

**Renseignements sur
la rémunération de l'employé
à la date de l'acte criminel****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'IVACN° 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'acte criminel

Signature de l'employé

(Signer à la main la version imprimée) ▶

Renseignements sur l'employéNom Prénom

N° d'assurance sociale

Renseignements sur l'employeurNom 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 à la date de l'acte criminel

Date d'entrée en fonction :

Horaire de travail : cochez les jours habituellement travaillés

L M M J V S D
 Autre horaire :

Description des tâches

Renseignements sur l'emploi

Nature de l'emploi à la date de l'acte criminel

-
- À temps plein
-
- À contrat à durée déterminée
-
-
- À temps partiel
-
- Autre :
-
-
-
- Sur appel
-
- Saisonnier

Mode de rémunération

-
- À taux fixe :
-
- heure
-
- À la commission
-
-
- semaine
-
- À forfait
-
-
- mois
-
- Autre :
-
-
-
- Au pourboire

Salaire de l'employé
à la date de l'acte
criminel \$Semaine normale de
travail de l'employé

Salaire annuel brut

 \$

-
- Contrat de travail
- OU**
-
- Gagné au cours des 12 derniers
-
- mois précédant la date de l'acte
-
- criminel

Date de fin de contrat

Le contrat est-il
renouvelable ?

-
- Oui ▶
-
-
- Non

L'employé s'est-il absenté ?

Du Oui ▶ Au Non

Y a-t-il eu par la suite d'autres arrêts de travail ?

Du Oui ▶ Au Non

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) ▶