

Services d'aménagement des conditions de travail

Formulaire de recommandation du promoteur de régime

Dans ce formulaire, la Sun Life s'entend aussi de nos agents et de nos fournisseurs de services.

Les Services d'aménagement des conditions de travail vous fourniront une évaluation ponctuelle d'une demande d'aménagement des conditions de travail d'un participant. Cela vise les participants qui sont au travail et qui demandent un aménagement de leurs conditions pour y rester. Dans le cadre de ce service, la Sun Life organisera une consultation avec un tiers fournisseur.

Ce formulaire nous donne les renseignements nécessaires à l'évaluation.

Ce formulaire nous donne les renseignements nécessaires à l'évaluation. Remplissez-le en entier pour éviter des retards. Pour demander des services d'aménagement des conditions de travail, veuillez :

- Fournir au participant le formulaire Services d'aménagement des conditions de travail – Déclaration du participant et lui demander de le remplir et de vous le retourner.
- Remplir au complet le présent document (Services d'aménagement des conditions de travail – Formulaire de recommandation du promoteur de régime). Il nous donne les renseignements nécessaires à l'évaluation. Présentez ce formulaire et la Déclaration du participant à la Sun Life.
- Fournir au participant le formulaire Services d'aménagement des conditions de travail – Déclaration du médecin traitant pour qu'il puisse le faire remplir par son médecin. Le participant acheminera la Déclaration du médecin traitant dûment remplie directement à Homewood Santé.

La Sun Life s'engage à maintenir la confidentialité des renseignements personnels des participants. Cette déclaration fait partie du dossier sur les services d'aménagement des conditions de travail du participant. Nous la transmettrons au participant qui demande l'accès à son dossier.

1 Frais

S'il y a des frais additionnels liés à ce dossier, vous en serez informés à l'avance et donnerez votre approbation.

2 Renseignements sur l'employé

La Sun Life doit recevoir la Déclaration du participant et ce formulaire pour faire l'évaluation. Remplissez ce formulaire en entier pour éviter des retards.

Prénom	Nom de famille	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	
Adresse (numéro et rue)		Appartement ou bureau	
Ville		Province	Code postal
Numéro de téléphone (domicile)		Autre numéro de téléphone	
Adresse courriel au travail du participant, le cas échéant		Titre du poste/Profession habituelle	

3 Renseignements sur le promoteur du régime

Numéro de contrat	Numéro de participant	Numéro de division/d'unité de facturation	
Nom de l'entreprise			
Adresse (numéro et rue)			
Ville		Province	Code postal
Personne-ressource			
Numéro de téléphone de la personne-ressource	Poste	Adresse courriel	

4 Renseignements sur l'aménagement des conditions de travail

Des modifications ont-elles été apportées aux conditions de travail actuelles de l'employé?

Oui Non Si oui : temporaire permanente

D'autres modifications avaient-elles été apportées par le passé?

Oui Non Si oui, indiquez la date (jj-mm-aaaa)

À votre connaissance, quelle est la raison de la demande d'aménagement des conditions de travail et quelle est la situation actuelle du participant?

Veillez décrire les modifications en place ou celles que vous avez tenté d'effectuer auparavant.

5 Milieu de travail et activités professionnelles

Cette section porte sur les tâches précises de l'employé. Elle doit être remplie par le supérieur immédiat du participant ou une autre personne qui connaît les tâches précises de l'employé. S'il existe une description de tâches, une analyse des exigences physiques ou une analyse des exigences cognitives, veuillez la joindre à ce formulaire.

Date d'entrée au service de l'entreprise (jj-mm-aaaa)

Catégorie d'emploi (cocher toute les réponses qui s'appliquent)

Temps plein (25 heures ou plus par semaine) Temps partiel
 Permanent Contractuel
 Salarié horaire Salarié non horaire
 Horaire de travail normal _____
 Temporaire Saisonnier
 Rémunéré à la commission Syndiqué

Quel est l'horaire de travail régulier du participant? S'il varie, veuillez fournir un exemple d'horaire.

1. L'emploi du participant est-il critique pour la sécurité? Non Oui Ne sais pas

2. Dans le cadre de son travail, le participant est-il appelé à travailler dans l'une ou l'autre des conditions suivantes :

À l'extérieur Non Oui Dans l'affirmative, indiquez le temps en pourcentage. %
 Dans un milieu bruyant Non Oui Dans l'affirmative, indiquez le temps en pourcentage. %
 Dans un milieu poussiéreux ou mal aéré Non Oui Dans l'affirmative, indiquez le temps en pourcentage. %

3. Dans le cours normal de son travail, indiquez en pourcentage le temps que le participant passe à soulever ou à transporter les poids ci-dessous.

	Jamais	1 à 25%	25 à 50%	50 à 75%	75 à 100%
plus de 20 lb/9,1 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
plus de 10 lb/4,5 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Lorsque le participant remplit ses fonctions habituelles, quel pourcentage de son temps consacre-t-il aux activités suivantes?

