

<p>Il faut remplir ce 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. Pour toute questions, veuillez appeler DMI.</p>	<p>Télécopieur 1-866-963-9994 ou 604-542-3850 Courriel: info@disabilityinstitute.com</p>
--	--	---

<p>Région Ouest <i>(Incl. AB, BC.)</i> Téléphone 604-542-3649 ou 1-866-963-9995</p>	<p>Région Est <i>(Incl. SK, MB, ON, QC, Maritimes)</i> Téléphone 1-866-459-3066</p>
---	---

COORDONNÉES DE L'EMPLOYÉ								Remplir en lettre moulées			
Employeur:				Site / Emplacement:				Interpréteur Requis: <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI		Spécifier la langue:	
Nom de famille:			Prénom:			Téléphone:					
Adresse:				Code postal:				Alternatif / Cellulaire:			
Date de naissance:			Adresse courriel:			Syndiqué <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI		Nom du syndicat:			
Titre du poste:			Date d'embauche:			Moyenne d'heures/semaine:			<input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel		
Indiquer horaire quotidien	Dim	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	<input type="checkbox"/> Horaire hebdomadaire fixe		<input type="checkbox"/> Rotation fixe	
								<input type="checkbox"/> Rotation variable		<input type="checkbox"/> Employé occasionnel	
Dernier jour au travail:			Début de l'absence:			Date de retour prévue:			Date télécopier à DMI:		

INFORMATION DE POLICE											
Eligible aux prestations d'invalidité à court terme: <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI			Police:		Catégorie:		Accès au programme d'aide de famille des employés: <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI			Nom du fournisseur:	
Eligible aux prestations d'invalidité à long terme: <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI			Policy:		Catégorie:						
Absence relié en raison d'une blessure au travail/maladie: <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI			Date de l'accident:			Réclamation CSST/WCB envoyée: <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI			Numéro du dossier:		

COORDONNÉES DE L'EMPLOYEUR						Remplir en lettre moulées	
Nom de la personne-ressource chez l'employeur			Téléphone			Courriel	
Possibilité de travaux modifiés: <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI				Possibilité d'une horaire modifiée: <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI			
Aimeriez-vous discuter de l'absence avant que DMI communique avec l'employé? <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI				Signature de l'employeur			

**Veillez télécopier le formulaire complété à DMI avec la note du docteur (si disponible).
 Prière d'envoyer par télécopieur au 604-542-3850 ou sans frais au 866-963-9994.**