

**1 IDENTIFICATION DU SALARIÉ**

NOM DE FAMILLE \_\_\_\_\_ PRÉNOM(S) \_\_\_\_\_ ÂGE \_\_\_\_\_

OCCUPATION \_\_\_\_\_

**2 DIAGNOSTIC**

1- DIAGNOSTIC: S'AGIT-IL D'UNE THÉRAPIE POUR PERSONNE VIOLENTE? OUI  NON  SI NON, PRÉCISEZ: \_\_\_\_\_

STATUT - PSYCHO - PSYCHIATRIQUE: AXE 1 \_\_\_\_\_  
AXE 2 \_\_\_\_\_  
AXE 3 \_\_\_\_\_  
AXE 4 \_\_\_\_\_  
AXE 5 \_\_\_\_\_

2- AUTRE DIAGNOSTIC SUSCEPTIBLE DE MODIFIER LA DURÉE DE L'INVALIDITÉ, A-T-IL ÉTÉ CONFIRMÉ: OUI  NON  SI OUI, LEQUEL: \_\_\_\_\_

NOM DU MÉDECIN TRAITANT: \_\_\_\_\_ N° DE TÉLÉPHONE \_\_\_\_\_

ADRESSE: \_\_\_\_\_ N° DE PERMIS \_\_\_\_\_

**3 TRAITEMENT**

1- NOM DE L'ÉTABLISSEMENT OU LA PERSONNE SUIT OU SUIVRA UN TRAITEMENT \_\_\_\_\_ N° DE TÉLÉPHONE \_\_\_\_\_

2- ADRESSE \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_ CODE POSTAL \_\_\_\_\_

3- POUR FIN DE VÉRIFICATION LE NOM D'UNE PERSONNE À REJOINDRE AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT \_\_\_\_\_ N° DE TÉLÉPHONE \_\_\_\_\_

TITRE \_\_\_\_\_ Ind. rég. \_\_\_\_\_

4- A- DURÉE PROBABLE DU TRAITEMENT: Année Mois Jour \_\_\_\_\_ D- S'AGIT-IL D'UN TRAITEMENT EN SÉJOUR INTERNE? OUI  NON

B- DATE D'ADMISSION À CET ÉTABLISSEMENT: Année Mois Jour \_\_\_\_\_

C- DATE DE SORTIE: Année Mois Jour \_\_\_\_\_

E- S'AGIT-IL D'UN TRAITEMENT EN EXTERNE DE JOUR? OUI  NON  SI OUI, HEURES QUOTIDIENNES DE TRAITEMENT: DE \_\_\_\_\_ HRS AM  PM

F- S'AGIT-IL D'UN TRAITEMENT ORDONNÉ PAR JUGEMENT D'UN TRIBUNAL? OUI  NON  À \_\_\_\_\_ HRS AM  PM

G- DESCRIPTION DU TRAITEMENT: \_\_\_\_\_

**4 IDENTIFICATION DE L'INTERVENANT** (Écrire en lettres mouillées)

NOM DE L'INTERVENANT \_\_\_\_\_ N° DE TÉLÉPHONE \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_ CODE POSTAL \_\_\_\_\_

PROFESSION: \_\_\_\_\_ NO DE PERMIS \_\_\_\_\_

ÊTES-VOUS MEMBRE D'UNE ASSOCIATION? SI OUI, PRÉCISEZ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ année mois jour

**EXPÉDIEZ CETTE DEMANDE  
LE PLUS TÔT POSSIBLE À:**



DIRECTION AVANTAGES SOCIAUX  
SECTION ASSURANCE INVALIDITÉ  
CASE POSTALE 2515  
SUCCURSALE YOVILLE  
MONTRÉAL (QUÉBEC)  
H2P 0A7

**RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX**

**ÉTABLISSEMENT**

L'établissement où le traitement a lieu, doit être spécialisé et reconnu dans le traitement pour personne violente par la Commission de la construction du Québec.

**ÉTAPES À SUIVRE PAR LE SALARIÉ**

**POUR OBTENIR LE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE TRAITEMENT POUR PERSONNE VIOLENTE (FORM.16).**

Chacune des sections de la "Demande de prestations pour frais de traitement" doit être dûment remplie, signée et datée par le salarié et les autres personnes concernées.

