



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

Numéro de dossier du TASPAAT :

Nom du travailleur<sup>1</sup> 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 : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

### 2. FRAIS ET DÉBOURS DIVERS

**À noter : Seuls les travailleurs et les témoins (du travailleur ou du Tribunal) 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 téléverser 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 par personne) Repas (C) : \_\_\_\_\_

**Déjeuner :** nombre de repas : \_\_\_\_\_ **Frais :** \_\_\_\_\_ (max. 12,00 \$/jour/personne)

**Dîner :** nombre de repas : \_\_\_\_\_ **Frais :** \_\_\_\_\_ (max. 16,00 \$/jour/personne)

**Souper :** nombre de repas : \_\_\_\_\_ **Frais :** \_\_\_\_\_ (max. 23,00 \$/jour/personne)

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 :  (Saisissez votre prénom et votre nom de famille)

Date 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 (jj/mm/aaaa)  En cochant cette case, j'accepte et je comprends la valeur juridique de ma signature et de la date dactylographiées

**\*Prière de téléverser 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 du Tribunal d'appel de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (TASPAAT). Tous les renseignements sont recueillis aux termes de la Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail, L.O. 1997, chap. 16, tel que modifiée, et ils seront versés au dossier et transmis à la CSPAAT lorsque le dossier lui sera renvoyé. Les renseignements seront utilisés aux seules fins de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail. Pour toute question au sujet de cette quête de renseignements, veuillez communiquer avec le coordonnateur de la protection des renseignements personnels du TASPAAT au 416 314-8800, au 1 888 618-8846 (sans frais en Ontario), ou au 416 314-1787 (ATS).

<sup>1</sup> Le masculin s'applique sans discrimination aux personnes des deux sexes.