



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 :       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)**





**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** \_\_\_\_\_ **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** Veillez 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). Veillez 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

**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 Youville  
Montréal (Québec) H2P 0A7

Détachez