



August 31, 2021

Dear LBPSB staff member,

We hope that the summer allowed you the opportunity to recharge, and that you are looking forward to the start of the school year, as we are.

In July, a memo was sent confirming that the exemption process would not apply for the 2021-2022 school year. As with everything COVID related, there is a chance that the government will pivot on this decision. Human Resources has not received any guidelines for the exemption process yet, but our aim is to help speed the approval process along by providing some recommendations should your physician feel that you should not be returning to your work environment:

- Please have your physician complete a disability medical report (included with this memo), as medical certificates will not be accepted. This report must be signed by both employee and physician.
- Your physician must include as much detail as possible to ensure a speedy decision process.
- Some key information to include: detailed medical condition, medications and dosage, COVID-19 vaccination status, any other comments & medical information relevant to COVID-19.
- Please note a consulting physician will review every case individually and will reach out to your physician, if necessary, to validate the information on the medical report. Kindly inform your physician of this.
- Please ensure your physician is aware of the safety & sanitary measures that are presently in place at your place of work, as this will also be discussed with the consulting physician (physical distancing, hand washing, respiratory etiquette and maintenance of hygiene measures for the material, equipment and frequently touched surfaces).

We will continue to monitor all information issued by Santé Publique, MEES, and the CNESST to ensure that you receive the most updated information available.

Please continue to follow the guidelines issued by Santé Publique. The health of you and your family is our priority.

Wishing you a safe and happy start of year,

Your HR Team

DISABILITY MEDICAL REPORT

Salary Insurance

Section A : Identification of employee and employer (to be completed by the employer)									
Identification of employee	Name of employee					Family name (at birth)			
	Social insurance number :				Sex	☐ M	☐ F	Date of birth : Year Month Day	
	Address							Postal code	
	Date of beginning of disability : Year Month Day			Job title			Employee Number		
	Status of employment		☐ Regular	☐ Other	Where applicable, indicate the date of end of employment Year Month Day				
Identification of the employer	Employer's no. M1016179		Name of employer C.S. Lester-B.-Pearson School Board						
	Address 1925, BROOKDALE AVENUE DORVAL, QUÉBEC							Postal code H9P 2Y7	
	Representative of employer	Name (please print)					Area code Telephone no. Ext.		
		Signature					Area code Fax no. (514) 422-3024		
Note : Please complete Section C "Identification of the Employee", and indicate the "date of end of period agreed to by employer" in Subsection D, 3) A).									

Section B: Attestation and Authorization of Employee (to be completed by employee)				
Have you filed, or do you intend to file a claim concerning your present disability under a law administered by one of the following organizations ? (If so, please check the appropriate box.)				
☐ IVAC : Indemnisation des victimes d'actes criminels		☐ SAAQ : Société de l'assurance automobile du Québec		
☐ CSST : Commission de la santé et de la sécurité du travail		☐ RRQ : Régie des rentes du Québec		
I certify that the information contained in this report is accurate, and I authorize the physicians and authorized representatives of hospitals and any other organizations concerned to provide the employer and services-conseils aux gestionnaires des réseaux de l'éducation with any pertinent information concerning my health condition or medical history with regard to the disability described in this report. Upon request, I will submit to the employer the supporting documents attesting to the treatment received from any other health professional for the said disability.				
Signature	X		Date	Year Month Day Area code Home telephone no.

General Information Intended for the Attending Physician and the Employee

Claiming Salary Insurance Benefits

Salary Insurance Plan

The costs related to the salary insurance plan in the education network are assumed in their entirety by the employer for the first 104 weeks of disability. This is a self-insurance plan to which the employee does not contribute.

While the employer is responsible for the payment of salary insurance benefits, he or she must ensure that the benefits are paid in accordance with the rules governing the collective agreements in force in the education network.

The employer may, if he or she deems it appropriate, require additional information in order to enable him or her to assess the eligibility of the claim, as well as any extension of the absence. He or she may refer an employee to a physician he or she may designate. Any cost related to a medical report, such as professional fees or additional information, are assumed by the employee, unless otherwise stipulated in the collective agreements or working conditions.

Definition of "Disability"	(Please see collective agreement for exceptions, ex. self-inflicted illness/injury, alcoholism or drug addiction.)
To be eligible for salary insurance benefits during a disability period, the employee must demonstrate that his or her medical condition meets the following criteria:	
1. the state of incapacity must result from an illness, accident, pregnancy complication or surgical procedure related to family planning;	
AND	
2. the illness (or accident) necessitates medical care;	
AND	
3. the disability must render the employee totally unable to perform the usual duties of his or her position, or any other similar position calling for comparable remuneration.	

