



Voir guide d'utilisation à la dernière page.

SECTION 1 : Renseignements sur l'identité

Nom de famille		Prénom	
Numéro, rue, appartement		Date de naissance	Numéro d'assurance sociale
Ville, village ou municipalité		Province	Code postal Ind. rég. Téléphone

SECTION 2 : Type de demande de crédits d'heures

- 2.1 Invalidité (accident ou maladie). **Remplissez la section 3.**
- 2.2 Retrait préventif, congé de maternité, congé de paternité et congé parental. **Remplissez la section 4.**
- 2.3 Grief soumis à l'arbitrage. **Remplissez la section 5.**
- 2.4 Prestations de compassion ou prestations spéciales pour parents d'enfants gravement malades. **Remplissez la section 6.**

SECTION 3 : Invalidité

3.1 Dernier jour de présence au travail : A M J

3.2 Premier jour d'invalidité : A M J

3.3 Votre invalidité est-elle terminée ? Non Oui → à quelle date ? A M J

3.4 S'agit-il d'un accident ? Non Oui précisez : accident de travail véhicule moteur autre accident

Date de l'accident : A M J Description :

3.5 **Pour chaque organisme**, répondez à la question par « oui » ou « non ». Si oui, indiquez le statut de votre demande.

Avez-vous déposé une demande auprès de :	déposée	acceptée	refusée	à l'étude	contestée
Commission de la santé et sécurité du travail (CSST)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	→ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	→ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurance-emploi	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	→ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	→ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remplissez la section 6

SECTION 4 : Retrait préventif, congé de maternité, congé de paternité et congé parental

4.1 Dernier jour de présence au travail : A M J

4.2 Premier jour d'arrêt de travail pour retrait préventif : A M J

4.3 Date de l'accouchement (ou date prévue) : A M J

4.4 Date de retour au travail (ou date prévue) : A M J

Si vous recevez des prestations du Régime québécois d'assurance parentale (RQAP), vous devez joindre une copie de la décision ainsi que de l'état de calcul que vous recevrez de cet organisme.

Remplissez la section 6

SECTION 5 : Grief soumis à l'arbitrage

Votre cessation d'emploi (congédiement) est-elle contestée par un grief soumis à l'arbitrage ? Oui Non

Si oui, voir documents à joindre au guide d'utilisation.

Si non, vous n'avez pas droit à des crédits d'heures.

Remplissez la section 6

SECTION 6 : Certification

Je certifie l'exactitude de tous les renseignements donnés à l'appui de ma demande de crédits d'heures.

Signature du salarié A M J Date

Remplissez la section 7 (verso)

I
M
P
O
R
T
A
N
T

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) ? _____

Avez-vous pensé à signer et dater votre déclaration?

Retrait préventif

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

8.21 Période obligatoire de l'employeur : du au

8.22 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

Identification du salarié

Nom de famille et prénom

Numéro d'assurance sociale

L'autorisation du salarié se retrouve à la section 7.

SECTION 10 : Déclaration de la SAAQ (ou organisme semblable d'une autre province ou état étranger)

10.1 Numéro de réclamation : _____

10.2 Date de l'accident : _____ A _____ M _____ J _____

10.3 Date de récurrence, rechute ou aggravation : _____ A _____ M _____ J _____

10.4 Diagnostic(s) accepté(s) : _____

Diagnostic(s) refusé(s) : _____

10.5 Période exclue (ex.: 180 jours) du _____ A _____ M _____ J _____ au _____ A _____ M _____ J _____

Raison : _____

10.6 Délai de carence 7 jours : du _____ A _____ M _____ J _____ au _____ A _____ M _____ J _____

10.7 Périodes indemnisées pour invalidité : du _____ A _____ M _____ J _____ au _____ A _____ M _____ J _____

du _____ A _____ M _____ J _____ au _____ A _____ M _____ J _____

10.8 Date de capacité à reprendre son emploi : _____ A _____ M _____ J _____

10.9 Date de capacité à effectuer un autre emploi : _____ A _____ M _____ J _____

10.10 Y a-t-il une demande en attente de décision ? Non Oui ➔ depuis quelle date ? _____ A _____ M _____ J _____

10.11 Y a-t-il une décision en contestation ? Non Oui ➔ depuis quelle date ? _____ A _____ M _____ J _____

Si oui, quel est l'objet de la (ou des) contestation(s) ? _____

Nom en lettres majuscules du représentant SAAQ

Signature du représentant SAAQ

Date

_____ A _____ M _____ J _____

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. 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 invalidité
Case postale 2515
Succursale Youville
Montréal (Québec) H2P 0A7

Détachez