

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

ÉTABLISSEMENT

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

ÉTAPES À SUIVRE PAR LE SALARIÉ

POUR OBTENIR LE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE TRAITEMENT POUR DÉPRESSION MAJEURE (FORM.18).

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.19).

- 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 DU MÉDECIN TRAITANT

Chacune des sections de la «Déclaration du médecin traitant» doit être dûment remplie, signée et datée par le médecin traitant, celui-ci doit-être membre de la corporation professionnelle des médecins.

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 les 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 pour le traitement pour dépression majeure 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)		N° D'ASSURANCE SOCIALE
NOM DE FAMILLE	PRÉNOM(S)	_____
NUMÉRO, RUE, APPARTEMENT	VILLE	DATE DE NAISSANCE
_____	_____	A M J
COMTÉ, PROVINCE	CODE POSTAL	N° DE TÉLÉPHONE DE L'ASSURÉ
_____	_____	_____
	ADRESSE PERMANENTE <input type="checkbox"/>	
	ADRESSE TEMPORAIRE <input type="checkbox"/>	

2 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE EN TRAITEMENT SI AUTRE QUE LE SALARIÉ		DATE DE NAISSANCE
NOM DE FAMILLE	PRÉNOM(S)	_____
IMPORTANT ► SI L'ENFANT A 18 ANS ET PLUS, JOINDRE UNE ATTESTATION D'ÉTUDES À PLEIN TEMPS, POUR LA PÉRIODE DES FRAIS ENCOURUS.		CONJOINT 1
		ENFANT 2

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) TOUS LES RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA PRÉSENTE DEMANDE. JE CERTIFIE L'EXACTITUDE DE TOUS LES RENSEIGNEMENTS QUE J'AI FOURNIS À L'APPUI DE MA DEMANDE DE PRESTATIONS	
SIGNATURE DU SALARIÉ : _____	DATE _____
SIGNATURE DE LA PERSONNE EN TRAITEMENT : _____	DATE _____
(SI AUTRE QUE LE SALARIÉ)	

4 DÉCLARATION DE L'ÉTABLISSEMENT (Écrire en lettres moulées)	
NOM DE L'ÉTABLISSEMENT	N° DE TÉLÉPHONE
_____	_____
ADRESSE	VILLE
_____	_____
DURÉE DU TRAITEMENT	COÛT DU TRAITEMENT
DU _____ AU _____ \$ _____	
PERSONNE RESPONSABLE À CONTACTER	
NOM DE FAMILLE	PRÉNOM(S)
_____	_____
TITRE	N° DE TÉLÉPHONE
_____	_____
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 DU MÉDECIN	
LA PARTIE « DÉCLARATION DU MÉDECIN » DOIT ÊTRE REMPLIE PAR UN MÉDECIN MEMBRE DE LA CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS.	
DESCRIPTION DU TRAITEMENT : _____	

S'AGIT-IL D'UN TRAITEMENT EN SÉJOUR INTERNE? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
S'AGIT-IL D'UN TRAITEMENT EN EXTERNE DE JOUR? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SI OUI, HEURES QUOTIDIENNES DE TRAITEMENT : DE _____ À _____ HEURES	
S'AGIT-IL D'UN TRAITEMENT EN EXTERNE DE SOIR? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

6 IDENTIFICATION DU MÉDECIN (Écrire en lettres moulées)	
NOM DU MÉDECIN	ADRESSE
_____	_____
OMNIPRATICIEN <input type="checkbox"/>	SPÉCIALISTE <input type="checkbox"/>
PRÉCISEZ : _____	N° DE TÉLÉPHONE
_____	_____
SIGNATURE DU MÉDECIN	CODE POSTAL
_____	_____
	N° DE PERMIS

IMPORTANT

VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS EN LETTRES MOULÉES
CETTE DÉCLARATION DOIT ÊTRE REMPLIE PAR L'INTERVENANT RESPONSABLE DU TRAITEMENT.
SI LE PATIENT EST INCAPABLE DE RETOURNER AU TRAVAIL POUR UNE RAISON MÉDICALE AUTRE
QU'UN TRAITEMENT POUR DÉPRESSION MAJEURE UTILISEZ LE FORMULAIRE «DEMANDE DE PRESTATIONS
D'ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE» (N° 11A - 11B)