Definition of "Functional Disability"

A functional disability or incapacity is any restriction resulting from an impairment which significantly limits the employee's ability to perform an activity. This indicates what the employee is no longer able to do.

Progressive Return to Work

An employee may, after an absence of at least 12 weeks and in agreement with the employer, benefit from a period of gradual return to work during which he or she must be able to perform all of his or her duties according to the agreed proportion of time. The progressive return shall not exceed 12 consecutive weeks and shall be followed by an immediate return to work on a full-time basis.

Return to Work

It is important to confirm your return to work in order to end salary insurance benefits and to resume regular salary payments.

Note : This document is intended for information purposes only and does not, in any circumstances, replace or add to the definitions contained in the collective agreements in force in the education network.

Section C : Identification of the Employee										
Name of employee					Social insurance number :					
Section D: Medical report (to be completed legibly by the physician)										
1) DIAGNOSIS										
Main illness causing present disability				In the case of a mental disorder, fill in the axis according to DSM IV.						
				Axis I						
				Axis II						
				Axis III						
				Axis IV						
Assessment of illness : ☐ Serious ☐ Moderate ☐ Minor			Diagnostic code		Axis V			Diagnostic code		
Secondary illness (if any)								Diagnostic code		
First examination for this disability : Year Month Day				Frequency of visits						
Pregnancy : EDC				Is this a serious complication? ☐ Yes ☐ No						
Stay in hospital or clinic :		Name			From : Year Month Day			to : Year Month Day		
Referral to a specialist (specify date of appointment) : Year Month Day					Name of physician (specialty)					
Attach copy of test results										
Brief report of specific pertinent tests: CSF, HB, ECG, EMG, CAT, MRI, AP (reading and date), etc.										
2) TREATMENT										
☐ None		☐ Medical: medication and dosage (date of beginning)								
In the case of surgery, is the employee able to work while awaiting surgery? ☐ Yes ☐ No										
☐ Surgical: nature and date of surgery										
Therapy		Frequency		Name of professional or clinic						
☐ Physiotherapy :		_____		_____						
☐ Psychotherapy :		_____		_____						
☐ Other (specify) :		_____		_____						
3) DISABILITY – PROGRESSIVE RETURN TO WORK										
A) Disability (definition on previous page)										
Indicate how the illness described above renders the employee unable to hold the position entered in Section A. Indicate the functional disabilities (definition on previous page).										
Date of end of period agreed to by employer : Year Month Day				If the absence is extended beyond the date of the period agreed to by the employer, describe the medical reasons or complications justifying the extention.						
In your opinion, is the employee presently totally unable to perform the usual duties of his or her position? ☐ Yes ☐ No										
Date of beginning of disability : Year Month Day			Expected date of return to work : Year Month Day			If undetermined, indicate the approximate date of end of absence : Year Month Day				
								Date of next appointment : Year Month Day		
B) Progressive Return to Work (Important: see definition on previous page)										
Could the employee return to work on a progressive basis? ☐ Yes ☐ No										
If so, no. of days/wk and weeks? :		Days/wk for Weeks		Days/wk for Weeks		Days/wk for Weeks		Starting date : Year Month Day		
4) TOTAL PERMANENT DISABILITY (if any)										
In your opinion, does the employee exhibit any total permanent disability which prevents him or her from carrying on his or her employment? ☐ Yes ☐ No						If so, could the employee carry on other employment? ☐ Yes ☐ No				
Signature of Physician										
Only legally authorized physicians may sign the form (stamps not accepted). Please note that the employer is not bound by the recommendations of the signatory physician. Any incomplete report, or any report whose content does not support the recommendations, could be refused without further notice.										
Name of physician (please print)				Permit no.		Area code Telephone no.		Area code Fax no.		
Address				Province		Postal code		Email		
Specialty (if necessary)				Signature of physician (do not use stamp)				Date : Year Month Day		



Lester B. Pearson School Board
Commission scolaire Lester-B.-Pearson
1925 Brookdale Ave., Dorval, QC, Canada
www.lbpsb.qc.ca

Le 31 août 2021

Chers membres du personnel de la CSLBP,

Nous espérons que l'été vous a permis de refaire le plein d'énergie et que vous avez aussi hâte à la rentrée que nous.

En juillet, une note de service a été envoyée pour confirmer que le processus d'exemption ne s'appliquerait pas pour l'année scolaire de 2021-2022. Comme pour tout ce qui concerne la COVID, il se peut que le gouvernement change cette décision. Les Ressources humaines n'ont pas encore reçu de directives sur les exemptions, mais notre objectif est d'aider à accélérer le processus d'approbation en donnant des recommandations si votre médecin pense que vous ne devriez pas retourner dans votre milieu de travail :

- Faites remplir à votre médecin un rapport médical d'invalidité (joint à cette note de service), car les certificats médicaux ne seront pas acceptés. Ce rapport doit être signé par l'employé et le médecin.
- Votre médecin doit indiquer le plus de détails possible pour que la décision puisse se prendre rapidement.
- Certaines données comprennent : état de santé détaillé, médicaments et dosage, statut de la vaccination contre la COVID-19 et tout autre commentaire ou renseignement médical pertinent à la COVID-19.
- Prenez note qu'un médecin consultant relira tous les dossiers un par un et qu'il communiquera avec votre médecin au besoin pour valider les données inscrites dans votre rapport médical. Veuillez en informer votre médecin.
- Assurez-vous que votre médecin est au courant des mesures de sécurité et des mesures sanitaires présentement en place sur votre lieu de travail, car le médecin consultant en discutera aussi (distanciation physique, lavage des mains, étiquette respiratoire et maintien des mesures d'hygiène pour le matériel, l'équipement et les surfaces touchées fréquemment).

Nous continuerons de vérifier toute l'information publiée par la Santé publique, le MEES et la CNESST pour nous assurer que vous recevez les renseignements les plus à jour.

Continuez de suivre les directives publiées par la Santé publique. Votre santé et celle de votre famille sont notre priorité.

Nous vous souhaitons un début d'année en santé et heureux.

Votre équipe des RH

À REMPLIR EN PRENANT SOIN D'ÉCRIRE LISIBLEMENT EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

Nom						Prénom											
Matricule ou N.A.S.						Sexe ☐ Masculin ☐ Féminin						Date de naissance ____ / ____ / ____ A M J					
Adresse									Province			Code postal					
Date du début de l'invalidité ____ / ____ / ____ A M J						Titre d'emploi											

Nom de l'employeur			
Adresse		Province	Code postal
Nom du représentant de l'employeur	N° de téléphone ()	N° de télécopieur ()	
Signature			

Avez-vous déposé ou vous proposez-vous de déposer une réclamation relativement à la présente invalidité en vertu d'une des lois administrées par l'un des organismes suivants ? (si oui, cochez la case appropriée.) ☐ IVAC : Indemnisation des victimes d'actes criminels ☐ SAAQ : Société de l'assurance automobile du Québec ☐ CSST : Commission de la santé et de la sécurité du travail ☐ RRR : Régie des rentes du Québec		
J'atteste que les renseignements ci-dessus sont exacts et j'autorise les médecins et les représentants autorisés des hôpitaux et de tout autre organisme en cause à fournir à mon employeur tous les renseignements pertinents se rapportant à mon état de santé ou au dossier médical relatifs à l'invalidité décrite dans le présent rapport. Sur demande, je m'engage à présenter à l'employeur les pièces justificatives attestant les soins reçus de tout autre professionnel de la santé pour cette invalidité.		
Signature	_____ / _____ / _____ A M J	N° de téléphone à la résidence ()

Régime d'assurance salaire

La charge financière du régime d'assurance salaire dans les réseaux de l'éducation est entièrement supportée par les employeurs pour les 104 premières semaines d'invalidité. En effet, il s'agit d'un régime d'autoassurance auquel la personne salariée ne contribue pas financièrement.

L'employeur étant responsable du versement des prestations d'assurance salaire, il a le devoir de s'assurer que les prestations versées le sont à juste titre et en fonction des règles conformes aux conventions collectives en vigueur dans les réseaux de l'éducation.

L'employeur peut, lorsqu'il le juge approprié, demander des renseignements complémentaires afin de lui permettre d'évaluer l'admissibilité de la réclamation et de toute prolongation de la période d'absence. Il peut également demander à la personne salariée de se soumettre à une évaluation médicale avec le médecin qu'il désigne. Les frais pouvant être encourus pour la production de rapports médicaux, tels que les honoraires professionnels ou les renseignements complémentaires sont à la charge de la personne salariée, sauf si cela est autrement stipulé aux conventions collectives ou dans d'autres dispositions régissant les conditions de travail. L'employeur traite les certificats et renseignements médicaux de façon confidentielle.

