



1 IDENTIFICATION (Écrire en lettres moulées)		
NOM	PRÉNOM	NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE
DATE DE L'ACCIDENT AN MOIS JOUR	DATE DE LA DEMANDE AN MOIS JOUR	

2 FAIRE REMPLIR PAR LA COMMISSION DES NORMES, DE L'ÉQUITÉ, DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL (CNESST) OU JOINDRE LETTRE DE LA CNESST		
NOUS CERTIFIONS PAR LA PRÉSENTE QUE LE DOSSIER NUMÉRO _____ DE LA PERSONNE CI-HAUT MENTIONNÉE EST ACTUELLEMENT:		
<input type="checkbox"/> EN RÉVISION DEPUIS LE: _____ AN MOIS JOUR	<input type="checkbox"/> À L'ÉTUDE DEPUIS LE: _____ AN MOIS JOUR	
NOM DU REPRÉSENTANT DE LA CNESST	NO DE TÉLÉPHONE (Ind. régional)	
ADRESSE DU BUREAU		
LES AVANCES SUBSÉQUENTES, S'IL Y A LIEU, VOUS SERONT CONFIRMÉES PAR LETTRE	SIGNATURE (Représentant de la CNESST)	DATE DE LA DEMANDE AN MOIS JOUR

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> <p>J'AI SIGNÉ À _____ CE _____ JOUR DE _____ 20 _____</p> <p style="margin-left: 150px;">VILLE</p> <p>SIGNATURE : _____</p>

## GUIDE D'UTILISATION

1. Remplir la section « Identification »
2. Si votre demande auprès de la CNESST est toujours à l'étude, demandez à une personne autorisée de la CNESST de remplir la section 2 du formulaire ou joindre copie d'une lettre confirmant votre demande à l'étude

Si une décision a été rendue, joindre les documents suivants :

- Copie de la lettre de refus de la CNESST
- Copie de votre lettre de contestation
- S'il y a lieu, copie de la décision de la Direction de la révision administrative et de la contestation de cette décision
- Si une date d'audition a été fixée au Tribunal administratif du travail (TAT), joindre une copie de la convocation

3. Section « Déclaration du bénéficiaire »

- Lire attentivement le texte de cette déclaration
- Signer et dater la déclaration du bénéficiaire

4. Les sections du formulaire « Demande de prestations d'assurance salaire de courte durée » qui comprend la « Déclaration de l'assurance-emploi (11A), la Déclaration du salarié et la Déclaration du médecin traitant (11B) » doivent être dûment remplies et signées par les personnes concernées.

- Remplir cette demande suivant les indications fournies sur la demande (11A-B)

N.B. Les montants prêtés pourront être équivalents aux indemnités prévues au Règlement sur les régimes complémentaires d'avantages sociaux dans l'industrie de la construction.

Retourner ce formulaire à l'adresse suivante :

**Commission de la construction du Québec**  
**Direction des avantages sociaux**  
**Section assurance invalidité**  
Case postale 2515 Succursale Youville  
Montréal (Québec)  
H2P 0A7



Commission  
de la construction  
du Québec

## AUTORISATION DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS

(À remplir sur demande de la CCQ seulement)

NOM : \_\_\_\_\_

N.A.S. : \_\_\_\_\_

Je, soussignée(e), \_\_\_\_\_ 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 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.

Signé à : \_\_\_\_\_ (ville)

Le : \_\_\_\_\_ (date)

Signature : \_\_\_\_\_

Veuillez retourner ce document à l'adresse suivante :

**Commission de la construction du Québec**  
**Section assurance vie et salaire**  
Case postale 2515  
Succursale Youville  
Montréal (Québec)  
H2P 0A7