

Direction des ressources financières

Pour le paiement des primes d'assurances collectives et les cotisations au régime de retraite lors d'une période de paie sans rémunération

Bénéficiaire

CIUSSS du Centre-Sud-de-L'Île-de-Montréal, 4675 rue Bélanger Est, Montréal QC H1T 1C2

Identification du payeur

Nom _____ Prénom _____ Matricule _____

Modalités

Le PPA s'effectuera à partir du compte bancaire dans lequel la paie est déposée, tous les 14 jours, à la date normalement prévue du dépôt de la paie.

Les effets qui pourraient être débités par erreur seront remboursés dans un délai maximal de 10 jours.

Autorisation de paiements préautorisés

- **Je garantis** que je suis le détenteur du compte bancaire ci-haut mentionné et que je suis donc en mesure de signer l'accord ci-après.
- **J'autorise** par la présente, le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal à tirer des effets sur mon compte bancaire auprès de mon institution financière selon le calendrier normal de paie. Les montants totaux prélevés sont équivalents aux montants dus.
- **Je reconnais** que le fait de remettre la présente autorisation au bénéficiaire équivaut à la remettre à mon institution financière.
- **Je m'engage** à informer le bénéficiaire, par écrit, de tout changement affectant mon compte bancaire.
- **Je m'engage** à maintenir les fonds nécessaires au paiement des primes d'assurances collectives et des cotisations au régime de retraite.
À défaut, l'employeur se réserve le droit de mettre un terme à l'un ou l'autre selon les dispositions en vigueur.
- **Je reconnais** que mon institution financière n'est pas tenue de vérifier que le prélèvement a été émis conformément aux détails de l'autorisation du payeur, notamment, mais de façon non exhaustive, en ce qui a trait au montant.
- **Je reconnais** que mon institution financière n'est pas tenue de vérifier l'objet du paiement pour lequel le prélèvement a été émis par le bénéficiaire comme condition de l'acceptation du prélèvement que le bénéficiaire a émis sur mon compte.
- **Je reconnais** que la présente autorisation est donnée au profit du bénéficiaire et de mon institution financière en contrepartie de l'accord donné par mon institution financière de traiter des débits sur mon compte conformément aux règles de l'Association canadienne des paiements.

_____ Date

_____ Signature de l'employé

Instructions

1. La demande de congé doit être soumise à votre supérieur immédiat, selon des délais prévus dans les dispositions de votre convention collective puis **retournée au guichet** unique RHCAJ dans les plus brefs délais avec le formulaire d'autorisation aux paiements préautorisés :
 - De l'interne via une requête web.
 - De l'externe par courriel guichet.RHCAJ.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca
2. Pour tout complément d'information, veuillez communiquer avec le guichet unique RHCAJ :
 - par téléphone au 514-940-5216;
 - via une requête web.
3. Les congés sont octroyés selon les règles des conventions collectives en vigueur.

Demande de l'employé

Nom et Prénom _____ Matricule _____

Programme/service _____ Installation _____

Titre d'emploi _____ Téléphone _____

Catégorie d'emploi Cat.1 Cat. 2 Cat.3 Cat.4 SNS et autres

Nature de la demande Nouvelle demande Demande de prolongation

Congé demandé du _____ au _____

TYPE Cocher une case	STATUT DU CONGÉ Cocher une case	SI CONGÉ À TEMPS PARTIEL																								
<input type="checkbox"/> Congé à traitement différé <input type="checkbox"/> Sans solde <input type="checkbox"/> Sans solde pour études ¹ <input type="checkbox"/> Sans solde pour enseignement ² <input type="checkbox"/> Congé de nuit <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Temps complet ³ <input type="checkbox"/> Temps partiel ⁴	Cocher les journées souhaitées d'absence : <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>D</th> <th>L</th> <th>Ma</th> <th>Me</th> <th>J</th> <th>V</th> <th>S</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Semaine 1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Semaine 2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		D	L	Ma	Me	J	V	S	Semaine 1								Semaine 2							
	D		L	Ma	Me	J	V	S																		
Semaine 1																										
Semaine 2																										
<input type="checkbox"/> Retraite progressive	<input type="checkbox"/> Temps partiel ⁴																									
<input type="checkbox"/> Congé travail-famille (jusqu'à 8 semaines)	<input type="checkbox"/> Temps complet ³																									

1. Pour le congé pour **études**, vous devez fournir une **preuve** de fréquentation scolaire indiquant votre domaine d'études.

2. Pour le congé pour **enseignement**, vous devez fournir votre **contrat** d'enseignement.

3. Pour les demandes de **congé à temps complet**, veuillez **cocher un des choix** suivants :

- Je désire maintenir mes assurances collectives sans les modifier (dentaires, assurances vie, etc.).
 Je désire maintenir seulement le régime de base (médicaments).

Si vous ne l'avez jamais fait, **veuillez compléter le formulaire d'autorisation aux paiements préautorisés (PPA)** ci-après et le retourner au guichet unique RHCAJ.

4. Pour les demandes de **congé à temps partiel**, veuillez **cocher un des choix** suivants :

- Je désire maintenir ma participation au régime de retraite comme un temps complet.
 Je désire cotiser selon le temps travaillé.

_____ Date

_____ Signature de l'employé

Autorisation du supérieur immédiat

Nom : _____ Prénom : _____

Acceptée Refusée Motif de refus: _____

_____ Date

_____ Signature du supérieur immédiat

Traitement par le service des avantages sociaux - Requête n° :

Congé autorisé du _____ au _____

Commentaires : _____

Pour un **retour** avant la date prévue, vous devez nous aviser au moins **jours à l'avance**.

Congé refusé _____

_____ Date

_____ Initiales

_____ Signature du technicien

VOIR INSTRUCTIONS AU VERSO
PLUS FORT

c.c. envoyée à : supérieur immédiat service de la paie employé
 syndicat LDR

AVEC VOUS
rev : 23-05-2019