

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 |
| | | |

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 | | | | | | | | |
| 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 | OU Gagné au cours des 12 derniers mois précédant la date de l'arrêt de travail | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| H | H | M | M | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | \$ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Date de fin de contrat | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Non | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| L'employé s'est-il absenté? | | Y a-t-il eu par la suite d'autres arrêts de travail? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Oui ▶ Du <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 | Oui ▶ Du <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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |