IVAC
Indemnisation des victimes d'actes criminels

ANNEXE 1A

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** ▶

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 (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 _____

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'arrêt de travail

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

Salaire de l'employé à la date de l'arrêt de travail ____ $

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'arrêt de travail

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)