**POUR RECEVOIR LE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS D'ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE (FORM.17).**

- Compléter la "Déclaration du salarié"

-Chacune des sections concernant la "Déclaration du salarié" doit être dûment remplie, signée et datée par le salarié.

- Obtenir la «Déclaration de l'assurance emploi»

-La "Déclaration de l'assurance-emploi" doit être en tout temps remplie et signée par un employé de Développement des ressources humaines Canada (DRHC).  
-La "Déclaration de l'assurance emploi" doit également être signée par le salarié.  
Il est nécessaire pour avoir droit à des prestations de votre régime d'assurance salaire de l'industrie de la construction que vous déposiez au préalable une demande d'assurance emploi en prestations maladie auprès d'un Centre DRHC, celui-ci étant le premier payeur lors d'une réclamation d'assurance salaire.

**OBTENIR LA DÉCLARATION DE L'INTERVENANT RESPONSABLE DU TRAITEMENT**

Chacune des sections de la "Déclaration de l'intervenant" doit être dûment remplie, signée et datée par l'intervenant de l'établissement reconnu.

**TRANSMETTRE VOTRE DOSSIER**

Pour accélérer l'étude du dossier, veuillez écrire lisiblement et nous faire parvenir l'original de votre demande. Il est nécessaire que toutes parties de ce formulaire soient dûment remplies et signées par les personnes concernées et acheminées à la Commission de la construction du Québec le plus tôt possible à:



Commission  
de la construction  
du Québec

DIRECTION AVANTAGES SOCIAUX  
SECTION ASSURANCE INVALIDITÉ  
CASE POSTALE 2515  
SUCCURSALE YOVILLE  
MONTRÉAL (QUÉBEC)  
H2P 0A7

**Nous pourrons donner suite à cette demande seulement si vous nous avez fourni toutes les informations requises au traitement de votre demande.**

**RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES**

Pour plus de renseignements sur le Programme dans le traitement pour personne violente dans l'industrie de la construction, communiquez avec votre association représentative, ou pour tout autre renseignement, communiquez avec votre bureau régional de la Commission de la construction du Québec.

**1 IDENTIFICATION DU SALARIÉ** (Écrire en lettres moulées)

NOM DE FAMILLE \_\_\_\_\_ PRÉNOM(S) \_\_\_\_\_

NUMÉRO, RUE, APPARTEMENT \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_

COMTÉ, PROVINCE \_\_\_\_\_ CODE POSTAL \_\_\_\_\_ ADRESSE PERMANENTE

ADRESSE TEMPORAIRE

N° D'ASSURANCE SOCIALE \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_

Année Mois Jour

N° DE TÉLÉPHONE DE L'ASSURÉ \_\_\_\_\_

Ind. rég. \_\_\_\_\_

**2 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE EN TRAITEMENT SI AUTRE QUE LE SALARIÉ**

NOM DE FAMILLE \_\_\_\_\_ PRÉNOM(S) \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_

Année Mois Jour

CONJOINT 1

ENFANT 2

**IMPORTANT** ▶ SI L'ENFANT A 18 ANS ET PLUS, JOINDRE UNE ATTESTATION D'ÉTUDES À PLEIN TEMPS, POUR LA PÉRIODE DES FRAIS ENCOURUS.

**3 AUTORISATION**

**IMPORTANT** J'AUTORISE LA COMMISSION DE LA CONSTRUCTION DU QUÉBEC (CCQ) À VERSER LES FRAIS ASSURÉS QUI ME SERAIENT DUS EN VERTU DE LA PRÉSENTE DEMANDE DIRECTEMENT À:

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT: \_\_\_\_\_

N.B. SI AUCUN ÉTABLISSEMENT N'EST IDENTIFIÉ, JOINDRE L'ORIGINAL DE VOTRE REÇU.

J'AUTORISE TOUTE PERSONNE PHYSIQUE OU MORALE À TRANSMETTRE À LA COMMISSION DE LA CONSTRUCTION DU QUÉBEC (CCQ) TOUTS LES RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA PRÉSENTE DEMANDE. JE CERTIFIE L'EXACTITUDE DE TOUTS LES RENSEIGNEMENTS QUE J'AI FOURNIS À L'APPUI DE MA DEMANDE DE PRESTATIONS.

