

IMPORTANT

VEUILLEZ ÉCRIRE LISIÈLEMENT ET NOUS FAIRE PARVENIR L'ORIGINAL DE VOTRE DEMANDE. NOUS POURRONS DONNER SUITE À CETTE DEMANDE DE CRÉDITS D'HEURES SEULEMENT SI UNE RÉPONSE ADÉQUATE EST FOURNIE À TOUTES LES QUESTIONS APPARAISSANT SUR LE FORMULAIRE. TOUTE DEMANDE DE CRÉDITS D'HEURES DOIT ÊTRE FORMULÉE AUPRÈS DE LA CCQ AU PLUS TARD UN AN APRÈS LE DÉBUT DE L'INVALIDITÉ OU DE LA CESSATION D'EMPLOI DANS LE CAS D'UN GRIEF.

1 (Écrire en lettres moulées)		IDENTIFICATION DU SALARIÉ (À remplir par le salarié)		N° D'ASSURANCE SOCIALE	
NOM DE FAMILLE		PRÉNOM(S)		DATE DE NAISSANCE	
NUMÉRO, RUE, APPARTEMENT		VILLE		Année Mois Jour	
COMTÉ, PROVINCE		CODE POSTAL	ADRESSE PERMANENTE <input type="checkbox"/>	N° DE TÉLÉPHONE DE L'ASSURÉ	
			ADRESSE TEMPORAIRE <input type="checkbox"/>	Ind. rég.	

2 DEMANDE						
1. ACCIDENT DE TRAVAIL (CSST) <input type="checkbox"/>		2. ACCIDENT DE VÉHICULE MOTEUR (SAAQ) <input type="checkbox"/>		3. ASSURANCE EMPLOI (MALADIE) (DRHC) <input type="checkbox"/>		
4. VICTIME D'ACTE CRIMINEL (IVAC) <input type="checkbox"/>		5. GRIEF <input type="checkbox"/>		6. EMPLOYEUR <input type="checkbox"/>		7. AUTRE <input type="checkbox"/>
NOTE: LE VERSO DE CE FORMULAIRE DOIT ÊTRE DUMENT REMPLI PAR L'ORGANISME QUI RECONNAIT VOTRE INVALIDITÉ. L'ASSURÉ QUI N'A PAS LA PROTECTION D'ASSURANCE SALAIRE OU QUI N'EST PAS UN TRAVAILLEUR VISÉ PAR LA LOI SUR LES ACCIDENTS DE TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES (CSST) OU PAR LA LOI SUR L'ASSURANCE EMPLOI (CHÔMAGE MALADIE) (DRHC) DEVRA FOURNIR LE FORMULAIRE 11B "DEMANDE D'ASSURANCE SALAIRE", "DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT" DUMENT REMPLI AVEC LA PRÉSENTE DEMANDE.						

3 RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'EMPLOI						
1. NOM DE VOTRE DERNIER EMPLOYEUR					N° TÉLÉPHONE DE L'EMPLOYEUR	
2. VOTRE MÉTIER OU OCCUPATION					Ind. rég.	
					DERNIER JOUR DE PRÉSENCE AU TRAVAIL:	
					Année Mois Jour	

3 RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'INVALIDITÉ						
1. PREMIER JOUR D'INCAPACITÉ: Année Mois Jour						
2. VOTRE INCAPACITÉ EST-ELLE TERMINÉE? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SI OUI, À QUELLE DATE? Année Mois Jour						
3. AVEZ-VOUS REPRIS LE TRAVAIL OU ÊTES-VOUS DISPONIBLE POUR UN TRAVAIL? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> DANS LA NÉGATIVE, DATE APPROXIMATIVE DE VOTRE RETOUR AU TRAVAIL OU DE VOTRE DISPONIBILITÉ À TRAVAILLER. Année Mois Jour						
4. S'AGIT-IL D'UN ACCIDENT? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SI OUI, PRÉCISEZ: ACCIDENT DE TRAVAIL <input type="checkbox"/> DE VÉHICULE MOTEUR <input type="checkbox"/> AUTRE ACCIDENT <input type="checkbox"/>						
PRÉCISIONS SUR L'ACCIDENT: DATE DE L'ACCIDENT: Année Mois Jour À HEURE(S) AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>						
LIEU DE L'ACCIDENT: _____						
COMMENT: (Au besoin utiliser une feuille supplémentaire) _____						

5 AUTRES REVENUS						
RECEVEZ-VOUS DES PRESTATIONS D'INVALIDITÉ 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"/>	MONTANT _____ \$	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"/>	MONTANT _____ \$	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"/>	MONTANT _____ \$	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"/>	MONTANT _____ \$	HEBD. <input type="checkbox"/> MENS. <input type="checkbox"/>	À L'ÉTUDE <input type="checkbox"/>	

6 GRIEF						
VOTRE CESSATION D'EMPLOI (CONGÉDIEMENT) EST-ELLE CONTESTÉE PAR UN GRIEF SOUMIS À L'ARBITRAGE?						
<input type="checkbox"/> SI NON, <input type="checkbox"/> AUCUN CRÉDITS D'HEURES NE PEUT VOUS ÊTRE ACCORDÉS.						
<input type="checkbox"/> SI OUI, <input type="checkbox"/> VEUILLEZ NOUS SOUMETTRE AVEC VOTRE DEMANDE LES DOCUMENTS SUIVANTS:						
A) COPIE DU GRIEF SOUMIS À L'ARBITRAGE.						
B) COPIE DE LA SENTENCE ARBITRALE OU COPIE DU RÈGLEMENT HORS COUR. (SI L'UN OU L'AUTRE EST CONNU AU MOMENT DE LA DEMANDE)						
C) SI LES DOCUMENTS EN B) NE SONT PAS CONNUS, LE SALARIÉ ASSURÉ DEVRA DÉMONTRER À LA SATISFACTION DE LA CCQ LA FIN DES TRAVAUX EFFECTUÉS PAR L'EMPLOYEUR SUR CE CHANTIER EN FOURNISSANT UNE LETTRE DE CE DERNIER. CEPENDANT SI VOUS ÊTES UN SALARIÉ ASSURÉ VISÉ PAR L'ARTICLE 43 DU RÈGLEMENT SUR L'EMBAUCHÉ ET LA MOBILITÉ DES SALARIÉS DANS L'INDUSTRIE DE LA CONSTRUCTION À L'ÉGARD DE CET EMPLOYEUR, VOUS DEVREZ DÉMONTRER, PIÈCES JUSTIFICATIVES À L'APPUI, QUE CET EMPLOYEUR FOURNIT DU TRAVAIL DANS VOTRE MÉTIER OU VOTRE OCCUPATION.						

7 AUTORISATION DU SALARIÉ						
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 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 CRÉDITS D'HEURES 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 JEL'AUTORISE EXPRESSÉMENT.						
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			

IMPORTANT

EXPÉDIEZ VOTRE DÉCLARATION LE PLUS TÔT POSSIBLE À:



DIRECTION AVANTAGES SOCIAUX
SECTION ASSURANCE VIE ET SALAIRE
CASE POSTALE 1515
SUCCURSALE MONT-ROYAL
MONTRÉAL (QUÉBEC)
H3P 3H6

