

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.

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

● 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 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 VIE ET SALAIRE
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"/> SI OUI, HEURES QUOTIDIENNES DE TRAITEMENT : DE _____ 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	<small>(À compléter par le salarié)</small>
<small>(Écrire en lettres moulées)</small>			
NOM DE FAMILLE		PRÉNOM(S)	
NUMÉRO, RUE, APPARTEMENT		VILLE	
COMTÉ, PROVINCE		CODE POSTAL	ADRESSE PERMANENTE <input type="checkbox"/>
			ADRESSE TEMPORAIRE <input type="checkbox"/>
		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
		Année
		Mois
		Jour
		DERNIER JOUR DE PRÉSENCE AU TRAVAIL :

3		RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU TRAITEMENT
A- PREMIER JOUR DU TRAITEMENT :		
Année	Mois	Jour
B- VOTRE TRAITEMENT EST-IL TERMINÉ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> 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 PRERESTATIONS 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?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	MONTANTS _____ \$ HEBD. <input type="checkbox"/> MENS. <input type="checkbox"/> À L'ÉTUDE <input type="checkbox"/>
SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE-AUTOMOBILE DU QUÉBEC?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	MONTANTS _____ \$ HEBD. <input type="checkbox"/> MENS. <input type="checkbox"/> À L'ÉTUDE <input type="checkbox"/>
RÉGIE DES RENTES DU QUÉBEC?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	MONTANTS _____ \$ HEBD. <input type="checkbox"/> MENS. <input type="checkbox"/> À L'ÉTUDE <input type="checkbox"/>
RÉGIME DE PENSIONS DU CANADA?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	MONTANTS _____ \$ HEBD. <input type="checkbox"/> MENS. <input type="checkbox"/> À L'ÉTUDE <input type="checkbox"/>
RÉGIME DE RETRAITE DE L'INDUSTRIE DE LA CONSTRUCTION?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	MONTANTS _____ \$ HEBD. <input type="checkbox"/> MENS. <input type="checkbox"/> À L'ÉTUDE <input type="checkbox"/>
AUTRE RÉGIME INDIVIDUEL OU COLLECTIF D'ASSURANCE SALAIRE?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	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 <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		

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 MEME 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 J'EL'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.		
	Année	Mois
	Jour	
SIGNATURE DU SALARIÉ		

6		DÉCLARATION DE L'ASSURANCE-EMPLOI	<small>(Réservé à DRHC)</small>
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 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 <input type="checkbox"/>	3- DEMANDE RENOUVELÉE <input type="checkbox"/>	4- DATE EFFECTIVE DE LA DEMANDE POUR INCAPACITÉ :
Année	Mois	Jour	Année
Mois	Jour	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 <input type="checkbox"/>	B- GAINS REPORTÉS <input type="checkbox"/>	C- AUTRES <input type="checkbox"/> PRÉCISEZ :
7- PREMIÈRE SEMAINE PAYÉE OU PAYABLE EN PRESTATIONS-MALADIE POUR CETTE INCAPACITÉ :	Année	Mois	Jour
9- QUEL EST LE NOMBRE DE SEMAINES PAYABLES EN MALADIE POUR CETTE DEMANDE?	Année	Mois	Jour
10- SI NON ADMISSIBLE, RAISON :	Année	Mois	Jour
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 <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Année	Mois	Jour
	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) _____ ÂGE _____
OCCUPATION _____

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 mouluées)

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

OMNIPRATICIEN SPÉCIALISTE PRÉCISEZ : _____
SIGNATURE DU MÉDECIN _____ année mois jour NO DE PERMIS _____

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



**Commission
de la construction
du Québec**

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