New Nouveau Brunswick

Déclaration de l'employeur - Demande d'avantages sociaux pour les infirmières et infirmiers des foyers de soins

COCHEZ UNE OU LES DEUX CASES :

- ☐ **PRESTATIONS D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (ILD)**
- ☐ **CONTINUATION DES AVANTAGES SOCIAUX DURANT L'INVALIDITÉ (EXONÉRATION DE PRIMES)**

REMPLIR ET RETOURNER :

Vestcor
C.P. 6000
Fredericton, N.-B. E3B 5H1

Téléphone : 506-453-2296
Sans frais au Canada : 1-800-561-4012
Télécopieur : 506-457-7388

Renseignements généraux

_____ _____ _____
Prénom de l'employé Nom de famille de l'employé Date de naissance (J/M/A)

Adresse _____

Numéro de téléphone : à domicile (_____) _____ - _____ au travail (_____) _____ - _____

Date du dernier jour travaillé par l'employé -- immédiatement avant le début de l'invalidité (J/M/A) _____ / _____ / _____

Position and Salary

Date du début de l'emploi (J/M/A) _____ / _____ / _____ Groupe/Unité de négociation _____

Profession/Poste _____ **REMINDER! ATTACH JOB DESCRIPTION**

Statut du poste ☐ temps plein, régulier ☐ temps partiel, régulier ☐ autre - préciser : _____

L'employé participe-t-il au programme ☐ retraite progressive ☐ horaires de travail souples (5 ans avant la retraite) ☐ S/O

Heures travaillées dans une semaine (moyenne par semaine si par relais de travail) _____

Code de l'impôt sur le revenu selon votre formulaire TD1 courant _____

Autres prestations/revenus d'invalidité

Est-ce que l'employé a demandé/reçu des congés payés par l'employeur comme maintien du revenu depuis le dernier jour travaillé/ début de l'invalidité? ☐ Oui ☐ Non Si oui, combien de jours de maladie? _____ et/ou de jours de vacances? _____

Si oui, préciser la date, tel qu'entendu avec l'employé, à laquelle la période de congé payé prendra fin (J/M/A) ____ / ____ / _____

IMPORTANT! Si la date change, veuillez envoyer une note ou un courriel à Vestcor.

L'état de santé de l'employé est-il attribuable ou relié à une maladie ou un accident professionnel (antérieur ou actuel)? ☐ Oui ☐ Non

Des indemnités en vertu de la *Loi sur les accidents du travail* ont-elles été demandées? ☐ Oui - voir a et b ci-dessous ☐ Non

A) Si oui, indemnités payables? ☐ Oui ☐ Décision à rendre ☐ Non

B) Si oui, montant _____ $ versé ☐ à la quinzaine ☐ par mois;

du (J/M/A) _____ / _____ / _____ au (J/M/A) _____ / _____ / _____

S'il y a lieu, préciser les dates et heures (pour chaque jour) travaillées par l'employé au cours de la période d'attente de 4 mois après la date indiquée dans les renseignements généraux :

_____

_____

_____

Décrire les mesures prises pour accommoder l'employé (ex. adaptation des fonctions ou des horaires de travail, matériel spécial ou autre) :

_____

_____

Admissibilité de la demande

Date d'entrée en vigueur de la couverture de l'employé au Régime d'invalidité de longue durée (J/M/A) : _____ / _____ / _____

Dernières primes mensuelles payées pour les couvertures de l'employé (M/A) : _____ / _____

NOTE : Il faut payer les primes, relativement aux avantages sociaux demandés, durant la période d'attente de 4 mois - à compter de la date du début de l'invalidité. Les primes/cotisations pour les avantages sociaux de l'employé sont maintenues durant les congés payés.

Renseignements au sujet de l'employeur

Nom de l'organisme employeur _____

Nom du représentant _____

N° de tél (_____) _____ - _____ Courriel _____

Signature du représentant _____ Date _____

Réservé à Vestcor

INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

N° de reference _____ N° du régime/police d'assurance 6666 Division _____ Unité de négociation _____

Date (J/M/A) que l'employé était a) admissible/inscrit au Régime ILD ___ /___ /_____ B) embauché au gouv. du NB ___ /___ /_____

Date ci-haut correspond avec (cochez toutes les cases qui s'appliquent)

- ☐ le début de l'emploi
- ☐ le changement de statut d'emploi
- ☐ l'entrée en vigueur du régime pour le groupe de l'employé
- ☐ la demande tardive de protection ILD approuvée

La protection d'ILD a été maintenue durant la période d'attente? ☐ Oui ☐ Non

Salaire mensuel brut _____ $ Prestations mensuelles ILD _____ $ Période maximale de prestations _____

AUTORISÉ PAR _____ DATE _____