Définition d' « invalidité »

Afin d'être admissible aux prestations d'assurance salaire lors d'une période d'invalidité, la personne salariée doit démontrer que sa condition médicale correspond aux trois critères suivants :

1. l'état d'incapacité **doit résulter d'une maladie, d'un accident ou d'une intervention chirurgicale liée à la planification familiale;**
ET
2. l'état d'incapacité **doit nécessiter des soins médicaux;**
ET
3. l'état d'incapacité **doit rendre** la personne salariée **totalement incapable** d'accomplir les tâches habituelles **de son emploi ou de tout autre emploi analogue** offert par l'employeur et comportant une rémunération similaire.

Retour progressif au travail

Pendant la période d'invalidité, une personne salariée peut, après entente avec l'employeur, bénéficier d'une période de retour progressif pendant laquelle elle doit être en mesure d'effectuer l'ensemble de ses tâches selon la proportion de temps convenue.

Note : Le présent document ayant seulement un caractère informatif, il ne se substitue ni n'ajoute en aucun cas aux définitions contenues dans les conventions collectives en vigueur dans les réseaux de l'éducation.

Partie D : Renseignements sur la personne salariée

Nom de la personne salariée	Matricule ou N.A.S.
-----------------------------	---------------------

Partie E : Rapport médical (à remplir lisiblement par le médecin traitant)

1. DIAGNOSTIC	
Principal : _____ _____ _____	S'il s'agit d'un trouble de santé mentale, remplissez les axes selon le DSM IV Axe I _____ Axe II _____ Axe III _____ Axe IV _____ Axe V _____
Secondaire, s'il y a lieu : _____ _____	
Cas de grossesse	D.P.A. : A / M / J S'agit-il d'une complication grave? ☐ oui ☐ non G.A.R.E. ☐ oui ☐ non

2. SUIVI MÉDICAL ET TRAITEMENT	
Date de la première consultation pour cette invalidité : A / M / J	Fréquence des visites : ☐ hebdomadaires ☐ bimensuelles ☐ mensuelles ☐ autres
Orientation vers un autre médecin : ☐ oui ☐ non Si oui, nom du médecin, spécialité : _____	
☐ Médicaments - nom – posologie : 	
☐ Physiothérapie/ergothérapie : Date du début : _____ Fréquence : _____ A / M / J	
☐ Psychothérapie : Date du début : _____ Fréquence : _____ A / M / J	
Cette personne a-t-elle subi ou subira-t-elle :	
☐ Examens ou tests Précisez : _____ Résultats : _____ (FSC, HB, ECG, EMG, TACO, RMI....)	
☐ Chirurgie ☐ d'un jour Précisez : _____ Date : _____ A / M / J	
☐ Hospitalisation du _____ au _____ Nom de l'hôpital ou clinique : _____ A / M / J	
☐ Autres (précisez) : _____	

3. PLAN DE RETOUR AU TRAVAIL ET PRONOSTIC			
Date du début de l'invalidité :	Date prévue de retour au travail :	Si indéterminée, indiquez la date approximative de la fin de l'absence :	
/ / AMJ	/ / AMJ	/ / AMJ	
Pourrait-elle reprendre son emploi en retour progressif? ☐ oui ☐ non		Si oui, date du début : / / AMJ	
Si oui, nombre de jrs/sem. et de semaines : jrs/sem. pour semaines			
jrs/sem. pour semaines			
Date du prochain rendez-vous : / / AMJ			

4. INVALIDITÉ (définition au recto)	Indiquez les raisons médicales qui rendent la personne totalement incapable d'occuper son emploi inscrit à la partie A. Précisez les limitations fonctionnelles :
--	--

5. INCAPACITÉ TOTALE ET PERMANENTE (s'il y a lieu)			
Selon vous, s'agit-il d'une incapacité totale et permanente pour occuper son emploi? ☐ oui ☐ non			
Si oui , pourrait-elle occuper un autre emploi? ☐ oui ☐ non		Avez-vous complété des documents pour la RRQ? ☐ oui ☐ non	
Identification du médecin			
Seuls les médecins légalement autorisés sont habilités à signer ce formulaire (estampilles non acceptées). À noter que l'employeur n'est pas lié par les recommandations du médecin signataire. Tout rapport incomplet, ou dont le contenu ne permet pas de justifier les recommandations faites, pourra être refusé sans autre formalité.			
Nom du médecin et prénom (caractères d'imprimerie)	N° de permis d'exercer	N° de téléphone ()	N° de télécopieur ()
Spécialité (s'il y a lieu)	Signature du médecin	Date AMJ	