IVAC
Indemnisation des victimes d'actes criminels

ANNEXE 1B

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'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'acte criminel
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'acte criminel

Date d'entrée en fonction : A A A A M M J J

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

Salaire de l'employé à la date de l'acte criminel
$

Mode de rémunération

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

Semaine normale de travail de l'employé H H M M

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
A A A A M M J J

Le contrat est-il renouvelable ? ☐ Oui ▶ A A A A M M J J ☐ Non

L'employé s'est-il absenté ?
☐ Oui ▶ Du A A A A M M J J Au A A A A M M J J
☐ Non

Y a-t-il eu par la suite d'autres arrêts de travail ?
☐ Oui ▶ Du A A A A M M J J Au A A A A M M J J
☐ 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)
A A A A M M J J