

FORMULAIRE D'AVIS D'INTERVENTION PRÉCOCE

Remplissez ce formulaire chaque fois qu'un employé a été, ou sera, absent du travail pendant cinq quarts de travail consécutifs pour cause de maladie ou de blessure.

Envoyez le formulaire à Disability Management Institute (DMI) par télécopieur au numéro sans frais ou par courriel.

Par télécopieur : 604 542-3850 ou
1 866 963-9994 OU par courriel :
eip@mydmi.ca

COORDONNÉES DE L'EMPLOYÉ

Employeur		Lieu/emplacement :	
Nom de famille		Prénom	
Date de naissance (jour/mois/année)		Pronom de préférence <input type="checkbox"/> Elle <input type="checkbox"/> Il <input type="checkbox"/> Cette/la personne <input type="checkbox"/> Autre _____	

Adresse		Ville	
Province		Code postal	
N° de téléphone au domicile		N° de téléphone mobile	
Adresse de courriel		Langue de communication <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	

L'employé est-il membre d'un syndicat? <input type="checkbox"/> Oui, nom du syndicat _____ <input type="checkbox"/> Non																	
Titre du poste		Nombre d'heures par semaine en moyenne : <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel															
Indiquez votre horaire quotidien	<table border="1"> <tr> <td>Dim.</td> <td>Lun.</td> <td>Mar.</td> <td>Mer.</td> <td>Jeu.</td> <td>Ven.</td> <td>Sam.</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Dim.	Lun.	Mar.	Mer.	Jeu.	Ven.	Sam.								<input type="checkbox"/> Horaire hebdomadaire fixe <input type="checkbox"/> Horaire tournant variable <input type="checkbox"/> Horaire tournant fixe <input type="checkbox"/> Employé occasionnel	
Dim.	Lun.	Mar.	Mer.	Jeu.	Ven.	Sam.											
Dernier jour de travail : (JJ/MM/AAAA)		Premier jour d'absence : (JJ/MM/AAAA)															
Date prévue du retour au travail : (JJ/MM/AAAA)		Date envoyée par télécopieur à DMI : (JJ/MM/AAAA)															

L'absence est-elle attribuable à une blessure ou à une maladie liée au travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Dans l'affirmative, où l'accident est-il survenu? (JJ/MM/AAAA)	
Une demande de règlement a-t-elle été remplie auprès de la commission des accidents du travail de la province appropriée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, veuillez indiquer le numéro de la demande :	

COORDONNÉES DE L'EMPLOYEUR

Nom de la personne-ressource chez l'employeur			
Numéro de téléphone de la personne-ressource chez l'employeur		Adresse de courriel de la personne-ressource chez l'employeur	
L'employé est-il actuellement hospitalisé?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	DMI devrait-il être au courant de tout autre renseignement relatif à cette absence avant de communiquer avec l'employé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Veuillez indiquer toute autre personne-ressource chez l'employeur qui devrait être tenue au courant de l'évolution de cette demande :

Noms : _____ Adresse(s) de courriel : _____

VEUILLEZ ENVOYER CE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI ACCOMPAGNÉ D'UN BILLET MÉDICAL (LE CAS ÉCHÉANT) À DMI PAR TÉLÉCOPIEUR AU NUMÉRO SANS FRAIS 1 866 963-9994