

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 ▶

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

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 À temps partiel Autre : _____ Sur appel Saisonnier	Salaire de l'employé à la date de l'arrêt de travail _____ \$ À taux fixe : heure semaine mois Au pourboire À la commission Autre : _____

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'arrêt de travail				
<table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	_____ \$			
H	H	M	M					

Date de fin de contrat	Le contrat est-il renouvelable ?																
<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	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> Non	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 ?																																
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> Non	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> Non	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) ▶

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