



(Veuillez écrire clairement à l'encre)

À REMPLIR PAR L'EMPLOYÉ

Nom de l'employé _____ Numéro de téléphone _____
(Nom de famille en premier, en entier)Adresse _____ | | | | | |
(Numéro et nom de la rue) (Numéro d'app.) (Ville) (Province) (Code Postal)Date de naissance : | | | | | | | | | | Langue : ____ E ____ F ____ Autre sexe : ____ M ____ F
Jour Mois Année

Cochez UN : Main gauche dominante ____ ou main droite dominante ____ ou ambidextre ____

Avez-vous été hospitalisé? Oui ____ NON ____

Si OUI, nom de l'hôpital/institution _____ de | | | | | | | | | | à | | | | | | | | | |

Demandez-vous ou recevez-vous d'autres prestations d'invalidité, de perte de salaire et/ou de retraite (p. ex. WSIB, RPC/RRQ, assurance automobile, autre) ?
 Oui Non

Travaillez-vous ou faites-vous du bénévolat à quelque titre que ce soit ?

 Oui Non

Recevez-vous un salaire d'une quelconque source ?

 Oui Non

Suivez-vous un cours, un programme ou un établissement d'enseignement ?

 Oui Non

Si vous avez répondu oui à l'une des questions ci-dessus, veuillez fournir des détails sur ces éléments sur une page séparée et inclure tous les documents de confirmation, numéros de réclamation, etc.

Si un accident a causé votre invalidité, indiquez la date | | | | | | | | | | , OÙ et QUOI s'est-il passé : Jour Mois Année

AUTORISATION _____

Je, _____, autorise par la présente (Nom du médecin, de l'hôpital, de la clinique ou de tout autre prestataire ou établissement médical ou de soins de santé) _____, à divulguer à Acclaim Ability Management (« Acclaim ») ou à ses représentants ou agents, tous les renseignements ou dossiers médicaux, professionnels ou d'emploi concernant ma demande de prestations d'invalidité de courte durée (« prestations d'invalidité de courte durée », y compris tout appel que je pourrais introduire) et aux fins de l'évaluation, de l'administration et de la gestion par Acclaim au nom de mon employeur en ce qui concerne mon absence médicale du travail, y compris l'évaluation de ma capacité à retourner au travail et de mon besoin potentiel d'adaptation. Je reconnais en outre être informé que l'obligation de payer les prestations d'invalidité de courte durée relève de la seule responsabilité de mon employeur. J'autorise en outre Acclaim ou ses représentants ou agents à divulguer toute information obtenue dans le cadre de ma demande d'indemnisation pour invalidité de courte durée à tout médecin, clinique ou tout autre prestataire ou établissement médical ou de soins de santé à ces fins. Je comprends que mon refus ou le retrait de mon consentement peut retarder la fourniture ou entraîner le rejet de ma demande d'indemnisation pour invalidité de courte durée. Je déclare que les renseignements fournis dans la présente autorisation et toute déclaration faite lors de tout entretien personnel ou téléphonique concernant ma demande d'indemnité d'invalidité de courte durée sont/seront véridiques, complets et exacts. Si je décide d'intenter une action en justice concernant ma demande d'indemnité d'invalidité de courte durée ou toute question découlant de la prestation par Acclaim des services décrits dans la présente autorisation, je reconnais et accepte que mon seul recours soit dirigé contre mon employeur et que je n'ai aucun recours contre Acclaim. Si je ne retourne pas au travail et que je soumetts une demande d'indemnité d'invalidité de longue durée (« ILD ») à Desjardins, je comprends et j'autorise que tous les documents contenus dans mon dossier d'indemnité d'invalidité de longue durée et pertinents à celui-ci soient divulgués à Desjardins et fassent partie de mon dossier d'invalidité de longue durée. Je reconnais que les services fournis par Acclaim ne sauraient en aucun cas être interprétés comme une reconnaissance de responsabilité de la part de Desjardins ni comme une acceptation d'une demande d'indemnité d'invalidité de longue durée.

Cette autorisation restera valable pendant toute la durée de ma réclamation auprès d'Acclaim et Waste Connections, sauf révocation écrite de ma part. Toute copie de cette autorisation aura la même valeur que l'original.

Nom de l'employé (en caractères d'imprimerie)

Signature de l'employé

Date

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Le patient est responsable de tous les frais liés à la complétion de ce formulaire, sauf si la loi l'interdit. Veuillez lui retourner le formulaire dûment rempli.

INFORMATIONS SUR LA MALADIE

Nature de la maladie ou de la blessure :

Date de début de la maladie ou de la blessure : _____ Date de l'examen par le médecin : _____

Date à laquelle l'intéressé est considéré comme totalement incapable de travailler : _____

Date prévue de retour à l'ensemble des fonctions de l'employé : _____

Existe-t-il actuellement un plan de traitement médical en place ? Oui Non Si non, pourquoi ?

