

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

ÉTABLISSEMENT

L'établissement où le traitement a lieu, doit être spécialisé et reconnu dans le traitement de l'alcoolisme, d'une autre toxicomanie ou pour joueur pathologique par la Commission de la construction du Québec (En séjour interne ou externe de jour).

ÉTAPES À SUIVRE PAR LE SALARIÉ

POUR OBTENIR LE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE TRAITEMENT DE L'ALCOOLISME, D'UNE AUTRE TOXICOMANIE OU POUR JOUEUR PATHOLOGIQUE. (13)

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 (14)

- Remplir 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 »

L'assurance-emploi est le premier payeur en cas d'invalidité.

- Pour avoir droit à des prestations de votre régime d'assurance salaire, il est nécessaire que vous déposiez au préalable une demande d'assurance emploi en prestations de maladie. Pour ce faire, allez au www.servicecanada.gc.ca et déposez votre demande en ligne. Si vous n'avez pas accès à internet, présentez-vous dans un Centre Service Canada.
- Faites remplir la « Déclaration de l'assurance-emploi » par un agent autorisé de Service Canada.

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 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 de prévention et d'intervention en alcoolisme, autres toxicomanies et du joueur pathologique 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
COMTÉ, PROVINCE	CODE POSTAL	Année Mois Jour
	ADRESSE PERMANENTE <input type="checkbox"/>	N° DE TÉLÉPHONE DE L'ASSURÉ
	ADRESSE TEMPORAIRE <input type="checkbox"/>	Ind. rég.

2 IDENTIFICATION DU PATIENT 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.		Année Mois Jour
		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 : _____ Année Mois Jour
SIGNATURE DU PATIENT : _____ (SI AUTRE QUE LE SALARIÉ)	DATE : _____ 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 _____	COÛT DU TRAITEMENT : \$ _____
Année Mois Jour	Année Mois Jour
PERSONNE RESPONSABLE À CONTACTER	
NOM DE FAMILLE	PRÉNOM(S)
TITRE	N° DE TÉLÉPHONE
	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 DU MÉDECIN	
LA PARTIE "DÉCLARATION DU MÉDECIN" DOIT ÊTRE REMPLIE PAR UN MÉDECIN MEMBRE DE LA CORPORATION PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS.	
ALCOOLISME <input type="checkbox"/>	AUTRE TOXICOMANIE <input type="checkbox"/> SPÉCIFIEZ : _____
	JOUEUR PATHOLOGIQUE <input type="checkbox"/>
DIAGNOSTIC : _____	
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"/>	DE _____
S'AGIT-IL D'UN TRAITEMENT ORDONNÉ PAR UN JUGEMENT D'UN TRIBUNAL? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SI OUI, HEURES QUOTIDIENNES DE TRAITEMENT : À _____ HEURES
DESCRIPTION DU TRAITEMENT : _____	

6 IDENTIFICATION DU MÉDECIN (Écrire en lettres moulées)	
NOM DU MÉDECIN	ADRESSE
	N° DE TÉLÉPHONE
	CODE POSTAL
OMNIPRATICIEN <input type="checkbox"/> SPÉCIALISTE <input type="checkbox"/> PRÉCISEZ : _____	NO DE PERMIS
SIGNATURE DU MÉDECIN	année mois jour

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 _____

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 _____ DERNIER JOUR DE PRÉSENCE AU TRAVAIL : _____ DATE DE NAISSANCE _____

Année Mois Jour

3 RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU TRAITEMENT

A- PREMIER JOUR DU TRAITEMENT : _____

Année Mois Jour

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

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 HOSPITALISÉ OU ADMIS POUR LE TRAITEMENT DE L'ALCOOLISME, D'UNE AUTRE TOXICOMANIE OU POUR JOUEUR PATHOLOGIQUE? _____

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 DES NORMES, DE L'ÉQUITÉ, DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL? (ANCIENNEMENT CSST)	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"/>
RETRAITE QUÉBEC? (ANCIENNEMENT RRQ)	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.

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 DES NORMES, DE L'ÉQUITÉ, DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL, LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC, LA SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC, RETRAITE QUÉBEC ET EMPLOI ET DÉVELOPPEMENT SOCIAL 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 CONFORMÈMENT 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 EMPLOI ET DÉVELOPPEMENT SOCIAL CANADA (EDSC) 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 DUMENT REMPLI ET SIGNÉ PAR UN EMPLOYÉ DE EMPLOI ET DÉVELOPPEMENT SOCIAL 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 RENOUELÉE 4- DATE EFFECTIVE DE LA DEMANDE POUR INCAPACITÉ : _____

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

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

1

IDENTIFICATION DU PATIENT

NOM DE FAMILLE _____ PRÉNOM(S) _____ DATE DE NAISSANCE _____
 OCCUPATION _____ Année Mois Jour _____

2

DIAGNOSTIC

1- DIAGNOSTIC : ALCOOLISME AUTRE TOXICOMANIE SPÉCIFIEZ : _____
 JOUEUR PATHOLOGIQUE _____

2- AUTRES DIAGNOSTICS SUSCEPTIBLES DE MODIFIER LA DURÉE DE L'INVALIDITÉ :

A- QUAND LES SYMPTÔMES SONT-ILS APPARUS? _____
 Année Mois Jour

B- LE PATIENT A-T-IL SOUFFERT D'UNE AFFECTION DE CE GENRE? OUI NON DANS L’AFFIRMATIVE, DATE ET PRÉCISIONS : _____
 Année Mois Jour

3

TRAITEMENT

1- NOM DE L'ÉTABLISSEMENT OU VOTRE PATIENT 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

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

C- DATE DE SORTIE : _____
 Année Mois Jour

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- S'AGIT-IL D'UN TRAITEMENT ORDONNÉ PAR JUGEMENT D'UN TRIBUNAL? OUI NON

5- S'IL Y A EU INTERVENTION CHIRURGICALE, LA DÉCRIRE (NATURE) : _____

6- MÉDICATION PRESCRITE : _____

7- DESCRIPTION DU TRAITEMENT : _____

8- Y A T-IL DES TRAITEMENTS SPÉCIFIQUES? _____

9- LE CAS ÉCHÉANT, NOM DU MÉDECIN QUI VOUS A CONFIE LE PATIENT : _____

10- DATE DE LA PREMIÈRE VISITE POUR LA PRÉSENTE INVALIDITÉ : _____
 Année Mois Jour

11- DATE DE LA DERNIÈRE VISITE POUR LA PRÉSENTE INVALIDITÉ : _____
 Année Mois Jour

12- TRAITEZ-VOUS CE PATIENT DEPUIS LE DÉBUT DE L'INVALIDITÉ? OUI NON DANS L’AFFIRMATIVE, VISITES : HEBDOMADAIRES MENSUELLES AUTRE FRÉQUENCES
 DANS LA NÉGATIVE, PRÉCISEZ : _____

REMARQUES : _____

4

IDENTIFICATION DU MÉDECIN

(Écrire en lettres mouillées)

NOM DU MÉDECIN _____ ADRESSE _____ N° DE TÉLÉPHONE _____
 CODE POSTAL _____

OMNIPRATICIEN SPÉCIALISTE PRÉCISEZ : _____ N° DE PERMIS _____

_____ année mois jour

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 YOUSVILLE
MONTRÉAL (QUÉBEC)
H2P 0A7