

DEMANDE DE CONGÉ CISSL

ATTENTION SI UN DES ÉLÉMENTS SUIVANTS EST MANQUANT, LE FORMULAIRE VOUS SERA RETOURNÉ :

Date de début / Date de fin / Nb de jours travaillés / horaire employé avec les congés partiels sans solde
Approbation / Signature chef / Signature employé / Preuves requises / Formulaire DPA à la 2^e page (si requis)

Identification de l'employé (en lettres moulées)		
Nom :	Prénom :	Matricule :
Titre d'emploi :	Service :	Téléphone (de jour) :
Courriel : _____		

Obligatoire : Date de début (dimanche de début de paie) et Date de fin (samedi de fin de paie) du congé	
Date de début :	Date de fin :

Congé sans solde à temps complet				Congé partiel sans solde			
Congé complet	À cocher	Retraite- Québec	DPA	Congé partiel	À cocher	Retraite- Québec	Nb de jour travaillés
Maternité (76)	<input type="checkbox"/>	Cotisation automatique		Partiel pour études (22) *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/15
Parental sans solde (61) *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPA	Partiel parental (67) *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/15
Responsabilités parentales (61) * (max 1 an)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPA	Partiel responsabilités parentales (max 1 an) (67)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/15
Adoption (78) (5 semaines)	<input type="checkbox"/>	Cotisation automatique		Retraite progressive (23) *	<input type="checkbox"/>	Cotisation automatique	/15
Parental adoption sans solde (61) *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPA	Partiel sans solde (20) *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/15
Paternité / 3 ou 5 semaines (85)	<input type="checkbox"/>	Cotisation automatique		Partiel enseignement (20) *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/15
Proche aidant d'adulte (45) *				Échange de poste (20) *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/15
<ul style="list-style-type: none"> > FIQ max 16 sem <input type="checkbox"/> > APTS max 16 sem <input type="checkbox"/> > CSN max 16 sem <input type="checkbox"/> > FIQ-APTS-CSN max 27 sem <input type="checkbox"/> 			DPA DPA DPA DPA	<p style="text-align: center;">Retraite-Québec (Cotisation à votre régime de retraite)</p> <p>Pour tous les congés portant un astérisque *, désirez-vous cotiser à votre régime de retraite pendant votre congé sans solde ou partiel sans solde? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>* Si votre congé partiel est de 20% et moins de votre poste d'origine, aucun choix à faire, vous cotiserez automatiquement (ex : Vous êtes titulaire TC 10/15 et demandez à travailler TP 8/15) *Le choix doit être fait avant le début du congé et ne pourra être modifié *Si le choix est non spécifié, votre congé sans solde ou partiel sans solde sera automatiquement non-cotisable (Il sera cependant rachetable)</p>			
Proche aidant d'enfant (45) *			DPA				
Autres raisons familiales ou parentales (45) *			DPA				
<ul style="list-style-type: none"> > jusqu'à 104 sem <input type="checkbox"/> 							
Enseignement (51) *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPA	<p style="text-align: center;">À ne pas oublier avant l'envoi</p> <p>*Remplir la section identification, incluant le courriel *Remplir le choix de la cotisation ou non à votre régime de retraite *Remplir le type de congé souhaité (TC ou à TP), date de début et de fin du congé (cocher un (1) seul congé) Si votre congé est à temps complet pour lequel un DPA est requis, vous devez faire un choix concernant vos assurances collectives * Si congé partiel, indiquer le nombre de jour travaillés durant votre congé *Joindre les pièces justificative et DPA si requis *À signer par vous et votre gestionnaire avant l'envoi</p>			
Études (57) *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPA				
Sabbatique (63) *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPA				
Congé sans solde pour travaille Nordique (47) *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPA				
Congé autre * :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPA				
(Cotisation automatique à Retraite-Québec pour l'un ou l'autre des congés) Mariage <input type="checkbox"/> semaine de congé avec solde seulement ou union civile <input type="checkbox"/> semaine de congé avec solde et sans solde							

<p>OBLIGATOIRE</p> <p>Pour les congés ci-dessus avec indication DPA (débit pré-autorisé) cocher l'option souhaitée et remplir le formulaire à la page suivante</p> <p><input type="checkbox"/> Je désire maintenir toutes les protections que je possède actuellement</p> <p><input type="checkbox"/> Je désire maintenir uniquement le régime de base médicaments (obligatoire) et suspendre temporairement les protections optionnelles / Complémentaires – Irrévocable durant le congé</p> <p><input type="checkbox"/> Je suis assuré(e) avec mon conjoint et suspends toutes les autres protections (= assurance salaire, assurances vie, assurance vie des personnes à charges)</p>	<p style="text-align: center;">Retourner ce formulaire dûment complété à :</p> <p style="text-align: center;"><i>Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques. Service de la rémunération, des avantages sociaux et information de gestion.</i> 1000 boulevard St-Anne St-Charles-Borromée (Québec) J6E 6J2 Téléphone : (450) 759-8222 Télécopieur : (450) 759-8496</p>
--	--

