

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 _____

Type de congé Congé maternité Changement durée d'absence Congé maternité spécial (Québec seulement)

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, rapports des consultants, archives hospitalières et les résultats de tests me concernant à Canadian Benefits Management Limited.

Signature _____

Date _____

PARTIE 2 : À être complété par le médecin / sage-femme

Est-ce que la membre est présentement enceinte : Oui Non

| | | | |
|---|------------|--|------------|
| Date d'accouchement prévue/date réelle de naissance : | jj/mm/aaaa | En se basant sur : <input type="checkbox"/> DPM <input type="checkbox"/> Échographie | |
| Dernier jour de travail prévu/réel : | jj/mm/aaaa | Date prévue de retour au travail : | jj/mm/aaaa |

Diagnosics :

Y a-t-il un risque d'interruption de grossesse ou un danger pour la santé de la mère ou l'enfant à naître ?
 Oui Non

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

Type de professionnel(le) (médecin/sage-femme) _____

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.