



# Avis de réadaptation au travail - Attestation de l'employeur

Remplissez ce formulaire si vous avez un participant qui prendra part ou qui prend déjà part à un programme de réadaptation au travail. Ce programme doit être approuvé par OMERS pour que le participant puisse continuer à recevoir une prestation d'invalidité d'OMERS.

L'employeur définit le programme de réadaptation au travail qui permet à un participant de passer d'une invalidité totale à des tâches professionnelles normales ou à une nouvelle profession permanente. Pour que le participant continue à percevoir des prestations d'invalidité d'OMERS, ce type de programme doit durer plusieurs semaines ou mois, mais pas plusieurs années.

Le participant ne doit pas cotiser au régime OMERS pendant la durée du programme de réadaptation au travail approuvé par l'employeur, celle-ci devant être validée par OMERS.

Afin de nous aider à mieux vous servir, veuillez soumettre vos documents de façon rapide et sécuritaire en utilisant le portail électronique. Commencez une nouvelle conversation, joignez vos fichiers et soumettez le tout.

Lorsque vous soumettez des renseignements personnels à OMERS, vous consentez à ce que ceux-ci soient utilisés et divulgués aux fins énoncées dans notre Déclaration de confidentialité avec ses modifications successives. Pour obtenir plus d'information au sujet de la collecte, de l'utilisation, de la divulgation et de la conservation de renseignements personnels, vous pouvez consulter notre Déclaration de confidentialité sur [www.omers.com](http://www.omers.com).

## SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT - à remplir par l'employeur

|   |                           |                       |               |                              |  |
|---|---------------------------|-----------------------|---------------|------------------------------|--|
| Numéro du groupe  |                           | Numéro de participant |               | Date de naissance (jj-mm-aa) |  |
| <input type="radio"/> M.<br><input type="radio"/> Autre : | <input type="radio"/> Mme | Prénom                | Second prénom | Nom de famille               |  |
| Téléphone   | Nom de l'employeur actuel |                       |               | Profession avant invalidité  |  |

## SECTION 2 - INFORMATION SUR LE PROGRAMME DE RÉADAPTATION AU TRAVAIL DE L'EMPLOYEUR - à remplir par l'employeur

L'employeur doit fournir la prochaine date d'examen prévue ou la date prévue de retour au travail pour qu'OMERS puisse envisager la poursuite de l'exonération pour cause d'invalidité.

|                         |                                      |   |                 |
|-------------------------|--------------------------------------|---|-----------------|
| Réadaptation au travail | Début de début du travail (jj-mm-aa) | Prochain examen de réadaptation prévu par l'employeur | Date (jj-mm-aa) |
|-------------------------|--------------------------------------|---|-----------------|

Le membre est-il retourné à son travail habituel?  Oui -  Non -

|                                  |
|----------------------------------|
| Date (jj-mm-aa)                  |
| Date du retour prévue (jj-mm-aa) |

Utilisez les cases ci-dessous pour indiquer le type de programme de réadaptation au travail que l'employeur offre au participant :

- une autre profession ou un programme de formation, *sans horaire réduit*, pour se former à une nouvelle profession
- une autre profession ou un programme de formation, *avec un horaire réduit*, pour se former à une nouvelle profession
- une autre profession, à titre de transition, avant de reprendre sa propre profession
- une autre profession *avec un horaire réduit*, dans le but de reprendre sa propre profession
- sa propre profession pour une période d'essai (*aucun horaire réduit* ni aucune modification des tâches)
- sa propre profession avec des changements apportés aux tâches
- sa propre profession *avec un horaire réduit*
- son propre emploi avec des changements apportés aux tâches et un *horaire réduit*

Veillez décrire le travail de manière détaillée pour valider le type de programme de réadaptation indiqué ci-dessus. Par exemple, incluez le type de travail effectué par le membre et le nombre d'heures travaillées qu'il travaille.

### SECTION 3 - AUTRES PRESTATIONS D'INVALIDITÉ

Le membre a-t-il fait une demande d'indemnité à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail?

Oui - Veuillez remplir ce qui suit :

Approuvée

Indemnité mensuelle

Totale/complète

Partielle

Temporaire

Date de fin de l'indemnité j-mm-aa

Refusée

En appel

Approbation en suspens

Non - Si une prestation de la CSPAAAT est accordée au membre à l'avenir, veuillez en informer OMERS par écrit.

Le membre a-t-il soumis une demande de prestations conformément à votre régime d'invalidité de longue durée?

Oui - Veuillez remplir ce qui suit :

Approuvée

Réception de prestations

Arrêt des prestations à compter du

Date (jj-mm-aa)

Refusée

En appel

Approbation en suspens

Non - Si une prestation d'ILD est accordée au membre à l'avenir, veuillez en informer OMERS par écrit.

### SECTION 4 - ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR

Personne-ressource

Téléphone

Télécopieur

Email

Signature du signataire autorisé

Date (jj-mm-aa)