

# Demande de congé

## Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière

Identification de l'employé (en lettres moulées)			
Nom :	Prénom :	Matricule :	
Titre d'emploi :	Service :	Téléphone (de jour) :	
Courriel : _____			
Obligatoire : Date de début et date de fin du congé			
Date de début :		Date de fin :	
Congé sans solde à temps complet			
Congé complet	Cocher	Retraite-Québec	DPA
Maternité (76)	<input type="checkbox"/>	Cotisation automatique	
Parental sans solde (61) *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPA
Responsabilités parentales (61) * (max 1 an)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPA
Adoption / 5 semaines (78)	<input type="checkbox"/>	Cotisation automatique	
Parental adoption sans solde (61) *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPA
Paternité / 3 ou 5 semaines (85)	<input type="checkbox"/>	Cotisation automatique	
<b>Proche aidant d'adulte</b> (45) *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPA
→ FIQ max 16 sem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPA
→ APTS max 16 sem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPA
→ CSN max 16 sem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPA
→ FIQ-APTS-CSN max 27 sem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPA
<b>Proche aidant d'enfant</b> (45) *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPA
→ 36 à 104 sem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPA
<b>Autres raisons familiales ou parentales</b> (45) *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPA
→ jusqu'à 104 sem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPA
Enseignement (51) *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPA
Études (57) *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPA
Sabbatique (63) *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DPA
Congé nordique (47) *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mariage ou union civile → Semaine de congé avec solde → Semaine de congé avec solde et sans solde Date du mariage : _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cotisation automatique	
Obligatoire - Concernant les congés			
Assurances collectives Congés portant la mention DPA			
Vous devez prendre connaissance et compléter les pages 3 (choix des assurances) et page 4 (Débits préautorisés) du présent document et les retourner avec votre formulaire dûment complété.			
<b>ATTENTION :</b> Prenez note qu'aucun congé ne sera octroyé sans ces deux documents complétés.			
Retraite-Québec (Choix de votre régime de retraite) 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			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Si votre congé partiel est de 20% et moins de votre poste d'origine, vous n'avez aucun choix à faire, puisque vous cotiserez automatiquement à 100%. (exemple : Vous êtes titulaire 10/15 et demandez à travailler 8/15);</li> <li>Le choix doit être fait avant le début du congé et ne pourra être modifié.</li> </ul>			
<b>ATTENTION :</b> Si le choix est non spécifié, votre congé sans solde ou partiel sans solde sera automatiquement non-cotisable (il sera rachetable).			
Pièces justificatives Congés énumérés à la page 2			
Vous devez prendre connaissance de la page 2 du présent document afin de valider que vous avez en main toutes les preuves nécessaires à l'analyse. L'octroi des congés est conditionnel à la réception des preuves énumérées dans la liste.			
<b>ATTENTION :</b> Prenez note qu'aucun congé ne sera octroyé sans pièce justificative.			
Congé partiel sans solde et aménagement d'horaire			
Congé partiel	Cocher	Retraite-Québec	Nb de jours travaillés
Partiel pour études (22) *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/15
Partiel parental (67) *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/15
Partiel responsabilités parentales * (67) (max 1 an)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/15
Retraite progressive (23) *	<input type="checkbox"/>	Cotisation automatique	/15
Partiel sans solde (20) *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/15
Partiel enseignement (20) *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/15
Échange de poste (20) *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/15
Aménagement de temps de travail - HORAIRE DE 4 JOURS			
CSN ET APTS : <input type="checkbox"/> 4 jrs/32h (8h/jour) <input type="checkbox"/> 4 jrs/33h (8.25h/jour) <input type="checkbox"/> 4 jrs/34h (8.50h/jour) <input type="checkbox"/> 4 jrs/35h (8.75h/jour) <input type="checkbox"/> 4 jrs/36h (9h/jour)			
Nombre de fériés que vous souhaitez convertir: 8__ 9__ 10__ 11__ H début : _____ H repas : _____ H de fin : _____			
FIQ : <input type="checkbox"/> 4 jrs/33h (8.25h/jour) <i>Cet aménagement s'adresse aux salariées des regroupements des titres d'emploi d'infirmières, d'infirmières auxiliaires détentrices d'un poste au centre d'activités Urgence nord (7139) ou Unité de chirurgie 4A (7139).</i>			
Nombre de fériés que vous souhaitez convertir: 8__ 9__ 10__ H début : _____ H repas : _____ H de fin : _____			
Signature de l'employé (obligatoire avant l'envoi au gestionnaire)			
Signature :		Date :	
J'ai bien pris connaissance de la page 2 et j'ai bien annexé toutes les preuves demandées		<input type="checkbox"/> Oui	
Réservé au supérieur immédiat (Obligatoires avant l'envoi au Service de la rémunération et avantages sociaux)			
Nom du gestionnaire (en lettres moulées) :		Téléphone :	
Signature gestionnaire:		<input type="checkbox"/> Accepté <input type="checkbox"/> Refusé (motif)	
Nom de l'agent aux horaires (s'il y a lieu) (en lettres moulées) :			

