

AVIS AUX FOURNISSEURS : Ce membre (patient(e)) de Michaels du Canada LLC a demandé un congé pour raison médicale pour un problème de santé grave dont il/elle est atteint(e) ou un membre de la famille immédiate. Ce formulaire est nécessaire pour déterminer si la demande d'absence de l'employé(e) est raisonnable et protégée par les lois provinciales portant sur le congé.

PARTIE 1 : À être complété par le ou la MEMBRE

Nom _____

Date de naissance _____ Type de congé _____

Je comprends que les informations demandées sur ce formulaire sont requises afin d'évaluer mon droit à un congé d'emploi protégé chez mon employeur et/ou mon aptitude à retourner à mon travail. Pour protéger la confidentialité de mes informations personnelles, l'accès à mon dossier chez Canadian Benefits Management Limited sera limité à :

- les employés et représentants autorisé de Canadian Benefits Management Limited ;
- à mon employeur, si de l'avis de Canadian Benefits Management Limited, l'information est nécessaire pour protéger la santé et la sécurité du milieu de travail ; ou
- à mon employeur, mais uniquement dans la mesure où il est nécessaire pour communiquer des recommandations au sujet de mon droit à un congé, ma capacité à retourner à mon travail, ou si je conteste la décision de Canadian Benefits Management Limited d'absence du travail et je tiens à soumettre la question à mon employeur. À ces fins, mon employeur n'est pas informé de mon diagnostic médical sauf s'il est nécessaire et je fournis une autorisation spécifique supplémentaire à cet effet.

J'autorise tout professionnel de la santé à divulguer tous les renseignements médicaux en sa possession, y compris les renseignements du médecin, rapport des consultants, archives hospitalières et les résultats de tests me concernant à Canadian Benefits Management Limited. De plus, j'autorise Canadian Benefits Management Limited à recueillir, utiliser et divulguer ces renseignements et autres informations en sa possession à mes fournisseurs de soins de santé, avec mon fournisseur d'assurance d'invalidité de courte durée (ICD) et mon fournisseur d'assurance invalidité de longue durée (ILD), si ma réclamation devait se prolonger dans la période d'invalidité de longue durée.

Signature _____

Date _____

PARTIE 2 : À être complété par le médecin / dentiste / psychologue clinicien

Est-ce que le ou la membre est votre patient(e) ? Oui Non

Si non et que la demande d'absence est liée à la santé d'un tiers, quel est leur lien avec le membre ?

Date du début de la maladie ou date des premiers symptômes	jj/mm/aaaa	Date du début de l'absence du travail	jj/mm/aaaa
Date de la première visite médicale	jj/mm/aaaa	Date de retour au travail	jj/mm/aaaa

Est-ce que cette maladie exigera des absences intermittentes ?
 Oui Non Si oui, veuillez préciser :

Liste des conclusions objectives :

Diagnostics :

Est-ce que le ou la patient(e) est à risque de nuire à soi-même ou autrui en milieu de travail ? Oui Non

Nom du/de la professionnel(le) de la santé (en lettres moulées) _____

Type de spécialité (médecin/dentiste/psychologue clinicien) _____

Adresse _____

Numéro de téléphone _____ Numéro de télécopieur _____

Signature _____ Date _____

NOTE AU MÉDECIN: le personnel médical de CBML peut communiquer avec votre bureau au nom de Michaels du Canada LLC si de l'information supplémentaire au sujet de cette demande est requise. Michaels du Canada LLC peut demander une évaluation des capacités physiques avant le retour au travail de l'employé(e). La signature des médecins est requise pour tous les retours au travail.

Canadian Benefits Management Limited, 1 Concorde Gate #301, Toronto, ON M3C 3N6 Courriel : michaels@cbml.ca
 Si vous avez besoin d'aide : Téléphone 1-844-636-9622 Télécopieur : 1-866-629-7894