

Consignes à l'employeur

La société Disability Management Institute a l'autorisation de recueillir, conserver, mettre à jour et partager de l'information personnelle et le fait conformément aux exigences de la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques (LPRPDE).

<p>Il faut remplir le présent formulaire chaque fois qu'un employé a été ou sera absent pendant 5 jours consécutifs, en raison d'une maladie ou d'une blessure non reliée au travail.</p>	<p>➔ Il faut immédiatement envoyer le formulaire à DMI.</p> <p>➔ Pour toute question, veuillez appeler DMI.</p>	<p>➔ Télécopieur : 604-552-3648 Appel sans frais : 866-963-9994 Courriel : info@disabilityinstitute.com</p> <p>➔ BC/Alta/Sask Téléphone: 604-552-3647 ou Tintez gratuitement: 1-866-963-9995 Man/Ont/Atlantic Provinces Tintez gratuitement: 1-866-459-3066</p>
--	---	---

COORDONNÉES DE L'EMPLOYÉ		Prière de remplir en lettres moulées	
Employeur	Site / emplacement		
Nom de famille	Prénom	Téléphone	
Téléphone alternatif	Courriel personnel	Courriel travail	
Adresse	Code postal		
Fonction	Poste de travail habituel / No. d'heures par semaine	Interprète requis?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
		Langue:	
L'employé a-t-il droit aux prestations d'invalidité à court terme?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Police :	Catégorie :
L'employé a-t-il droit aux prestations d'invalidité à long terme?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Police :	Catégorie :
L'employé a-t-il accès à un programme d'assistance de famille des employés?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Spécifier le fournisseur	
Prière d'indiquer si l'employé est :	<input type="checkbox"/> syndiqué	<input type="checkbox"/> non syndiqué / exclu	<input type="checkbox"/> cadre
Dernier jour au travail	Début de l'absence	Télocopie envoyée à DMI le	Type de réclamation : <input type="checkbox"/> Non CSST/WCB <input type="checkbox"/> CSST/WCB

COORDONNÉES DE L'EMPLOYEUR		Prière de remplir en lettres moulées	
Nom de la personne-ressource chez l'employeur	Téléphone		
Est-ce que l'employeur ou le directeur aimerait discuter de l'absence avec DMI?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
L'employeur a-t-il reçu un avis du médecin?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI, le cas échéant, prière de le télécopier à DMI	
Est-ce que l'employé a donné une date de retour au travail éventuelle?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI, le cas échéant, prière d'indiquer la date plus bas.	
Est-ce qu'une demande d'indemnisation d'accident du travail a été déposée?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
Date de retour au travail éventuelle (ou réelle) (jour / mois / année)	Signature de l'employeur, du directeur ou du superviseur		

**S'il vous plaît télécopiez la forme complétée à DMI avec la note de docteur (si disponible).
Prière d'envoyer par télécopieur au 604-552-3648 ou, sans frais, au 866-963-9994.**