SIGNATURE DU SALARIÉ: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

Année Mois Jour

SIGNATURE DE LA PERSONNE EN TRAITEMENT: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

(SI AUTRE QUE LE SALARIÉ) \_\_\_\_\_

Année Mois Jour

**4 DÉCLARATION DE L'ÉTABLISSEMENT** (Écrire en lettres moulées)

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT \_\_\_\_\_ N° DE TÉLÉPHONE \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_

CODE POSTAL \_\_\_\_\_

DURÉE DU TRAITEMENT: DU \_\_\_\_\_ AU \_\_\_\_\_

Année Mois Jour Année Mois Jour

COÛT DU TRAITEMENT: \$ \_\_\_\_\_

**PERSONNE RESPONSABLE À CONTACTER**

NOM DE FAMILLE \_\_\_\_\_ PRÉNOM(S) \_\_\_\_\_

N° DE TÉLÉPHONE \_\_\_\_\_

TITRE \_\_\_\_\_

Ind. rég. \_\_\_\_\_

**ATTENTION** ▶ POUR PAIEMENT DIRECT, VÉRIFIER AVEC LA COMMISSION DE LA CONSTRUCTION DU QUÉBEC (CCQ) SI LE SALARIÉ EST ADMISSIBLE. JOINDRE L'ORIGINAL DE VOTRE FACTURE.

**5 DÉCLARATION DE L'INTERVENANT**

LA PARTIE "DÉCLARATION DE L'INTERVENANT" DOIT ÊTRE REMPLIE PAR LE PROFESSIONNEL DE L'ÉTABLISSEMENT RESPONSABLE DU TRAITEMENT.

DESCRIPTION DU TRAITEMENT: \_\_\_\_\_

S'AGIT-IL D'UN TRAITEMENT EN SÉJOUR INTERNE? OUI  NON

S'AGIT-IL D'UN TRAITEMENT EN EXTERNE DE JOUR? OUI  NON  SI OUI, HEURES QUOTIDIENNES DE TRAITEMENT: DE \_\_\_\_\_ À \_\_\_\_\_ HEURES

S'AGIT-IL D'UN TRAITEMENT EN EXTERNE DE SOIR? OUI  NON

**6 IDENTIFICATION DE L'INTERVENANT** (Écrire en lettres moulées)

NOM DE L'INTERVENANT \_\_\_\_\_ ADRESSE \_\_\_\_\_

N° DE TÉLÉPHONE \_\_\_\_\_

PROFESSION: \_\_\_\_\_

ÉTÉS-VOUS MEMBRE D'UNE ASSOCIATION? SI OUI, PRÉCISEZ: \_\_\_\_\_

SIGNATURE DE L'INTERVENANT \_\_\_\_\_

année mois jour

CODE POSTAL \_\_\_\_\_

NO DE PERMIS \_\_\_\_\_

**1 IDENTIFICATION DU SALARIÉ** (À compléter par le salarié)

NOM DE FAMILLE \_\_\_\_\_ PRÉNOM(S) \_\_\_\_\_

NUMÉRO, RUE, APPARTEMENT \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_

COMTÉ, PROVINCE \_\_\_\_\_ CODE POSTAL \_\_\_\_\_

ADRESSE PERMANENTE

ADRESSE TEMPORAIRE

N° D'ASSURANCE SOCIALE \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_

Année Mois Jour

N° DE TÉLÉPHONE DE L'ASSURÉ \_\_\_\_\_

Ind. rég. \_\_\_\_\_

**2 RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'EMPLOI**

A- NOM DE VOTRE DERNIER EMPLOYEUR: \_\_\_\_\_ N° D'ASSURANCE SOCIALE \_\_\_\_\_

B- VOTRE MÉTIER OU OCCUPATION: \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_

DERNIER JOUR DE PRÉSENCE AU TRAVAIL: \_\_\_\_\_

Année Mois Jour

**3 RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU TRAITEMENT**

A- PREMIER JOUR DU TRAITEMENT: \_\_\_\_\_ B- VOTRE TRAITEMENT EST-IL TERMINÉ? OUI  NON  SI OUI, À QUELLE DATE? \_\_\_\_\_

