

DÉCLARATION DE L'ASSURÉ

1. IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ

N° de client à la CCQ ou n° d'assurance sociale		Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	
Nom		Prénom	
N°	Rue	N° d'appartement	
Ville		Province	Code postal
<input type="checkbox"/> Adresse permanente	<input type="checkbox"/> Adresse temporaire	Numéro de téléphone	Numéro de cellulaire

2. RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURANCE-EMPLOI

Êtes-vous ou avez-vous été admissible à des prestations de maladie de l'assurance-emploi durant votre thérapie ? Oui Non

IMPORTANT – Si vous demandez de l'assurance salaire, les pièces justificatives d'acceptation ou de refus de l'assurance-emploi sont obligatoires. Sinon, votre demande sera traitée pour les crédits d'heures seulement. Voir le guide à l'annexe 1.

3. RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU TRAITEMENT

3.1 Quel est le type de thérapie ? Alcoolisme Toxicomanie Jeu compulsif Dépression majeure Comportement violent

3.2 La thérapie est-elle ordonnée par un jugement d'un tribunal ? Oui Non
Si oui, joignez une copie du jugement ou de l'engagement

3.3 Quelle est la date de début de la thérapie (AAAA-MM-JJ) ?

3.4 La thérapie est-elle terminée ? Oui Non
Si non, quelle est la date de fin prévue (AAAA-MM-JJ)

3.5 Nom de l'établissement

4. AUTRES REVENUS

IMPORTANT – Vous devez remplir cette section au complet et fournir les documents demandés, s'il y a lieu.

4.1 Recevez-vous des prestations ou avez-vous présenté une demande auprès de :

4.1.1 RQ – Retraite Québec (rente d'invalidité ou de retraite)	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> À l'étude <input type="checkbox"/> Acceptée <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/> Contestée
4.1.2 Tout autre assureur que MÉDIC Construction, que ce soit une assurance privée ou collective	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> À l'étude <input type="checkbox"/> Acceptée <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/> Contestée
4.1.3 IVAC – Indemnisation des victimes d'actes criminels	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> À l'étude <input type="checkbox"/> Acceptée <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/> Contestée
4.1.4 RQAP – Régime québécois d'assurance parentale	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> À l'étude <input type="checkbox"/> Acceptée <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/> Contestée
4.1.5 Recevez-vous des indemnités pleines ou réduites de la CNESST ou de la SAAQ?	<input type="checkbox"/> Oui ¹ <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> À l'étude <input type="checkbox"/> Acceptée <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/> Contestée

4.1.6 Avez-vous des revenus d'entreprise, que ce soit en construction ou dans tout autre domaine ? Oui Non

¹ Si vous avez répondu « Oui », veuillez inclure une copie de :

- 4.1.1 RQ – Retraite Québec : Avis d'acceptation indiquant le montant du premier paiement (montant initial) ou lettre de refus. Si vous ne l'avez plus, demandez-le à RQ.
- 4.1.2 Autre assureur que MÉDIC Construction : Lettre de confirmation des montants de prestations versées, lettre de refus ou lettre confirmant une demande à l'étude.
- 4.1.3 IVAC – Indemnisation des victimes d'actes criminels : Relevé de paiement ou lettre de refus.
- 4.1.4 RQAP – Régime québécois d'assurance parentale : Décision et état de calcul.
- 4.1.5 CNESST ou SAAQ – Joignez une copie d'un relevé de paiement.

Veuillez prendre note que si vous êtes retraité, les revenus provenant de votre rente de retraite de l'industrie de la construction peuvent également affecter le montant de votre indemnité d'assurance salaire. Vous n'avez pas à les inscrire puisque nous avons déjà ces renseignements à votre dossier.

5. CERTIFICATION

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

Signature de l'assuré

Date (AAAA-MM-JJ)

6. AUTORISATION

IMPORTANT : Lisez attentivement l'autorisation ci-dessous, inscrivez vos prénom et nom en lettres moulées, et signez et datez à l'endroit indiqué.

Pour que la Commission de la construction du Québec (CCQ) dispose de tous les renseignements nécessaires à l'étude de ma demande d'assurance salaire et de crédits d'heures,

je (prénom et nom en lettres moulées), _____,

autorise tout médecin, professionnel de la santé et établissement de santé ou de services sociaux, Retraite Québec, le Régime de pensions du Canada, la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), la Direction de l'indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC), la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ), mes employeurs ainsi que les administrateurs de régimes d'assurance invalidité à communiquer à la CCQ les renseignements médicaux, psychosociaux et administratifs me concernant nécessaires au traitement de ma demande d'assurance salaire et de crédits d'heures.

J'autorise aussi Service Canada, institution fédérale qui fait partie d'Emploi et Développement social Canada (EDSC), à fournir à la CCQ tous les renseignements relatifs à mes demandes d'assurance-emploi nécessaires au règlement de ma demande d'assurance salaire et de crédits d'heures.