1 IDENTIFICATION DU SALARIÉ

NOM DE FAMILLE _____ PRÉNOM(S) _____ ÂGE _____

OCCUPATION _____

2 DIAGNOSTIC

1- DIAGNOSTIC : S'AGIT-IL D'UNE THÉRAPIE POUR DÉPRESSION MAJEURE? 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 _____

4- A- DURÉE PROBABLE DU TRAITEMENT : _____
B- DATE D'ADMISSION À CET ÉTABLISSEMENT : _____
C- DATE DE SORTIE : _____

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

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

F- DESCRIPTION DU TRAITEMENT : _____

4 IDENTIFICATION DU MÉDECIN (Écrire en lettres mouillées)

NOM DU MÉDECIN _____ N° DE TÉLÉPHONE _____

ADRESSE _____ CODE POSTAL _____

OMNIPRATICIEN SPÉCIALISTE PRÉCISEZ : _____ N° DE PERMIS _____

_____ A M J _____
SIGNATURE DU MÉDECIN

EXPÉDIEZ CETTE DEMANDE 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

1 IDENTIFICATION DU SALARIÉ (Écrire en lettres moulées) (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 _____
A M J

N° DE TÉLÉPHONE DE L'ASSURÉ _____

2 RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'EMPLOI

A- NOM DE VOTRE DERNIER EMPLOYEUR _____ N° D'ASSURANCE SOCIALE _____

B- VOTRE MÉTIER OU OCCUPATION _____

DERNIER JOUR DE PRÉSENCE AU TRAVAIL : _____
A M J

3 RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'EMPLOI

A- PREMIER JOUR DU TRAITEMENT : _____
A M J

B- VOTRE TRAITEMENT EST-IL TERMINÉ? OUI NON SI OUI, À QUELLE DATE? _____
A M J

SI NON DATE APPROXIMATIVE DE VOTRE DERNIER JOUR DE TRAITEMENT : _____
A M J

C- NOM DE L'ÉTABLISSEMENT OÙ VOUS AVEZ ÉTÉ ADMIS POUR LE TRAITEMENT POUR DÉPRESSION MAJEURE? _____

4 AUTRES REVENUS

RECEVEZ-VOUS DES PRESTATIONS 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 <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	MONTANTS _____ \$	HEBD. <input type="checkbox"/> MENS. <input type="checkbox"/>	À L'ÉTUDE <input type="checkbox"/>
SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE-AUTOMOBILE DU QUÉBEC? _____	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	MONTANTS _____ \$	HEBD. <input type="checkbox"/> MENS. <input type="checkbox"/>	À L'ÉTUDE <input type="checkbox"/>
RÉGIE DES RENTES DU QUÉBEC? _____	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	MONTANTS _____ \$	HEBD. <input type="checkbox"/> MENS. <input type="checkbox"/>	À L'ÉTUDE <input type="checkbox"/>
RÉGIME DE PENSIONS DU CANADA? _____	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	MONTANTS _____ \$	HEBD. <input type="checkbox"/> MENS. <input type="checkbox"/>	À L'ÉTUDE <input type="checkbox"/>
RÉGIME DE RETRAITE DE L'INDUSTRIE DE LA CONSTRUCTION? _____	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	MONTANTS _____ \$	HEBD. <input type="checkbox"/> MENS. <input type="checkbox"/>	À L'ÉTUDE <input type="checkbox"/>
AUTRE RÉGIME INDIVIDUEL OU COLLECTIF D'ASSURANCE SALAIRE? _____	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	MONTANTS _____ \$	HEBD. <input type="checkbox"/> MENS. <input type="checkbox"/>	À L'ÉTUDE <input type="checkbox"/>

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 TOUS 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 TOUS LES RENSEIGNEMENTS QU'ILS POSSÈDENT 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 RÈGLEMENT 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 JE L'AUTORISE 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.

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 DE DÉBUT DE L'INCAPACITÉ : _____
A M J

2- DEMANDE INITIALE 3- DEMANDE RENOUELLÉE 4- DATE EFFECTIVE DE LA DEMANDE POUR INCAPACITÉ : _____
A M J

5- DATE DU DÉLAI DE CARENCE : _____
Semaine N° 1 _____ Semaine N° 2 _____
A M J A M J

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 : _____
A M J

8- JUSQU'À QUELLE DATE A-T-ON FAIT DROIT AUX PRESTATIONS MALADIE? _____
A M J

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

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