# Liste des preuves exigées pour certains congés de plus de 30 jours

## ***Congé maternité (76) et paternité (85)***

---

- État de calcul des « Prestations planifiées » fourni par le RQAP afin de valider votre admissibilité. Il s'agit du document attestant du nombre de semaines octroyées par le service du Régime Québec d'Assurance Parentale. Vous devez fournir ce document environ 2 à 3 semaines après votre début de congé;
- Pour le congé paternité (85), nous avons besoin de l'acte de naissance de l'enfant. Vous devez fournir ce document dès la prise du congé paternité.

## ***Congé pour adoption (78)***

---

- État de calcul des « Prestations planifiées » fourni par le RQAP afin de valider votre admissibilité. Il s'agit du document attestant du nombre de semaines octroyées par le service du Régime Québec d'Assurance Parentale. Vous devez fournir ce document environ 2 à 3 semaines après votre début de congé;
- Certificat d'adoption.

## ***Congé mariage***

---

- Certificat de mariage (à fournir APRÈS le mariage).

## ***Congé pour études (57 complet ou 22 partiel)***

---

- L'horaire de cours - incluant le nombre de cours et de crédits;
- Les dates de vos cours, soit le début et fin de la session;
- Le nom de votre programme suivi ainsi que l'établissement d'enseignement.

## ***Congé pour enseignement (51 complet ou 20 partiel)***

---

- Le contrat d'enseignement avec le programme que vous allez enseigner;
- La date de début et de fin de contrat d'enseignement doit y être spécifiée ainsi que l'établissement d'enseignement;
- Le titre d'emploi que vous allez occuper.

## ***Congé nordique (47)***

---

- Lettre officielle de l'établissement pour lequel vous allez travailler;
- La date de début et de fin de contrat doit y être spécifiée.

## ***CSN SEULEMENT - Congé partiel sans solde pour responsabilités FAMILIALES (67)***

---

- Un document rempli par un professionnel de la santé tel un psychologue, travailleur social, médecin, etc. qui indique qu'un membre de votre famille nécessite votre présence à ses côtés;
- Le document doit aussi indiquer le lien que vous avez avec la personne pour laquelle vous demandez le congé, par exemple s'il s'agit de votre mère, votre conjoint, etc.

## ***Congé sans solde (61) ou partiel sans solde (67) pour responsabilités PARENTALES***

---

- Un document rempli par un professionnel de la santé tel un psychologue, travailleur social, médecin, etc. qui indique que votre enfant mineur nécessite la présence du parent et/ou tuteur légal, et ce, en expliquant pour quelle(s) raison(s) la présence est requise;
- Le document doit aussi indiquer le lien que vous avez avec l'enfant, par exemple, si vous êtes parent ou tuteur légal de celui-ci.

