



**SECTION 7 : Autorisation du salarié**

J'autorise toute personne donnant des services d'ordre médical, les établissements de santé, de même que les compagnies d'assurance, mon employeur actuel et mes ex-employeurs, la Commission de la santé et de la sécurité du travail, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, la Régie de l'assurance maladie du Québec, la Société d'assurance automobile du Québec, la Régie des rentes du Québec et Ressources humaines et développement social Canada à communiquer, par le biais de la déclaration ci-après ou autrement, à la Commission de la construction du Québec ou à ses représentants autorisés tous les renseignements nécessaires au traitement de la présente demande qui ont trait à mes prestations de travail et à toute invalidité, actuelle ou antérieure, incluant les renseignements médicaux relatifs à ces invalidités. Cette autorisation est valide pour la durée du traitement de ma demande et aussi longtemps que je recevrais des prestations de la CCQ.

Les renseignements ainsi transmis ne serviront qu'au traitement de la présente demande et seront accessibles aux seuls employés pour qui ces renseignements sont nécessaires à l'exercice de leurs fonctions.

Signature \_\_\_\_\_ Date           Numéro d'assurance sociale \_\_\_\_\_

REMPLISSEZ L'IDENTIFICATION DU SALARIÉ AU-DESSUS DES SECTIONS 9 ET 10.  
FAITES REMPLIR LA SECTION 8, 9 OU 10 PAR L'ORGANISME QUI VOUS INDEMNISE.

**SECTION 8 : Déclaration de la CSST/IVAC (ou organisme semblable d'une autre province ou état étranger)**

8.1 Numéro de dossier : \_\_\_\_\_ 8.2 Date de l'événement :

8.3 Date de récurrence, rechute ou aggravation :

8.4 Diagnostic(s) accepté(s) : \_\_\_\_\_  
Diagnostic(s) refusé(s) : \_\_\_\_\_

8.5 Période obligatoire de l'employeur : du           au

8.6 Périodes en assignation temporaire : du           au

du           au

8.7 Périodes indemnisées en consolidation médicale : du           au

du           au

8.8 Périodes indemnisées en réadaptation : du           au

du           au

8.9 S'il y a un délai entre la date de l'événement et la date du début des paiements, veuillez nous en préciser la raison (sauf s'il s'agit de la période obligatoire de l'employeur) : \_\_\_\_\_

8.10 Date de consolidation médicale :           Par :  MD traitant  BEM

8.11  Si la case est cochée, vous devez répondre à la question : un REM a-t-il été produit dans les 6 derniers mois?  
 Oui. Veuillez transmettre une copie à notre médecin désigné.  
 Non. Date prévue (si connue)

8.12 Date de capacité à effectuer son emploi :

8.13 Date de capacité à effectuer un emploi convenable :

8.14 Type d'emploi convenable établi : \_\_\_\_\_

8.15 Période en IRR complète à la suite d'un emploi convenable : du           au

8.16 Date du début de l'IRR réduite :           8.17 Montant de l'IRR réduite quotidienne : \_\_\_\_\_ \$

8.18 Y a-t-il une décision en attente dans ce dossier ?  Non  Oui ➔ depuis quelle date ?

Y a-t-il une contestation dans ce dossier ? (admissibilité, capacité à exercer son emploi, emploi convenable, droit à l'IRR)

Travailleur :  Non  Oui ➔ depuis quelle date ?

Employeur :  Non  Oui ➔ depuis quelle date ?

Quel est l'objet de la (ou des) contestation(s) ? \_\_\_\_\_

**Retrait préventif**

8.19 Numéro de dossier : \_\_\_\_\_ 8.20 Date de l'accouchement (ou date prévue) :

8.21 Période indemnisée suite à un retrait préventif : du           au

\_\_\_\_\_

**Nom en lettres majuscules du représentant CSST**

Signature du représentant CSST \_\_\_\_\_ Date           Ind. rég. Téléphone \_\_\_\_\_ poste \_\_\_\_\_

I  
M  
P  
O  
R  
T  
A  
N  
T

I  
M  
P  
O  
R  
T  
A  
N  
T



Veillez détacher cette partie

## Guide d'utilisation

**Vous devez soumettre votre demande de crédits d'heures au plus tard un an après la date du début de l'évènement.**

Vous êtes tenu de voir à ce que tous les renseignements fournis soient complets et exacts.

**Section 1 – Renseignements sur l'identité** Veuillez remplir les cases liées à votre identification.

**Section 2 – Type de demande de crédits d'heures** Vous devez cocher la case appropriée à votre situation et remplir la section reliée à votre sélection.

**Section 3 – Invalidité** Vous devez remplir cette section si vous demandez des crédits d'heures pour invalidité (accident ou maladie). Veuillez répondre à toutes les questions. Faire remplir la section 8, 9 ou 10 par l'organisme qui vous indemnise. Remplissez la section 6.

**Section 4 – Retrait préventif, congé de maternité, congé de paternité et congé parental** Vous devez remplir cette section si vous demandez des crédits d'heures pour un retrait préventif, pour un congé de maternité, congé de paternité ou congé parental. En plus, pour un retrait préventif, faire remplir la section 8 par la CSST. Remplissez la section 6.

Dans le cas d'un congé de maternité, d'un congé de paternité ou d'un congé parental payé par le Régime québécois d'assurance parentale (RQAP), vous n'avez pas à faire remplir le formulaire par cet organisme mais **vous devez joindre une copie de la décision ainsi que de l'état de calcul** que vous recevrez.

**Section 5 – Grief** Vous devez remplir cette section si vous contestez un congédiement par un grief présenté en arbitrage. Remplissez la section 6.

**Section 6 – Certification** Cette section doit être **obligatoirement signée et datée** pour certification des renseignements donnés. Remplissez la section 7.

**Section 7 – Autorisation** Cette section doit être **obligatoirement signée et datée**. Elle permet aux organismes visés de remplir la section du formulaire les concernant. Cette autorisation nous permet également d'obtenir, au besoin, des renseignements supplémentaires nécessaires à l'étude de votre demande. Remplissez l'identification du salarié au-dessus des sections 9 et 10.

**Faites remplir le formulaire par l'organisme qui vous indemnise**

**Section 8 – CSST** (accident de travail, maladie professionnelle, retrait préventif, IVAC)

**Section 9 – Assurance-emploi**

**Section 10 – SAAQ**

**Documents à joindre :**

**Congé de maternité / paternité / parental :**

- Copie de la décision du Régime québécois d'assurance parentale (RQAP) ainsi que de l'état de calcul

**Grief :**

- Copie du grief soumis à l'arbitrage
- Copie de la sentence arbitrale ou du règlement hors cour
- Lettre de l'employeur démontrant la fin des travaux sur le chantier

**Avez-vous pensé ?**

- **À remplir la déclaration du salarié aux sections appropriées à votre situation ?**
- **À signer et dater les sections 6 et 7 ?**
- **À faire remplir la section appropriée par l'organisme qui vous indemnise ?**
- **À joindre tous les documents demandés ?**

Pour en savoir plus ou pour obtenir les formulaires correspondant à votre situation, communiquez avec le Service à la clientèle de votre région ou au numéro sans frais 1 888 842-8282 ou visitez notre site internet [www.ccq.org](http://www.ccq.org). Vous pouvez également consulter le dépliant "Les protections d'assurance salaire et crédits d'heures".

**Veillez retourner le formulaire de demande de crédits d'heures à l'adresse suivante :**

Commission de la construction du Québec  
Section assurance vie et salaire  
Case postale 1515  
Succursale Mont-Royal  
Montréal (Québec) H3P 3H6

Détachez