	Jamais	1 à 25%	25 à 50%	50 à 75%	75 à 100%
marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
grimper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
conduire :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
le jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
atteindre des objets placés :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
plus haut que ses épaules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
à la hauteur de ses épaules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
plus bas que ses épaules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
se pencher ou s'accroupir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s'agenouiller ou ramper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 Milieu de travail et activités professionnelles (suite)

5. Pendant combien de temps le participant doit-il maintenir les positions suivantes avant de pouvoir changer de position ou d'activité?

	0 à 30 minutes	30 à 60 minutes	60 à 90 minutes	plus de 90 minutes
travail en position assise continue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
travail en position debout continue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
au volant d'un véhicule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Dans une journée de travail normale, combien d'heures le participant passe-t-il dans les positions suivantes?

	0 à 2 heures	2 à 4 heures	4 à 6 heures	6 à 8 heures
Assis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au volant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Aspects cognitifs/non physiques du travail

- Le participant doit-il répondre à des plaintes? Oui Non
- Son évaluation est-elle principalement basée sur sa production? Oui Non
- Travaille-t-il en étroite collaboration avec des collègues? Oui Non
- Est-il responsable de l'atteinte des objectifs de rendement et de la prise de décisions dans son service? Oui Non
- Le participant doit-il analyser des données complexes? Oui Non
- Le participant doit-il lire des données (peu importe le degré de complexité)? Oui Non

Nombre de personnes qui relèvent du participant :

Quel pourcentage de son temps le participant passe-t-il à effectuer les activités suivantes?

Parler	Écrire	Superviser d'autres employés
%	%	%

Veuillez indiquer tout autre aspect du travail qui peut être considéré comme stressant.

--	--

6 Observations complémentaires

Y a-t-il des facteurs au travail qui pourraient avoir une incidence sur l'aménagement des conditions de travail? Oui Non

Veuillez fournir des commentaires, le cas échéant.

--	--

7 Déclaration

J'ai l'autorisation de remplir ce formulaire au nom du promoteur du régime. J'atteste que les déclarations faites dans le présent formulaire sont exactes et complètes. À la place de ma signature manuscrite, j'ai tapé mon nom. Mon nom tapé et une copie électronique de ce formulaire ont la même valeur qu'une signature manuscrite et un formulaire papier.

Nom de famille du superviseur du participant (en caractères d'imprimerie)	Prénom	
Numéro de téléphone	Adresse courriel	
Nom de famille de la personne qui signe la présente déclaration (en caractères d'imprimerie)	Prénom	
Poste de la personne qui signe la présente déclaration (en caractères d'imprimerie)		
Signature autorisé X		Date (jj-mm-aaaa)
Numéro de téléphone	Adresse courriel	

Envoyez la Déclaration du promoteur du régime dûment remplie et tout document justificatif requis aux fins d'évaluation de la demande de services d'aménagement des conditions de travail (p. ex. certificat médical et description de poste), ainsi que la Déclaration du participant remplie par le participant.

Si vous avez accès à notre outil Web de gestion de l'invalidité, vous pouvez l'utiliser pour envoyer des formulaires.

Si vous n'avez pas accès à l'outil Web de gestion de l'invalidité, vous pouvez envoyer l'information à reglementinvalidite@sunlife.com.

Nous ne pouvons pas garantir la protection ni la confidentialité des communications par courriel pendant qu'elles nous sont acheminées.

Veillez conserver le formulaire original pour vos dossiers.

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie est membre du groupe Sun Life.

Le promoteur de votre régime a demandé à la Sun Life de l'aider à évaluer les demandes d'aménagement des conditions de travail des employés liées à un problème de santé nouveau ou qui change.

- Pour les évaluations des aménagements des conditions de travail, la Sun Life fait appel à un fournisseur de services. Ce fournisseur fait des recommandations dans le cadre de son mandat.
- Le promoteur de votre régime décide s'il vous propose ou non des aménagements et comment il le fait, en tenant compte des recommandations et d'autres facteurs.

La Sun Life s'engage à respecter la confidentialité des renseignements qui vous concernent.

Pour demander des services d'aménagement des conditions de travail :

- Veuillez retourner ce formulaire dûment rempli au promoteur de votre régime. Il le fera parvenir à la Sun Life en même temps que le formulaire de « Services d'aménagement des conditions de travail – Formulaire de recommandation du promoteur de régime » qu'il doit remplir.
- Veuillez aussi remplir la section 1 – Renseignements sur le participant et autorisation du formulaire « Services d'aménagement des conditions de travail – Déclaration du médecin traitant ». De plus, votre médecin doit remplir une partie du formulaire « Services d'aménagement des conditions de travail - Déclaration du médecin traitant ». Les frais exigés par votre médecin pour le faire sont à votre charge. Veuillez envoyer le formulaire « Services d'aménagement des conditions de travail – Déclaration du médecin traitant » directement à Homewood Santé. Voir le formulaire « Services d'aménagement des conditions de travail – Déclaration du médecin traitant » pour en savoir plus.