Aménagement de temps de travail	
Horaire de 4 jours : <input type="checkbox"/> 4 jours/32 h <input type="checkbox"/> 4 jours/33 h <input type="checkbox"/> 4 jours/34 h <input type="checkbox"/> 4 jours/35 h	H début : _____ H repas : _____ H de fin : _____

Obligatoire pour tous les congés partiels et aménagement d'horaire (si l'horaire sera variable ou selon les besoins du service, ne rien inscrire)
Inscrire les jours de travail après la modification d'horaire ainsi que les jours de congé partiels accordés
(T = travail) (C = congé hebdomadaire) (CPSS = congé partiel sans solde)

Semaine 1							Semaine 2						
D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S

Régime de congé à traitement différé (RCSTD)	
Durée du régime : (Nb d'année choisi du paiement)	Dates de début et de fin du régime (paiement) : du: _____ au _____ (doit débiter un dimanche de début de paie)
Durée du congé : (Nb de mois)	Dates de début et de fin du congé : du: _____ au _____

Signature de l'employé (obligatoire avant l'envoi au gestionnaire)	
Signature :	Date :

Réservé au supérieur immédiat (informations obligatoires avant l'envoi au Service de la paie, rémunération et avantages sociaux)	
Nom du gestionnaire (en lettre moulée) :	Téléphone :
Signature gestionnaire :	<input type="checkbox"/> Accepté <input type="checkbox"/> Refusé (motif) :
Nom de l'agent aux horaires (si il y a lieu) (en lettre moulée) :	

Formulaire de débits préautorisés (DPA)

IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ

Nom :	Prénom :	Matricule :
-------	----------	-------------

RAISON DU DÉBIT PRÉAUTORISÉ

Assurance collective / Stationnement / Autres

Arrérages lors d'un congé sans solde :

J'autorise le CISSSL à débiter de mon compte le coût des protections d'assurance et autres sommes à mon dossier, à la date du DPA, et ce, pendant toute la durée de mon congé sans solde. Ce montant pourra varier de + ou - 10% en fonction des hausses décrétées par les compagnies d'assurance **ou en fonction des modifications apportées à mon régime.** Veuillez prendre note que toute somme versée par l'employeur pendant l'absence sans salaire (rétro, banques vacances...) pourrait modifier et/ou annuler le débit préautorisé pour la période de paie concernée. **Je m'engage à maintenir les fonds nécessaires au débit préautorisé.**

Cette entente prendra fin automatiquement à la fin de mon congé ou à mon retour au travail selon la première éventualité.

Ce prélèvement sera fait à la même date que les dépôts de paie du CISSSL

Arrérages lors d'une période de paie sans salaire :

Je dois compléter ce formulaire et le faire parvenir au service de la rémunération et AVS au plus tard le _____
Considérant qu'à certaines périodes de paie, je ne touche pas la rémunération suffisante pour couvrir le montant de mes primes d'assurance collective et autres sommes, j'autorise le CISSSL à prélever le montant d'arréage figurant sur mon relevé de paie.
Je m'engage à maintenir les fonds nécessaires au débit préautorisé.

Cette entente sera valide pour la durée de mon emploi au CISSSL

Ce prélèvement sera fait à la même date que les dépôts de paie du CISSSL

Section réservée au service de la paie

Autres : Précisez le motif : _____

Montant : _____

Date du débit : _____

Cette entente n'est valide que pour le montant et la date spécifiée

IDENTIFICATION DE L'INSTITUTION FINANCIÈRE

Le débit préautorisé sera effectué à l'institution financière tel qu'indiqué à mon dossier d'employé (dépôt bancaire)

Je m'engage à informer l'employeur de tout changement de numéro de compte bancaire et d'institution financière au moins 10 jours ouvrables avant la date prévue du prochain débit à l'adresse au bas de ce formulaire.

AUTORISATION ET ACCORD

J'autorise le CISSSL à débiter de mon compte bancaire les montants selon la fréquence spécifiée dans la section « Raison du débit préautorisé ». Le CISSSL obtiendra mon autorisation pour tout autre débit ponctuel ou sporadique. Je peux obtenir un spécimen de formulaire d'annulation, ou plus d'information sur mon droit d'annuler un DPA du payeur en m'adressant à mon institution financière. Le CISSSL ne peut céder la présente autorisation directement ni indirectement, par application de la loi, changement de contrôle ou autrement, sans me donner au moins 10 jours de préavis écrit. J'ai certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout DPA qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent accord de DPA. Pour obtenir un formulaire de demande de remboursement, ou pour plus d'information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière. Je comprends la convention de régime de débits préautorisés et désire y participer. Je consens à ce que le **service de paie du CISSSL** communique à l'institution financière des renseignements personnels qui peuvent être contenus dans la présente convention de débits préautorisés, dans la mesure où cette communication de renseignements personnels est directement liée et nécessaire à la bonne application des règles applicables en matière de débits préautorisés.

SIGNATURE

Signature :	Date :
-------------	--------

Veillez retourner ce formulaire à :

*Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques
Service de la rémunération, des avantages sociaux et information de gestion*

Fax : 450-759-8496