

# Renseignements sur la rémunération de l'employé à la date 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 générale de l'IVAC.

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

N° de dossier ▶

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

Veuillez cocher Oui si les renseignements sont identiques à la date de l'arrêt de travail et à la date de l'acte criminel.

Oui      Non

Si vous avez coché Oui, l'employeur peut remplir un seul annexe, l'annexe 1A ou l'annexe 1B.

**Autorisation**

J'autorise la Direction générale 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 générale 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										
		<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										

**Renseignements sur l'employeur**

Nom de l'entreprise																							
Numéro	Rue	Bureau																					
Case postale	Ville/Municipalité																						
Province/État	Pays	Code postal	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				
Téléphone	Télécopieur																						
<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>												

**Renseignements sur la fonction de l'employé**

Poste occupé à la date de l'arrêt de travail	Horaire de travail : cochez les jours habituellement travaillés L M M J V S D								
Date d'entrée en fonction : <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	Autre horaire : _____
A	A	A	A	M	M	J	J		
Description des tâches									

**Renseignements sur l'emploi**

Nature de l'emploi à la date de l'arrêt de travail		Mode de rémunération																																		
À temps plein	À contrat à durée déterminée	Salaire de l'employé à la date de l'arrêt de travail \$	À taux fixe : heure semaine mois	À la commission																																
À temps partiel	Autre : _____		Au pourboire	À forfait																																
Sur appel				Autre : _____																																
Saisonnier																																				
Semaine normale de travail de l'employé	<table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Salaire annuel brut \$	Contrat de travail <b>OU</b>	Gagné au cours des 12 derniers mois précédant la date de l'arrêt de travail																												
H	H	M	M																																	
Date de fin de contrat	<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	Le contrat est-il renouvelable?	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																													
L'employé s'est-il absenté?		Y a-t-il eu par la suite d'autres arrêts de travail?																																		
Du 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> Au <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	Du 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> Au <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																													
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> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																																