



**IVAC** Indemnisation  
des victimes  
d'actes criminels

1199, rue De Bleury  
C. P. 6056, succursale Centre-ville  
Montréal (Québec) H3C 4E1  
Tél. : 514 906-3019  
1 800 561-4822

## Renseignements sur la rémunération de l'employé

### Réservé à l'usage de la Direction de l'IVAC

Numéro de dossier

Date de l'événement		
Année	Mois	Jour

### Important :

Ce formulaire s'adresse à l'employeur.

Il doit le remplir et le transmettre le plus tôt possible à la Direction de l'indemnisation des victimes d'actes criminels.

### Renseignements sur l'identité de l'employeur

Nom de l'entreprise

Adresse

Numéro	Rue	Bureau
Case postale	Ville / Municipalité	
Province / État	Pays	Code postal

### Renseignements sur l'identité de l'employé

Nom

Prénom

Numéro d'assurance sociale

Date d'entrée en fonction

Année	Mois	Jour

### Renseignements

Poste occupé au moment de l'événement	Horaire de travail : cochez les jours habituellement travaillés <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Autre horaire : _____			
Description des tâches				
Statut au moment de l'événement	Temps	Date de fin de contrat	Le contrat est-il renouvelable ?	
<input type="checkbox"/> Sur appel <input type="checkbox"/> Saisonnier	<input type="checkbox"/> Permanent <input type="checkbox"/> Occasionnel	<input type="checkbox"/> Plein <input type="checkbox"/> Partiel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Année Mois Jour
Salaire brut versé à l'employé durant les 12 mois qui ont précédé la date de l'événement	Semaine normale de travail de l'employé	Salaire de l'employé au moment de l'événement	Taux	
\$	heures	\$	<input type="checkbox"/> horaire <input type="checkbox"/> quotidien <input type="checkbox"/> hebdomadaire <input type="checkbox"/> bimensuel	
L'employé s'est-il absenté immédiatement après l'événement ?		Du		Au
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Année Mois Jour		Année Mois Jour
Y a-t-il eu par la suite d'autres arrêts de travail liés à l'événement ?		Du		Au
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Année Mois Jour		Année Mois Jour
		Depuis la date de l'événement, avez-vous versé des sommes à cet employé au cours de sa période d'incapacité de travail ?		
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Précisez \$

Remarques

Nom de l'employeur ou de son représentant (en caractères d'imprimerie)

Fonction

Numéro de téléphone Ind. rég.

Signature de l'employeur ou de son représentant

Année Mois Jour