

Renseignements sur la rémunération de l'employé au moment de l'arrêt de travail

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.

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

N° de dossier ▶

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Autorisation

J'autorise la Direction de l'IVAC à communiquer avec mon employeur afin d'obtenir les renseignements nécessaires à l'évaluation de ma présente demande de prestations, notamment pour obtenir et vérifier les renseignements figurant dans le présent formulaire. J'autorise également la Direction de l'IVAC à communiquer avec mon employeur au sujet de toute mesure de réinsertion professionnelle. Cette autorisation est valide jusqu'à la fin du traitement de ma demande de prestations.

Date de l'arrêt de travail

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Signature de l'employé
(Signer à la main la version imprimée) ▶

Renseignements sur l'employé

Nom						Prénom					
-----	--	--	--	--	--	--------	--	--	--	--	--

N° d'assurance sociale											

Renseignements sur l'employeur

Nom de l'entreprise											
Numéro				Rue				Bureau			
Case postale				Ville/Municipalité							
Province/État				Pays				Code postal			
Téléphone						Télécopieur					

Renseignements sur la fonction de l'employé

Poste occupé au moment de l'arrêt de travail						Horaire de travail : cochez les jours habituellement travaillés													
						L M M J V S D													
						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>													
Date d'entrée en fonction :						Autre horaire :													
<table border="1"> <tr> <td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td> <td>M</td><td>M</td> <td>J</td><td>J</td> </tr> </table>						A	A	A	A	M	M	J	J						
A	A	A	A	M	M	J	J												
Description des tâches																			

Renseignements sur l'emploi

Nature de l'emploi au moment de l'arrêt de travail				Mode de rémunération																											
<input type="checkbox"/> À temps plein		<input type="checkbox"/> À contrat à durée déterminée		Salaire de l'employé au moment de l'arrêt de travail				<input type="checkbox"/> À taux fixe :																							
<input type="checkbox"/> À temps partiel		<input type="checkbox"/> Autre :						<input type="checkbox"/> heure		<input type="checkbox"/> À la commission																					
<input type="checkbox"/> Sur appel								<input type="checkbox"/> semaine		<input type="checkbox"/> À forfait																					
<input type="checkbox"/> Saisonnier								<input type="checkbox"/> mois		<input type="checkbox"/> Autre :																					
Semaine normale de travail de l'employé				Salaire annuel brut				<input type="checkbox"/> Contrat de travail																							
<table border="1"> <tr> <td>H</td><td>H</td> <td>M</td><td>M</td> </tr> </table>				H	H	M	M					<input type="checkbox"/> OU																			
H	H	M	M																												
								<input type="checkbox"/> Gagné au cours des 12 derniers mois précédant la date de l'arrêt de travail																							
Date de fin de contrat				Le contrat est-il renouvelable ?																											
<table border="1"> <tr> <td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td> <td>M</td><td>M</td> <td>J</td><td>J</td> </tr> </table>				A	A	A	A	M	M	J	J	<input type="checkbox"/> Oui ▶				<table border="1"> <tr> <td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td> <td>M</td><td>M</td> <td>J</td><td>J</td> </tr> </table>				A	A	A	A	M	M	J	J				
A	A	A	A	M	M	J	J																								
A	A	A	A	M	M	J	J																								
				<input type="checkbox"/> Non																											
L'employé s'est-il absenté ?						Y a-t-il eu par la suite d'autres arrêts de travail ?																									
<input type="checkbox"/> Oui ▶		Du		Au		<input type="checkbox"/> Oui ▶		Du		Au																					
<input type="checkbox"/> Non		<table border="1"> <tr> <td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td> <td>M</td><td>M</td> <td>J</td><td>J</td> </tr> </table>		A	A	A	A	M	M	J	J	<table border="1"> <tr> <td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td> <td>M</td><td>M</td> <td>J</td><td>J</td> </tr> </table>		A	A	A	A	M	M	J	J	<table border="1"> <tr> <td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td> <td>M</td><td>M</td> <td>J</td><td>J</td> </tr> </table>		A	A	A	A	M	M	J	J
A	A	A	A	M	M	J	J																								
A	A	A	A	M	M	J	J																								
A	A	A	A	M	M	J	J																								
Nom de l'employeur ou de son représentant (en caractères d'imprimerie)																															
Signature de l'employeur ou de son représentant (Signer à la main la version imprimée) ▶						<table border="1"> <tr> <td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td> <td>M</td><td>M</td> <td>J</td><td>J</td> </tr> </table>						A	A	A	A	M	M	J	J												
A	A	A	A	M	M	J	J																								