

Poste : _____ **Date**

AVIS : Les renseignements demandés sur ce formulaire sont recueillis aux fins d'une instance relevant de la Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail, L.O. 1997, chap. 16, Annexe A. Dans certains cas, le Tribunal peut avoir à recueillir des renseignements supplémentaires relativement à l'affaire. Tous les renseignements sont recueillis aux termes des articles 102, 123, 124, 129, 132 et 134 de la Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail. Toutes les questions au sujet de cette quête de renseignements devraient être adressées au coordonnateur de la protection des renseignements personnels, Tribunal d'appel de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail, 505, avenue University, Toronto (Ontario) M5G 2P2, 416 314-8800.

¹ Le masculin s'applique sans discrimination aux personnes des deux sexes.