

1. IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ	
Nom	Prénom
Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	N° de client à la CCQ
Date de l'événement (AAAA-MM-JJ)	N° de dossier CNESST

2. ATTESTATION DE LA CNESST QU'UNE DEMANDE EST À L'ÉTUDE		
Par la présente, nous certifions que le dossier numéro _____ de la personne ci-haut mentionnée est actuellement à l'étude depuis le (AAAA-MM-JJ) : _____ .		
Nom en lettres majuscules du représentant CNESST	N° de téléphone	Poste
Signature du représentant CNESST	Date (AAAA-MM-JJ)	

3. DÉCLARATION DU BÉNÉFICIAIRE	
<p>J'autorise par la présente la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) à verser directement à la Commission de la construction du Québec (CCQ), toute indemnité payable de remplacement du revenu qui me serait due jusqu'à ce que les avances d'indemnités qui me sont consenties par la CCQ aient été remboursées au complet.</p> <p>Également, j'autorise la CNESST et la CCQ à échanger les renseignements et les documents concernant les périodes et les montants d'indemnité de remplacement du revenu versés par la CNESST ainsi que les périodes et les montants d'indemnités d'assurance salaire versés par la CCQ dans le cadre de ce dossier d'avances d'indemnités sans intérêt.</p> <p>Je m'engage en outre à rembourser toute portion de ces avances qui ne seraient pas remboursées par la CNESST si cette dernière omet de rembourser la CCQ suite à une décision rendue en ma faveur.</p> <p>De plus, je m'engage à transmettre à la CCQ une copie de la décision finale ou de toute entente de règlement.</p> <p>Je fais cette déclaration de bonne foi, la croyant consciencieusement vraie.</p>	
Signature	Date (AAAA-MM-JJ)



**COMMISSION
DE LA CONSTRUCTION
DU QUÉBEC**

Veillez 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.

AVANCES D'INDEMNITÉS SANS INTÉRÊT CNESST

GUIDE DE L'ASSURÉ

En plus de ce formulaire, vous devez vous procurer les formulaires suivants :

- **Demande d'assurance salaire de courte durée et de crédits d'heures (11)**
 - Suivez toutes les étapes indiquées
 - Fournissez toutes les pièces justificatives demandées
- **Autorisation de divulgation de renseignements**

Comment remplir le formulaire « Avances d'indemnités sans intérêt CNESST »

Section 1 – Identification de l'assuré

Tous les champs de cette section doivent être remplis pour faciliter votre identification

Section 2 – Attestation de la CNESST concernant une demande à l'étude

Cette section doit être remplie par un agent autorisé de la CNESST si votre demande est toujours à l'étude ou fournir une lettre de la CNESST qui confirme votre demande à l'étude.

Section 3 – Déclaration du bénéficiaire

En signant la déclaration du bénéficiaire, vous vous engagez à nous rembourser les avances d'indemnités advenant que vous gagniez votre contestation auprès de la CNESST et vous autorisez la CCQ et la CNESST à échanger des renseignements et documents concernant les périodes ainsi que les paiements effectués.

- Lisez attentivement le texte de cette déclaration
- Signez et datez la déclaration du bénéficiaire

Les documents suivants doivent être envoyés à la CCQ avec votre demande :

- Formulaire 11 « Demande d'assurance salaire de courte durée et de crédits d'heures » et toutes les pièces justificatives demandées
- Formulaire « Avances d'indemnités sans intérêt CNESST »
- Formulaire « Autorisation de divulgation de renseignements »
- Copie de la lettre de refus de la CNESST pour cette invalidité
- Copie de votre lettre de contestation adressée à la CNESST

S'il y a lieu :

- Copie de la lettre de la CNESST concernant une demande à l'étude
- Copie de la décision de la Direction de la révision administrative (DRA)
- Copie de la lettre de contestation adressée à la DRA
- Copie de l'avis du Tribunal administratif du travail (TAT) concernant votre date d'audience

Postez le tout 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.

1. IDENTIFICATION

Nom	Prénom
N° de client à la CCQ ou n° d'assurance sociale	

2. AUTORISATION

Je, soussignée(e), (Nom et prénom) _____ ,
résidant au (adresse complète) _____
autorise la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) à communiquer à la Commission de la construction du Québec (CCQ) les décisions, les documents et renseignements, incluant les données médicales et de réadaptation physique contenus dans mon dossier CNESST numéro _____. De ce fait, je dégage la CNESST de toute responsabilité eu égard aux communications de renseignements personnels faites en vertu de la présente.

Je comprends que cette communication est nécessaire à l'évaluation de ma réclamation d'assurance invalidité et que l'information transmise à la CCQ ne pourra être utilisée qu'à cette fin.

Cette autorisation est valide pour la durée de l'examen de ma demande ou aussi longtemps que je recevrai des prestations de la CCQ.

Signature _____ En foi de quoi, j'ai signé le (AAAA-MM-JJ) _____ Dans la ville de _____



**COMMISSION
DE LA CONSTRUCTION
DU QUÉBEC**

Veillez retourner ce formulaire à l'adresse ci-dessous :
Commission de la construction du Québec
Section assurance invalidité
Case postale 2515, succursale Chabanel
Montréal (Québec) H2N 0C7