Les renseignements ainsi transmis ne serviront qu'au traitement de ma demande d'assurance salaire et de crédits d'heures, et seront accessibles aux seules personnes pour qui ces renseignements sont nécessaires dans l'exercice de leur fonction ou mandat. Toutefois, ils pourront être divulgués à d'autres personnes si la loi l'exige ou l'autorise.

À moins d'une révocation de ma part, la présente autorisation demeure en vigueur tant que durera le traitement de ma demande d'assurance salaire et de crédits d'heures et son suivi.

Signature

Date (AAAA-MM-JJ)

DÉCLARATION DE L'ÉTABLISSEMENT

7. RENSEIGNEMENTS SUR LA THÉRAPIE

7.1 Nom du patient	Prénom du patient
7.2 Quel est le type de thérapie ? <input type="checkbox"/> Alcoolisme <input type="checkbox"/> Toxicomanie <input type="checkbox"/> Jeu compulsif <input type="checkbox"/> Dépression majeure <input type="checkbox"/> Comportement violent	
7.3 S'agit-il d'un traitement : <input type="checkbox"/> Thérapie fermée <input type="checkbox"/> Rencontres (Jour/soir)	7.4 La thérapie est-elle ordonnée par un jugement d'un tribunal ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, joignez une copie du jugement ou de l'engagement.
7.5 Quelle est la date de début de la thérapie (AAAA-MM-JJ) ?	7.6 Quelle est la date de fin prévue (AAAA-MM-JJ)* ?

Nous confirmons la présence de cette personne depuis le début de la thérapie jusqu'au (AAAA-MM-JJ) : _____

* Si la thérapie n'est pas terminée, une confirmation de présence hebdomadaire devra nous être envoyée par télécopieur au 514-736-6703 à l'attention de la Section assurance invalidité, Direction des avantages sociaux.

8. IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Nom de l'établissement				
N°	Rue	Ville	Province	Code postal
Nom de la personne autorisée de l'établissement (en lettre moulées)		Titre	N° de téléphone	
Signature			Date (AAAA-MM-JJ)	

Veuillez retourner ce formulaire ainsi que les pièces justificatives à l'adresse ci-dessous.

Commission de la construction du Québec

Section assurance invalidité

Case postale 2515, succursale Chabanel

Montréal (Québec) H2N 0C7

Ou présentez-vous à votre bureau régional pour déposer vos documents.

GUIDE DE L'ASSURÉ

Vous utilisez le bon formulaire si vous demandez des indemnités d'assurance salaire et/ou des crédits d'heures durant une thérapie fermée pour alcoolisme, toxicomanie, jeu compulsif, dépression majeure ou comportement violent.

L'établissement où la thérapie est effectuée doit être spécialisé et reconnu dans le traitement de l'alcoolisme, de la toxicomanie, du jeu compulsif, de la dépression majeure ou pour comportement violent par la CCQ.

A. CRÉDITS D'HEURES

Pour demander des crédits d'heures d'invalidité durant la thérapie :

1. Remplissez les blocs 1 à 6 de la *Déclaration de l'assuré*.
2. Faites remplir les blocs 7 et 8 de la *Déclaration de l'établissement* par une personne autorisée de l'établissement où vous avez séjourné.

B. ASSURANCE SALAIRE

Le régime public d'assurance-emploi, administré par Emploi et Développement social Canada, est le premier payeur en cas d'invalidité. Avant d'être admissible aux indemnités du régime d'assurance salaire de MÉDIC Construction, vous devez épuiser toutes les prestations de maladie de l'assurance-emploi auxquelles vous pourriez avoir droit. *Si vous êtes un employeur non visé par la Loi sur l'assurance-emploi, vous n'avez pas à déposer de demande d'assurance-emploi.*

Si vous avez reçu des prestations d'assurance-emploi durant toute la durée de votre thérapie, vous ne pouvez recevoir d'indemnités d'assurance salaire de MÉDIC Construction. Toutefois, la période d'attente de l'assurance-emploi pourrait être payable par MÉDIC si vous y êtes admissible.

Pour demander des indemnités d'assurance salaire de MÉDIC Construction :

1. Déposez une demande de prestations de maladie de l'assurance-emploi et fournissez les pièces justificatives (Voir la procédure à suivre à l'annexe 1 - Le régime public d'assurance-emploi au verso).
2. Remplissez les blocs 1 à 6 de la *Déclaration de l'assuré*.
3. Faites remplir les blocs 7 et 8 de la *Déclaration de l'établissement* par une personne autorisée de l'établissement où vous avez séjourné. Toute demande reçue sans pièce justificative de l'assurance-emploi sera traitée pour les crédits d'heures seulement.