Année Mois Jour Année Mois Jour

SI NON ▶ DATE APPROXIMATIVE DE VOTRE DERNIER JOUR DE TRAITEMENT: \_\_\_\_\_

Année Mois Jour

C- NOM DE L'ÉTABLISSEMENT OÙ VOUS AVEZ ÉTÉ ADMIS POUR LE TRAITEMENT POUR PERSONNE VIOLENTE? \_\_\_\_\_

**4 AUTRES REVENUS**

RECEVEZ-VOUS DES PRERSTATIONS D'INVALIDITÉ OU DE RETRAITE OU AVEZ VOUS DÉPOSÉ UNE DEMANDE OU AVEZ-VOUS L'INTENTION DE DÉPOSER UNE DEMANDE AUPRÈS DE:

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL? \_\_\_\_\_ NON  OUI  MONTANTS \_\_\_\_\_ \$ HEBD.  MENS.  À L'ÉTUDE

SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE-AUTOMOBILE DU QUÉBEC? \_\_\_\_\_ NON  OUI  MONTANTS \_\_\_\_\_ \$ HEBD.  MENS.  À L'ÉTUDE

RÉGIE DES RENTES DU QUÉBEC? \_\_\_\_\_ NON  OUI  MONTANTS \_\_\_\_\_ \$ HEBD.  MENS.  À L'ÉTUDE

RÉGIME DE PENSIONS DU CANADA? \_\_\_\_\_ NON  OUI  MONTANTS \_\_\_\_\_ \$ HEBD.  MENS.  À L'ÉTUDE

RÉGIME DE RETRAITE DE L'INDUSTRIE DE LA CONSTRUCTION? \_\_\_\_\_ NON  OUI  MONTANTS \_\_\_\_\_ \$ HEBD.  MENS.  À L'ÉTUDE

AUTRE RÉGIME INDIVIDUEL OU COLLECTIF D'ASSURANCE SALAIRE? \_\_\_\_\_ NON  OUI  MONTANTS \_\_\_\_\_ \$ HEBD.  MENS.  À L'ÉTUDE

**VEUILLEZ NOUS FAIRE PARVENIR UNE COPIE DE LA DÉCISION OU DE L'AVIS DU PREMIER PAIEMENT QUE VOUS AVEZ REÇU DES ORGANISMES CI-HAUT MENTIONNÉS.**

L'IMPÔT PROVINCIAL DOIT ÊTRE DÉDUIT DE VOS PRESTATIONS D'ASSURANCE-SALAIRE. LES DÉDUCTIONS POUR FINS D'IMPÔT FÉDÉRAL NE SONT PAS OBLIGATOIRES MAIS PEUVENT ÊTRE FAITES À LA SOURCE SI VOUS LE DÉSIREZ.

DÉSIREZ-VOUS QUE L'IMPÔT FÉDÉRAL SOIT RETENU À LA SOURCE? OUI  NON

**5 AUTORISATION**

JE CERTIFIE L'EXACTITUDE DE TOUTS LES RENSEIGNEMENTS DONNÉS À L'APPUI DE MA DEMANDE D'ASSURANCE SALAIRE.

J'AUTORISE TOUTE PERSONNE PHYSIQUE OU MORALE DONNANT DES SERVICES D'ORDRE MÉDICAL (MÉDECINS-HÔPITAUX), DE MÊME QUE LES COMPAGNIES D'ASSURANCES, BUREAU D'ENQUÊTE, EMPLOYEURS, LE BUREAU DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX, LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL DU QUÉBEC, LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, LA SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC, LA RÉGIE DES RENTES DU QUÉBEC ET DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES CANADA, À TRANSMETTRE À LA COMMISSION DE LA CONSTRUCTION DU QUÉBEC (CCQ) OU À SES REPRÉSENTANTS AUTORISÉS TOUTS LES RENSEIGNEMENTS QU'ILS POSSEDENT À MON SUJET.

