



# Avis concernant le travail de réhabilitation

Remplissez ce formulaire si vous êtes un employeur et vous avez un participant qui sera de retour, ou est revenu, au travail de réadaptation. Ce travail doit être approuvé par OMERS si le participant continue à recevoir des prestations d'invalidité.

Le travail de réadaptation s'effectue pendant une période transitoire entre l'invalidité totale et le retour à des fonctions professionnelles normales ou à un nouvel emploi permanent (soit à temps plein soit à temps partiel). OMERS n'approuve pas le travail de réadaptation au-delà de deux ans à partir de la date initiale du retour au travail.

Envoyez le formulaire dûment rempli et signé à OMERS par la poste ou par télécopieur aux coordonnées ci-dessous. Si vous le transmettez par télécopieur, il est inutile de poster le formulaire original.

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

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

Numéro de groupe		N° d'adhésion		Date de naissance (m/j/a)	
<input type="radio"/> M. <input type="radio"/> Mme <input type="radio"/> Autre :	Prénom	Second prénom	Nom		
Téléphone	Nom de l'employeur actuel			Emploi avant l'invalidité	

## SECTION 2 - INFORMATION SUR LE TRAVAIL DE RÉADAPTATION (à remplir par l'employeur)

Un participant ne doit **pas** cotiser au régime de retraite OMERS pendant une période de travail de réadaptation approuvée par OMERS. Si le participant a versé des cotisations pendant cette période, veuillez nous appeler.

Le travail de réadaptation de OMERS peut comprendre l'un ou l'autre des travaux ci-après :

- un travail différent ou un programme de formation, avec ou sans horaire réduit, pour pouvoir effectuer un nouveau travail
- un travail différent, avec ou sans horaire réduit, pour faire la transition et pouvoir reprendre son propre travail
- son propre travail avec un horaire réduit, pour faire la transition et pouvoir reprendre son propre travail
- son propre travail avec modification des fonctions, pour faire la transition et pouvoir reprendre son propre emploi.

En fonction de la description du travail de réadaptation ci-dessus, quand le participant est-il retourné au travail de réadaptation?

Date (m/j/a)

## SECTION 3 - AUTORISATION DE L'EMPLOYEUR

Nom de l'employeur		Personne-ressource	
Téléphone	Télécopieur	Courriel	

Signature du signataire autorisé

Date (m/j/a)