

## 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 1515  
SUCCURSALE MONT-ROYAL  
MONTRÉAL (QUÉBEC)  
H3P 3H6

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.

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

<b>2 IDENTIFICATION DU PATIENT SI AUTRE QUE LE SALARIÉ</b>		DATE DE NAISSANCE
NOM DE FAMILLE	PRÉNOM(S)	Année Mois Jour
<b>IMPORTANT</b> ► 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

<b>3 AUTORISATION</b>	
<b>IMPORTANT</b> ► 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

<b>4 DÉCLARATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b> (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

<b>PERSONNE RESPONSABLE À CONTACTER</b>	
NOM DE FAMILLE	PRÉNOM(S)
TITRE	N° DE TÉLÉPHONE
	Ind. rég.
<b>ATTENTION</b> ► POUR PAIEMENT DIRECT, VÉRIFIER AVEC LA COMMISSION DE LA CONSTRUCTION DU QUÉBEC (CCQ) SI LE SALARIÉ EST ADMISSIBLE. JOINDRE L'ORIGINAL DE VOTRE FACTURE.	

<b>5 DÉCLARATION DU MÉDECIN</b>	
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: _____
DIAGNOSTIC: _____	JOUEUR PATHOLOGIQUE <input type="checkbox"/>
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: _____	

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

**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 PRERSTATIONS 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  OUI  MONTANTS \_\_\_\_\_ \$ HEBD.  MENS.  À L'ÉTUDE

SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE-AUTOMOBILE DU QUÉBEC? \_\_\_\_\_ NON  OUI  MONTANTS \_\_\_\_\_ \$ HEBD.  MENS.  À L'ÉTUDE

RÉGIE DES RENTES DU QUÉBEC? \_\_\_\_\_ NON  OUI  MONTANTS \_\_\_\_\_ \$ HEBD.  MENS.  À L'ÉTUDE

RÉGIME DE PENSIONS DU CANADA? \_\_\_\_\_ NON  OUI  MONTANTS \_\_\_\_\_ \$ HEBD.  MENS.  À L'ÉTUDE

RÉGIME DE RETRAITE DE L'INDUSTRIE DE LA CONSTRUCTION? \_\_\_\_\_ NON  OUI  MONTANTS \_\_\_\_\_ \$ HEBD.  MENS.  À L'ÉTUDE

AUTRE RÉGIME INDIVIDUEL OU COLLECTIF D'ASSURANCE SALAIRE? \_\_\_\_\_ NON  OUI  MONTANTS \_\_\_\_\_ \$ HEBD.  MENS.  À L'ÉTUDE

**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 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** (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 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  3- DEMANDE RENOUVELÉE  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) \_\_\_\_\_ 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 CONFÉ 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 \_\_\_\_\_  
OMNIPRATICIEN  SPÉCIALISTE  PRÉCISEZ: \_\_\_\_\_ CODE POSTAL \_\_\_\_\_  
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 1515  
SUCCURSALE MONT-ROYAL  
MONTRÉAL (QUÉBEC)  
H3P 3H6