LES RENSEIGNEMENTS AINSI TRANSMIS À LA COMMISSION DE LA CONSTRUCTION DU QUÉBEC (CCQ) NE DOIVENT SERVIR QU'À L'ÉTUDE DE MA DEMANDE DE PRESTATIONS CONFORMÉMENT AUX DISPOSITIONS DU RÉGLEMENT SUR LES RÉGIMES COMPLÉMENTAIRES D'AVANTAGES SOCIAUX DANS L'INDUSTRIE DE LA CONSTRUCTION. TOUTEFOIS, ILS POURRONT ÊTRE DIVULGUÉS À TOUTE PERSONNE PHYSIQUE OU MORALE PARTICIPANT À L'ÉTUDE DE CETTE DEMANDE OU À D'AUTRES PERSONNES SI LA LOI L'EXIGE OU SI J'EL AUTEURISE EXPRESSÉMENT.

J'AUTORISE DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES CANADA (DRHC) À FOURNIR À LA COMMISSION DE LA CONSTRUCTION DU QUÉBEC (CCQ), LA DÉCLARATION CI-DESSOUS.

LA PRÉSENTE AUTORISATION OU UNE COPIE DE CELLE-CI SERA VALIDE TANT QUE DURERA L'ÉTUDE DE MA DEMANDE.

Année Mois Jour

SIGNATURE DU SALARIÉ \_\_\_\_\_

**6 DÉCLARATION DE L'ASSURANCE-EMPLOI** (Réservé à DRHC)

CERTIFICAT DE NON-ADMISSIBILITÉ AUX PRESTATIONS DE MALADIE PRÉVUES PAR LA LOI DE L'ASSURANCE EMPLOI

**IMPORTANT** ▶ L'ASSURANCE EMPLOI ÉTANT LE PREMIER PAYEUR LORS D'UNE RÉCLAMATION D'ASSURANCE SALAIRE, IL EST IMPORTANT POUR AVOIR DROIT À DES PRESTATIONS D'ASSURANCE SALAIRE QUE LE CERTIFICAT DE NON-ADMISSIBILITÉ SOIT DÛMENT REMPLI ET SIGNÉ PAR UN EMPLOYÉ DE DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES CANADA. À CET EFFET, L'ASSURÉ DOIT DÉPOSER UNE DEMANDE EN MALADIE. RETOURNER À LA COMMISSION DE LA CONSTRUCTION DU QUÉBEC (CCQ) LORSQUE CETTE SECTION EST COMPLÉTÉE.

1- DATE DU DÉBUT DE L'INCAPACITÉ: \_\_\_\_\_ 2- DEMANDE INITIALE  3- DEMANDE RENOUVELÉE  4- DATE EFFECTIVE DE LA DEMANDE POUR INCAPACITÉ: \_\_\_\_\_

Année Mois Jour Année Mois Jour

5- DATE DU DÉLAI DE CARENCE: \_\_\_\_\_

Semaine N° 1 Semaine N° 2

6- S'IL Y A UN DÉLAI ENTRE LA DATE D'INCAPACITÉ ET LA DATE EFFECTIVE DE LA DEMANDE, LA RAISON EST: A- DEMANDE DÉPOSÉE EN RETARD  B- GAINS REPORTÉS

C- AUTRES  PRÉCISEZ: \_\_\_\_\_

7- PREMIÈRE SEMAINE PAYÉE OU PAYABLE EN PRESTATIONS-MALADIE POUR CETTE INCAPACITÉ: \_\_\_\_\_ 8- JUSQU'À QUELLE DATE A-T-ON FAIT DROIT AUX PRESTATIONS MALADIE? \_\_\_\_\_

Année Mois Jour Année Mois Jour

9- QUEL EST LE NOMBRE DE SEMAINES PAYABLES EN MALADIE POUR CETTE DEMANDE? \_\_\_\_\_ 10- SI NON ADMISSIBLE, RAISON: \_\_\_\_\_

11- UNE FOIS LES PRESTATIONS DE MALADIE ÉPUISÉES, EST-IL POSSIBLE QUE LE PRESTATAIRE SOIT ADMISSIBLE À UNE DEMANDE SUBSÉQUENTE EN MALADIE? (SELON LES INFORMATIONS AU DOSSIER) OUI  NON

Année Mois Jour

N° DE TÉLÉPHONE DE DRHC \_\_\_\_\_ POSTE \_\_\_\_\_

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ DE (DRHC) ET NOM EN LETTRES MOULÉES \_\_\_\_\_