Nom (en lettres détachées)		Prénom (en lettres détachées)	
Nom du promoteur du régime			
Numéro de participant		Numéro du contrat du promoteur du régime	
Numéro de téléphone au travail	Autre numéro de téléphone		Choix de langue de communication <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français

Votre autorisation

Je sais que le promoteur de mon régime a demandé à la Sun Life de l'aider à évaluer ma demande de Services d'aménagement des conditions de travail.

Pour les évaluations des aménagements des conditions de travail, la Sun Life fait appel à Homewood Santé comme fournisseur de services. Toute référence à la Sun Life, à Homewood Santé et au promoteur de mon régime comprend leurs mandataires et leurs fournisseurs de services.

J'autorise la Sun Life et Homewood Santé à recueillir, à utiliser et à communiquer les renseignements pertinents sur mon emploi et mon problème de santé qui sont nécessaires aux fins de l'évaluation et de la gestion de ma demande d'aménagement de mes conditions de travail aux personnes suivantes :

- professionnels de la santé,
- équipe de professionnels des services de santé au travail du promoteur de mon régime, s'il y a lieu,
- promoteur de mon régime (à l'exclusion des renseignements sur mon diagnostic et mon traitement, sauf si cette information figure déjà dans ses dossiers).

En cas de différends

J'autorise la Sun Life, Homewood Santé, le promoteur de mon régime et les membres de l'équipe de professionnels des services de santé au travail à recueillir, à utiliser et à se communiquer des renseignements pertinents, y compris des précisions sur mon diagnostic ou mon traitement pour répondre ou trouver une solution :

- à une demande faite au promoteur de mon régime ou à un différend avec lui où je le menace :
 - de le poursuivre en justice, ou
 - de déposer un grief ou toute autre plainte officielle contre lui auprès d'un conseil, d'un tribunal ou d'une cour;
- à une instance judiciaire, y compris une poursuite civile, un arbitrage ou une plainte en matière de droits de la personne, concernant ma demande.

Conditions du consentement

- Mon consentement est valide pour toute la durée :
 - de ma demande de services d'aménagement des conditions de travail,
 - de tout différend lié à cette demande ou à l'aménagement de mes conditions de travail,
 - à des fins de vérification, du contrat entre la Sun Life et le promoteur de mon régime.
- Je reconnais que je peux mettre fin à cette autorisation en tout temps pendant la durée de ma demande de services d'aménagement des conditions de travail. Je comprends que si je mets fin à cette autorisation :
 - la Sun Life et Homewood Santé ne pourront plus évaluer ma demande de services d'aménagement des conditions de travail et,
 - la Sun Life et Homewood Santé fermeront mon dossier.

À la place de ma signature manuscrite, j'ai tapé mon nom. Mon nom tapé et une copie électronique de ce formulaire ont la même valeur qu'une signature manuscrite et un formulaire papier.

Nom de famille du participant (en lettres détachées)	Prénom (en lettres détachées)	
Signature X	Date (jj-mm-aaaa)	

Protection des renseignements personnels

Notre raison d'être est d'aider nos Clients à atteindre une sécurité financière durable et un mode de vie sain. Nous recueillons, utilisons et divulguons des renseignements personnels sur vous pour : concevoir et offrir des produits et services pertinents; améliorer votre expérience et gérer nos activités; effectuer nos activités de tarification et d'administration et l'évaluation des dossiers de règlement; assurer une protection contre la fraude, les erreurs et les fausses déclarations; vous renseigner sur d'autres produits et services; satisfaire aux obligations légales et de sécurité. Nous obtenons ces renseignements directement de vous, lorsque vous utilisez nos produits et services, et d'autres sources. Nous conservons vos renseignements de façon confidentielle et uniquement pour la durée nécessaire. Les personnes qui peuvent y avoir accès comprennent nos employés, nos partenaires de distribution (tels que les conseillers), les fournisseurs de services, nos réassureurs et toute personne que vous aurez autorisée. Dans certains cas, à moins que cela soit interdit, ces personnes peuvent être établies à l'extérieur de votre province/territoire. Vos renseignements pourraient alors être régis par les lois en vigueur dans ces endroits. En tout temps, vous pouvez vous informer sur les renseignements contenus dans nos dossiers à votre sujet et, au besoin, les faire corriger. Sauf dans certains cas, vous pouvez retirer votre consentement. Toutefois, cela pourrait nous empêcher de vous fournir le produit ou le service demandé. Pour en savoir plus, lisez notre déclaration mondiale et nos principes directeurs locaux. Pour obtenir un exemplaire, consultez la page www.sunlife.ca/confidentialite ou appelez-nous.