



## Avis de travail de réadaptation

Ce formulaire est réservé à l'employeur. Utilisez ce formulaire si un participant doit retourner ou est retourné au travail pour effectuer un travail de réadaptation. Ce travail doit être approuvé par OMERS pour que le participant puisse continuer à recevoir une prestation 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). En principe, le travail de réadaptation dure plusieurs semaines ou plusieurs mois, mais pas plusieurs années.

Après avoir rempli et signé le formulaire, veuillez l'envoyer à **OMERS, 1, avenue University, bureau 700, Toronto ON M5J 2P1** ou le télécopier

au **416-369-9704** ou au numéro sans frais **1-877-369-9704**. En cas d'envoi par télécopieur, veuillez vérifier que votre numéro de groupe et le numéro d'assurance sociale du participant sont bien indiqués à la partie supérieure de la deuxième page, et ne **postez pas** l'original.

Veuillez vérifier régulièrement les progrès du participant et informer OMERS par écrit de la date à laquelle cette personne reprend des fonctions normales et commence à verser des cotisations normales. N'oubliez pas de préciser la date du retour au travail du participant. Veuillez nous informer aussi immédiatement si le participant cesse d'accomplir le travail de réadaptation ou en cas de changement de la nature du travail de réadaptation.

### Sections 1, 2, 3 et 4 – à remplir par l'employeur

#### 1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

|  |                            |                              |                               |
|--|----------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| Numéro de groupe   | Numéro d'assurance sociale | Date de naissance (aa/mm/jj) |                               |
| <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/> M <sup>lle</sup><br><input type="checkbox"/> Autre : | Nom                        | Premier prénom               | Deuxième prénom               |
| Numéro de téléphone – le jour<br>( )   | Nom de l'employeur actuel  |                              | Profession avant l'invalidité |

#### 2. RENSEIGNEMENTS SUR LE TRAVAIL DE RÉADAPTATION

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 au cours de cette période, veuillez nous téléphoner.

|                         |                             |  |                 |
|-------------------------|-----------------------------|--|-----------------|
| Travail de réadaptation | Début du travail (aa/mm/jj) | Prochain examen de la réadaptation prévu par l'employeur | Date (aa/mm/jj) |
|-------------------------|-----------------------------|--|-----------------|

Le participant est-il retourné à son travail normal?  Oui — Date du retour (aa/mm/jj)  Non — Date prévue du retour (aa/mm/jj)

Quel type de travail de réadaptation le participant effectue-t-il?

- travail différent ou programme de formation *sans horaire réduit* pour pouvoir effectuer un nouveau travail
- travail différent ou programme de formation *avec horaire réduit* pour pouvoir effectuer un nouveau travail
- travail différent pour faire la transition avant de reprendre son propre travail
- travail différent *selon un horaire réduit* pour qu'il puisse reprendre son propre travail
- propre travail à l'essai (*pas d'horaire réduit* ni de modification des fonctions)
- propre travail avec modification des fonctions
- propre travail *avec horaire réduit*
- propre travail avec modification des fonctions et *horaire réduit*

Veuillez donner une description détaillée du travail. Par exemple, précisez le type de travail que le participant effectue et le nombre de ses heures de travail.

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| Numéro de groupe (pour télécopie) | Numéro d'assurance sociale du participant ou numéro d'adhésion à OMERS (pour télécopie) |
|-----------------------------------|---|

### 3. AUTRES PRESTATIONS D'INVALIDITÉ

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

Oui — Veuillez remplir ci-dessous

|                                    |   |  |                                    |                                     |  |
|------------------------------------|---|--|------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Approuvée | Indemnité mensuelle \$                    | <input type="checkbox"/> Totale/intégrale        | <input type="checkbox"/> Partielle | <input type="checkbox"/> Temporaire | Fin de la prestation temporaire (aa/mm/jj) |
| <input type="checkbox"/> Refusée   | <input type="checkbox"/> En cours d'appel | <input type="checkbox"/> Approbation en instance |                                    |                                     |  |

Non — Si une indemnité de la CSPAAT est accordée au participant à l'avenir, veuillez en informer OMERS par écrit.

Le participant a-t-il demandé une prestation de votre régime d'assurance invalidité de longue durée (ILD)?

Oui — Veuillez remplir ci-dessous :

|                                    |  |  |                 |
|------------------------------------|--|--|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Approuvée | <input type="checkbox"/> Touche une prestation | <input type="checkbox"/> Cessation de la prestation le | Date (aa/mm/jj) |
| <input type="checkbox"/> Refusée   | <input type="checkbox"/> En cours d'appel      | <input type="checkbox"/> Approbation en instance       |                 |

Non — Si une prestation d'ILD est accordée au participant, veuillez en informer OMERS par écrit.

### 4. AUTORISATION DE L'EMPLOYEUR

|                                  |                              |   |   |
|----------------------------------|------------------------------|---|---|
| Nom de l'employeur               |                              | Personne-ressource (en lettres moulées s.v.p.)  | Titre   |
| Numéro de téléphone<br>( )       | Numéro de télécopieur<br>( ) | Par l'indication de mon adresse électronique ci-dessous, j'autorise OMERS à me contacter par courriel pour obtenir des précisions au sujet de ce participant. |   |
| Signature du signataire autorisé |                              | Date (aa/mm/jj)   | Adresse électronique de la personne-ressource |

### Sections 5 et 6 – à remplir par OMERS

#### 5. À REMPLIR PAR LE MÉDECIN DÉSIGNÉ PAR OMERS

D'après les renseignements qui m'ont été fournis, je recommande que ce travail de réadaptation soit :

Approuvé  Refusé

Date du prochain examen (aa/mm/jj)

Commentaires

|  |
|--|
|  |
|--|

|                      |                 |                      |
|----------------------|-----------------|----------------------|
| Signature du médecin | Date (aa/mm/jj) | Code de l'invalidité |
|----------------------|-----------------|----------------------|

#### 6. APPROBATION

D'après les renseignements fournis, le travail de réadaptation du participant identifié à la section 1

est approuvé  n'est pas approuvé conformément à la loi de 2006 sur OMERS.

|  |                 |
|--|-----------------|
| Signature du signataire autorisé d'OMERS | Date (aa/mm/jj) |
|--|-----------------|



**Téléphone**  
416-369-2444  
1-800-387-0813



**Télécopieur**  
416-369-9704  
1-877-369-9704



**Poste**  
1, avenue University  
Bureau 700  
Toronto ON M5J 2P1



**Courriel**  
client@omers.com  
(en français ou anglais)



**Web**  
www.omers.com