



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 pour proches aidants d'enfants ou d'adultes. **Remplissez la section 6.**
- 2.5  Soutien du revenu pour les parents d'enfants assassinés ou disparus. **Remplissez la section 6.**

**SECTION 3 : Invalidité**

3.1 Dernier jour de présence au travail :      3.2 Premier jour d'invalidité :

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

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

Date de l'accident :      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 des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST)	<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 :

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

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

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

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  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 des normes, de l'équité, 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, Retraite Québec et Emploi 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 \_\_\_\_\_

REMPLEZ 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 CNESST/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 CNESST**

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

**Identification du salarié**

Nom de famille et prénom

Numéro d'assurance sociale

\_\_\_\_\_

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

**SECTION 9 : Déclaration de l'assurance-emploi**

**Partie A : Invalidité**

9.1  Demande initiale  Demande renouvelée

9.2 Date du début de l'invalidité ? \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ J \_\_\_\_\_

9.3 Le prestataire est-il admissible à des prestations maladie ?

Oui, indiquez la date d'admissibilité : \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ J \_\_\_\_\_

Non, pourquoi ? \_\_\_\_\_

9.4 S'il y a un délai entre l'admissibilité et le début de l'invalidité, pourquoi ?

déposée en retard  gains reportés  demande subséquente  autre → Précisez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9.5 Le prestataire est-il admissible à 15 semaines en prestations maladie ?  Non  Oui

Si non, indiquez le nombre maximum de semaines admissibles en prestations maladie ? \_\_\_\_\_

9.6 Si le prestataire ne reçoit pas 15 semaines en prestations maladie, pourquoi ?

Manque certificat médical  Retour au travail  Maximum atteint sur demande renouvelée.

Autre → Précisez : \_\_\_\_\_

9.7 Délai de carence : Semaine 1 \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ J \_\_\_\_\_

9.8 Début des prestations maladie payées ou payables \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ J \_\_\_\_\_

9.9 Jusqu'à quelle date est-il admissible à des prestations maladie pour cette demande ? \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ J \_\_\_\_\_

9.10 Une fois les prestations maladie épuisées, est-il admissible à une demande subséquente en maladie ?

Oui  Non → Raisons : \_\_\_\_\_

9.11 S'il s'agit d'une demande renouvelée, recevait-il des prestations pour cette demande avant la date du début des

prestations maladie ?  Non  Oui → période du \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ J \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ J \_\_\_\_\_

**Partie B : Congé parental, maternité, compassion, proches aidants d'enfants ou d'adultes**

9.12  Demande initiale  Demande renouvelée

9.13 Date du début du congé ? \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ J \_\_\_\_\_

9.14 Le prestataire est-il admissible à des prestations ?

Oui, indiquez la date d'admissibilité : \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ J \_\_\_\_\_

Non, pourquoi ? \_\_\_\_\_

9.15 Délai de carence : Semaine 1 \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ J \_\_\_\_\_

9.16 Période des prestations de compassion payables : du \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ J \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ J \_\_\_\_\_

9.17 Période des prestations pour proches aidants

Enfants  Adultes du \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ J \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ J \_\_\_\_\_

9.18 Période des prestations de maternité payables :

du \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ J \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ J \_\_\_\_\_

9.19 Période des prestations parentales payables :

du \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ J \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ J \_\_\_\_\_

**Nom en lettres majuscules du représentant de l'assurance-emploi**

\_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ J \_\_\_\_\_ Ind. rég. Téléphone \_\_\_\_\_ poste \_\_\_\_\_

Signature du représentant

Date

Ind. rég.

Téléphone

poste

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 CNESST. 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 – CNESST** (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

**Soutien du revenu pour les parents d'enfants assassinés ou disparus :**

- Copie de la décision confirmant la période où des paiements ont été versés

**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 invalidité  
Case postale 2515  
Succursale Chabanel  
Montréal (Québec) H2N 0C7

Détachez

**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 récidence, 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