

Programme de remboursement des dépenses des donneurs vivants - PREDOV

Vérification des revenus et des prestations

● PARTIE B1: Consentement et autorisation – À remplir par l'employé

Je, soussigné(e) (*en caractères d'imprimerie*) _____
comprends qu'en présentant une demande de remboursement dans le cadre du PREDOV du Réseau Trillium pour le don de vie, je dois donner des renseignements au Réseau. La signature que j'ai apposée ci-dessous autorise mon employeur à divulguer les renseignements demandés par le Réseau. Je reconnais que les renseignements inscrits dans ce formulaire sont, à ma connaissance, exacts et complets et qu'il est possible qu'on me demande d'en donner d'autres (p. ex., numéro d'assurance sociale) aux fins de vérification d'identité.

Je comprends que les renseignements personnels présentés dans le cadre de cette demande ne serviront qu'aux seules fins de déterminer mon admissibilité au programme de remboursement du Réseau Trillium pour le don de vie et de compiler des données démographiques et statistiques. Je comprends aussi qu'aucun renseignement nominatif ne sera divulgué dans la publication des données démographiques ou statistiques. Si vous avez des préoccupations sur la façon dont le RTDV gère vos renseignements personnels, visitez www.giftoflife.on.ca ou appelez l'agent de protection de la vie privée au 416-363-4001 ou 1-800-263-2833.

Nom

Signature

Date

● SECTION B2 : Demandeurs indépendants

Si des retenues au titre de l'impôt sur le revenu, du Régime de pensions du Canada ou de l'Assurance-emploi (A.-E.) ne sont pas déduites à même votre revenu d'emploi, ne remplissez pas la Section B4. Veuillez communiquer avec l'administrateur du PREDOV.

● PARTIE B3 : Renseignements sur l'employeur – À remplir par l'employeur

B2:a Nom de l'employeur : _____ **B2:b** Tél. : _____

B2:c Adresse de l'employeur : _____ **B2:d** Téléc. : _____

B2:e Ville : _____ **B2:b**
B2:f Code postal : _____

B2:g Ce formulaire a été rempli par : _____

B2:h Poste : _____ **B2:i** Courriel : _____

● SECTION B4: Demande de subvention pour perte de revenu

Accédez à la page suivante pour voir la *Demande de subvention pour perte de revenu*. Les employeurs sont invités à remplir la section B4 pour appuyer la demande de leur employé qui souhaite recevoir une subvention pour perte de revenu du PREDOV. *Les demandeurs qui travaillent à leur propre compte n'ont pas besoin de remplir la section B4.*

Une fois que le demandeur et son employeur ont dûment rempli les sections B1, B3 et B4, veuillez renvoyer le formulaire sous pli confidentiel aux coordonnées suivantes :

Administrateur du PREDOV
Réseau Trillium pour le don de vie
157, rue Adelaïde Ouest, bureau 606
Toronto (Ontario) M5H 4E7
416-619-2342 ou 1-888-977-3563 (1 888 9PRELOD)

● **SECTION B4 : Demande de subvention pour perte de revenu – Pour l’employeur et le demandeur**

		PÉRIODE POST-OPÉRATOIRE									
EMPLOYEUR	A	Information : Dernier jour de travail : _____ Date de la chirurgie: _____ Date du retour au travail : _____ ** N'inscrire les heures travaillées par jour que si l'employé fait des quarts de travail à l'extérieur d'une semaine de travail standard de 40 heures et 5 jours .	1 Semaine du : Date _____ Quarts par semaine _____ Heures par quart (p. ex., 11,25) _____	2 Semaine du : Date _____ Quarts par semaine _____ Heures par quart (p. ex., 11,25) _____	3 Semaine du : Date _____ Quarts par semaine _____ Heures par quart (p. ex., 11,25) _____	4 Semaine du : Date _____ Quarts par semaine _____ Heures par quart (p. ex., 11,25) _____	5 Semaine du : Date _____ Quarts par semaine _____ Heures par quart (p. ex., 11,25) _____	6 Semaine du : Date _____ Quarts par semaine _____ Heures par quart (p. ex., 11,25) _____	7 Semaine du : Date _____ Quarts par semaine _____ Heures par quart (p. ex., 11,25) _____	8 Semaine du : Date _____ Quarts par semaine _____ Heures par quart (p. ex., 11,25) _____	
	B	Revenus hebdomadaires nets → <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
	C	55 % du revenu net (B X 0,55) →	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
	D	La subvention maximale correspond à 695.00 \$ ou au montant de la ligne C, le montant le plus bas étant retenu. Inscrive ce montant. →	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
	E	Inscrive les autres sources de revenus durant la période post-opératoire :									
	E1	Rémunération de vacances	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
	E2	Rémunération de congé de maladie	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
	E3	Congé payé / Congé sabbatique	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
	E4	Prestations d'invalidité	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
	E5	Heures compensatoires	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
	E6	Autre Veuillez préciser : _____	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
	F	Sous-total de E (E1 + E2 + E3 + E4 + E5 + E6) →	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
	G	Déduction maximale (D – F) → Inscrive 0 si la déduction maximale est négative	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
H	Le demandeur avait-il droit à d'autres indemnités de remplacement du revenu ou à des heures chômées et rémunérées (des congés, par exemple) dont il a décidé de ne pas se prévaloir? Dans l'affirmative, veuillez donner des précisions, y compris le montant qu'il aurait pu recevoir.	Détails : _____ _____ _____									
I	ATTESTATION : L'information figurant ci-dessus est exacte et comprend toutes les sources potentielles d'indemnités de remplacement du revenu et de congés payés disponibles par l'intermédiaire de l'employeur pendant que le demandeur se remet de sa chirurgie à titre de donneur d'organe vivant. Nom de la personne-ressource de l'employeur : _____ Signature : _____ Date : _____										
DEMANDEUR	J	Prestations d'assurance-emploi (A.-E.) reçues (joindre chaque relevé d'A.-E. reçu)	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
	K	Calcul net (G – J) → Inscrive 0 si la déduction maximale est négative.									
	Signature du demandeur : _____ Date : _____										
<i>Pour être admissible à la subvention pour perte de revenu après la chirurgie, vous devez joindre les preuves de chacun des montants indiqués aux sections E ou J (p. ex. talon de paye ou de prestation ou relevés de prestations d'assurance-emploi). Le montant de la subvention, le cas échéant, sera déterminé conformément aux conditions des politiques régissant le PREDOV.</i>											

Nom de l'employé : _____