

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 de l'indemnisation des victimes d'actes criminels.

Réservé à l'usage de la
Direction 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 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

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

Renseignements sur l'employé

Nom	Prénom	N° d'assurance sociale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 à la date 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 : <input type="text"/>	Autre horaire : <input type="text"/>
Description des tâches	

Renseignements sur l'emploi

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