C. REMBOURSEMENT DE FRAIS DE THÉRAPIE - AUTRE FORMULAIRE À REMPLIR

Pour demander le remboursement de frais de thérapie, vous devez utiliser le formulaire *Demande de remboursement de frais de thérapie (13)* que vous pouvez obtenir au ccq.org à la section Formulaires. Soyez attentif : l'adresse d'envoi du formulaire 13 diffère de l'adresse d'envoi du formulaire 14.

D. DÉPÔT DIRECT

En adhérant au service de dépôt direct, les paiements suivants seront versés automatiquement dans votre compte bancaire :

- Assurance salaire;
- Remboursements de réclamations d'assurance maladie et dentaire;
- Prestations forfaitaires de retraite.
- Congés payés;
- Rentes mensuelles de retraite;

Pour vous inscrire, accédez à votre dossier dans les services en ligne de la CCQ, au sel.cq.org, dans la section « Dépôt direct ».

E. POUR OBTENIR PLUS DE RENSEIGNEMENTS

- Par Internet : ccq.org
- Par téléphone – Service à la clientèle de la CCQ : 1 888 842-8282
- Ligne téléphonique dédiée aux employeurs : 1 877 973-5383
- Ligne Construire en santé : 1 800 807-2433 24h/24, 7 jours/7, sans frais

Postez la *Demande d'assurance salaire de courte durée et de crédits d'heures durant la thérapie (14)* et les pièces justificatives d'assurance-emploi à l'adresse suivante :

Commission de la construction du Québec
Section assurance invalidité
Case postale 2515, succursale Chabanel
Montréal (Québec) H2N 0C7
Ou présentez-vous à votre bureau régional pour déposer vos documents.

ANNEXE 1 - LE RÉGIME PUBLIC D'ASSURANCE-EMPLOI

Comment déposer une demande de prestations de maladie de l'assurance-emploi et obtenir les pièces justificatives

1. Rendez-vous à Canada.ca et déposez votre demande de prestations de maladie de l'assurance-emploi en ligne. Assurez-vous d'inscrire la date de début de votre thérapie.
2. Suite à la réception de votre code d'accès de Service Canada, allez à Canada.ca et inscrivez-vous à « Mon dossier Service Canada ».
3. Lorsque votre demande de prestations de maladie de l'assurance-emploi aura été traitée, c'est-à-dire lorsque vous aurez reçu au moins un paiement ou une lettre de refus, joignez les pièces justificatives selon votre situation, comme suit :

Votre situation	Ce que vous devez faire
Si votre demande d'assurance-emploi est à l'étude	Attendez de recevoir une réponse de Service Canada car vous devez joindre toutes les pièces justificatives d'assurance-emploi nécessaires au traitement de votre demande d'assurance salaire. À défaut de suivre cette indication, votre demande sera traitée pour les crédits d'heures seulement.
Si votre demande d'assurance-emploi est acceptée	Accédez à « Mon dossier Service Canada », sélectionnez le sujet « Assurance-emploi » du menu « Visualiser/Modifier » au bas de la page d'accueil. Imprimez les deux documents suivants et les joindre à votre demande : <ul style="list-style-type: none">• Ma dernière demande• Mes paiements
Si vous avez reçu des prestations de maladie de l'assurance-emploi pour deux demandes consécutives	Accédez à « Mon dossier Service Canada », sélectionnez le sujet « Assurance-emploi » du menu « Visualiser/Modifier » au bas de la page d'accueil. Imprimez les trois documents suivants et les joindre à votre demande : <ul style="list-style-type: none">• Ma dernière demande• Mes paiements• Détails de ma demande antérieure (affichez vos paiements de demande antérieure)
Si votre demande d'assurance-emploi a été refusée	Joignez à votre demande : <ul style="list-style-type: none">• Une copie de la lettre de refus que vous avez reçue ou que recevrez par la poste.
Si une première demande d'assurance-emploi a été acceptée et une deuxième refusée	Accédez à « Mon dossier Service Canada », sélectionnez le sujet « Assurance-emploi » du menu « Visualiser/Modifier » au bas de la page d'accueil. Imprimez le document suivant et joignez-le à votre demande : <ul style="list-style-type: none">• Détails de ma demande antérieure (affichez vos paiements de demande antérieure) (première demande) De plus, joignez à votre demande : <ul style="list-style-type: none">• Une copie de la lettre de refus que vous avez reçue ou que vous recevrez par la poste (deuxième demande)

IMPORTANT : Assurez-vous que le logo officiel du Gouvernement du Canada ou de Service Canada ainsi que votre nom apparaissent sur chaque document et inscrivez-y votre numéro de client CCQ ou votre NAS. Notez que les autres documents disponibles sur « Mon Dossier Service Canada » ne remplacent pas ceux demandés ci-dessus.

Pour obtenir de l'aide en lien avec votre demande d'assurance-emploi, consultez Canada.ca ou communiquez avec le service à la clientèle de Service Canada au 1 800 808-6352 ou présentez-vous à un Centre Service Canada.