## ***Congé sans solde pour PROCHE AIDANT D'ADULTE (45)***

---

- Un certificat médical rempli par un médecin qui indique le diagnostic et l'état de santé de la personne; et que vous agissez à titre de prochain aidant de la personne en question;
- Le certificat doit aussi nous fournir l'information que vous agissez à titre de proche aidant de la personne et que vous êtes requise auprès de la personne en question.

## ***Congé sans solde pour PROCHE AIDANT D'ENFANT (enfant mineur) (45)***

---

- Un certificat médical rempli par un médecin spécialiste qui incluant diagnostique et que vous agissez à titre de prochain aidant de l'enfant dans le besoin;
- L'enfant peut être un bébé prématuré. Le médecin spécialiste doit donner des précisions sur l'état de santé du nouveau-né.

## ***Régime de congé conciliation famille-travail-études (CFTÉ-ES)***

---

- Famille-travail = un certificat médical rempli par un médecin qui indique le diagnostic et l'état de santé de la personne et votre lien avec la personne en question;
- Travail-études = vous devez fournir les mêmes documents que ceux demandés pour un congé pour études ci-haut.

## Choix des protections d'assurance lors d'un congé sans solde

Identification de l'employé (e) :		
Matricule :	Nom :	
Titre d'emploi :		
Motif :	<input type="checkbox"/> Congé parental sans solde <input type="checkbox"/> Congé complet pour études <input type="checkbox"/> Congé enseignement <input type="checkbox"/> Congé maternité, paternité, adoption	<input type="checkbox"/> Congé sabbatique <input type="checkbox"/> Congé proche aidant <input type="checkbox"/> Traitement différé <input type="checkbox"/> Responsabilité parentale/familiale

**Veillez choisir une (1) option parmi les suivantes :**

- Je désire conserver toutes les protections auxquelles je participe actuellement.**

Vous devez remplir le formulaire de débits préautorisés pour autoriser des prélèvements bancaires de la valeur de vos assurances. Les prélèvements se feront aux deux (2) semaines, aux mêmes dates et dans le même compte que le dépôt habituel de votre salaire.

- Je désire conserver uniquement la base médicament et suspendre toutes les autres protections.**

En choisissant cette option, vous réduisez votre régime médicament au minimum et suspendez toutes les autres options d'assurance (soins dentaires, assurances vie, assurance salaire). Vous devez également remplir le formulaire de débits préautorisés pour le paiement de votre régime médicament de base. **Prenez note qu'en faisant ce choix, ce dernier est irrévocable, c'est-à-dire que vous ne pourrez pas en faire la modification, et ce, jusqu'à votre retour au travail.**

- Je suis exempté(e) du régime médicament et je désire suspendre toutes les autres protections.**

Vous n'avez pas à remplir le formulaire de débits préautorisés.

**MISE EN GARDE :** Lors d'une interruption de travail énumérée ci-dessus, la participation à tous les régimes d'assurance est maintenue par défaut. En remplissant ce formulaire, je suis conscient que je suspends ma participation à tous les régimes, sauf le régime d'assurance maladie de base.

Il est à noter que ma participation au régime d'assurance invalidité de longue durée est également suspendue. Ainsi, je n'aurai droit à aucune prestation d'assurance invalidité de longue durée pour toute invalidité qui surviendrait au cours de mon interruption temporaire de travail.

Par ailleurs, je suis conscient qu'en suspendant ma participation aux régimes d'assurance au début ou au cours de mon interruption temporaire de travail, je ne pourrai la reprendre ultérieurement ni changer de module pour un module supérieur durant cette même interruption temporaire de travail.

Déclaration de l'employé(e)	
Par la présente, je <b>déclare</b> que j'ai pris connaissance de la mise en garde énoncée ci-dessus et que je comprends que si je demande la suspension de ma participation à tous les régimes de mon assurance collective cette décision est irrévocable pour toute la durée de mon interruption temporaire de travail.	
Signature :	Date :

## 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, etc.) 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'arrérages 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 spécifiés.**

### 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 :
-------------	--------