L'employé respecte-t-il le plan de traitement prescrit/recommandé ? Oui Non

Avez-vous prévu un rendez-vous de suivi ? Oui Non Si oui, quand ?

Si l'employé ne peut pas reprendre ses fonctions à temps plein, peut-il reprendre le travail avec des tâches modifiées :

Oui Aucune date à laquelle l'employé pourrait reprendre ses fonctions modifiées :

Si oui, veuillez décrire les limitations actuelles de l'employé (veuillez utiliser la section sur les capacités fonctionnelles figurant à la page 2, le cas échéant). Si NON, veuillez indiquer les contre-indications médicales à un retour au travail modifié :

Durée prévue des modifications qui seront nécessaires :

Cette blessure ou cette maladie est-elle liée au travail ? Oui Non

Si le handicap est lié à la grossesse, veuillez indiquer la date prévue de l'accouchement.

Jour Mois Année

Je vois le patient tous les _____ (jour, semaine, etc.)

Date du dernier examen _____
Jour Mois Année

Le patient a-t-il déjà souffert d'une affection similaire ? Oui Non Si oui, indiquez quand et décrivez :

CAPACITÉS FONCTIONNELLES :

Marcher (en continu) : (par jusqu'à 30 min ; jusqu'à 1 heure ; aucune restriction; Autre
exemple sur un sol irrégulier) _____

Debout (en continu) : jusqu'à 30 min ; jusqu'à 1 heure ; aucune restriction; Autre

Assis (en continu) : jusqu'à 30 min ; jusqu'à 1 heure ; aucune restriction; Autre

Soulever du sol à la taille : jusqu'à 20 lb; jusqu'à 30 lb jusqu'à 40 lb; aucune restriction; autre _____

Soulever de la taille à l'épaule : jusqu'à 20 lb; jusqu'à 30 lb jusqu'à 40 lb; aucune restriction; autre _____

Montée d'escaliers : incapable 2 à 3 étapes seulement ; à votre rythme assisté
 aucune restriction

L'employé est : Gaucher Droitier Ambidextre

Capacité limitée à utiliser la main gauche pour : tenir des objets ; poignée; type; écrire

Capacité limitée à utiliser la main droite pour : tenir des objets ; poignée; type; écrire

Complètement incapable d'utiliser la main gauche pour : écrire tenir des objets ; poignée; type;

Complètement incapable d'utiliser la main droite pour : écrire tenir des objets ; poignée; type;

Heures par jour : 4 heures 6 heures 8 heures 10 heures 12 heures
aucune restriction

CAPACITÉS COGNITIVES :

Pressions liées aux délais : capacité limitée incapable d'exécuter aucune restriction; Autre

Travailler en coopération avec d'autres : capacité limitée incapable d'exécuter aucune restriction ; autre

Responsabilité/Imputabilité : capacité limitée incapable d'exécuter aucune restriction ; Autre

Orientation: capacité limitée incapable d'exécuter aucune restriction; Autre

Attention: capacité limitée incapable d'exécuter aucune restriction; Autre

Mémoire: capacité limitée incapable d'exécuter aucune restriction; Autre

Organisation: capacité limitée incapable d'exécuter aucune restriction; Autre

Raisonnement: capacité limitée incapable d'exécuter aucune restriction; Autre

Résolution de problèmes : capacité limitée incapable d'exécuter aucune restriction; Autre

Autres limitations cliniquement évaluées :

Si la nature de l'état est psychologique/de santé mentale, veuillez indiquer si les critères de la CIM-10-CM/DSM 5 ont été évalués :

Oui Non

Traitement

En cas d'hospitalisation, nom de l'hôpital/institution _____ de _____ à _____

_____ Jour Mois Année

Jour Mois Année

Chirurgie? Oui Non (si oui, indiquez l'intervention chirurgicale)

Réalisé Date prévue de l'intervention chirurgicale _____ Anesthésique: Locale Général
_____ Jour Mois Année

Listez les médicaments actuellement prescrits et leur dosage

Thérapie ? Oui Non Si oui, indiquez le type (par exemple, physiothérapie, psychothérapie, etc.)

Fréquence: Quotidiennement ____x par semaine Autre _____

Emplacement: Consultation externe Cabinet du thérapeute Cabinet médical Maison

Résumé de la réponse du patient au traitement :

Date de retour aux fonctions complètes :

Commentaires supplémentaires :

INFORMATIONS DU MÉDECIN TRAITANT

AVIS AU MÉDECIN : Toute information que vous fournissez à Acclaim Ability Management concernant cette réclamation peut être divulguée au demandeur et/ou aux personnes autorisées par lui à recevoir cette divulgation, à moins que vous ne nous informiez par écrit qu'il existe une forte probabilité qu'une telle divulgation entraîne un effet indésirable important sur la santé du demandeur ou porte préjudice à un tiers.

Nom du médecin (en lettres moulées) : _____

Téléphone : _____

Adresse: _____

Fax: _____

Signature: _____

Spécialité : _____ Date : _____