

DEMANDE D'OBTENTION D'UN CONGÉ (+ 30 JOURS)

NUMÉRO D'EMPLOYÉ :	NOM, PRÉNOM :
DURÉE DE L'ABSENCE DU :	AU :

<input type="checkbox"/>	*Congé de maternité (21 semaines) - MatAS (51) <sup>1</sup>	
<input type="checkbox"/>	*Congé sans solde (parental) (durée maximale de 2 ans) - CoPAR (57)	
<input type="checkbox"/>	*Congé pour responsabilités familiales et/ou compassion (Preuve requise) - CoCOM (30)	Cotisation régime de retraite <input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/>	*Congé sans solde - CoSS (25)	Cotisation régime de retraite <input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/>	*Congé sans solde pour enseigner (joindre copie du contrat) - CoENS (45)	Cotisation régime de retraite <input type="checkbox"/> Oui

**\*Si vous désirez suspendre vos options d'assurances collectives, veuillez compléter le formulaire suivant :**  
**Formulaire de demande de suspension temporaire de l'assurance collective<sup>2</sup>**

<input type="checkbox"/>	Congé de paternité (5 semaines consécutives maximum) - Pat5S (24)	
<input type="checkbox"/>	Congé d'adoption (5 semaines) - Ado5S (58)	
<input type="checkbox"/>	Congé à traitement différé (contrat produit par la DRHCAJ) - CoTDA (av.acc. 94) - CoTDP (ap.acc.96)	
	Durée du régime : Nombre d'années : _____	Date de début du régime : _____
	Durée du congé : Nombre de mois : _____	Date de début du congé : _____
<input type="checkbox"/>	Les journées de congés peuvent être modifiées selon les besoins de l'établissement.	D L M M J V S
	Congé sans solde partiel - CpSS (26) :	Jour(s) de congé semaine 1 : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Jour(s) de congé semaine 2 : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Les journées de congés peuvent être modifiées selon les besoins de l'établissement.	D L M M J V S
	Congé sans solde partiel pour enseigner - CpENS (46) :	Jour(s) de congé semaine 1 : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	(joindre copie du contrat)	Jour(s) de congé semaine 2 : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Les journées de congés peuvent être modifiées selon les besoins de l'établissement.	D L M M J V S
	Retraite progressive - RePRO (16) :	Jour(s) de congé semaine 1 : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Jour(s) de congé semaine 2 : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Les journées de congés peuvent être modifiées selon les besoins de l'établissement.	D L M M J V S
	Congé de nuit (cocher UNE seule case) :	Nuit de congé semaine 1 : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Nuit de congé semaine 2 : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<i>Réservé au supérieur immédiat</i> : À remplacer : <input type="checkbox"/> Oui (CNabs) <input type="checkbox"/> Non (CN) <i>Initial supérieur immédiat</i> : <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/>	Les journées de congés peuvent être modifiées selon les besoins de l'établissement.	
	Autres congés (spécifiez) : _____	
Signature de l'employé : _____		Date : _____

AUTORISATION DU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT

Autorisé :  Oui  Non Date : \_\_\_\_\_ Commentaires : \_\_\_\_\_  
Nom et prénom du supérieur : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

**S.V.P. Bien vouloir retourner le formulaire au Service de la rémunération et des avantages sociaux par courriel au [avs.cisssca@ssss.gouv.qc.ca](mailto:avs.cisssca@ssss.gouv.qc.ca)**

AUTORISATION DU SERVICE DE LA RÉMUNÉRATION ET DES AVANTAGES SOCIAUX

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

c. c. Supérieur immédiat, liste de rappel, paie (DPA) et dossier de l'employé.

<sup>1</sup> Le choix de suspension des options d'assurances collectives durant le congé de maternité est possible avec la catégorie 1 (FIQ) seulement.

<sup>2</sup> Le formulaire de suspension temporaire de l'assurance collective se trouve également sur le Portail RH : <https://www.cisssca.com/extranet/portail-rh-paie/remuneration-et-avantages-sociaux/assurances-collectives>

### ADHÉSION AU DÉBIT PRÉAUTORISÉ – ACCORD DE DPA DU PAYEUR

Je consens qu'à l'acceptation de ma demande d'obtention d'un congé, j'adhère au débit préautorisé afin d'acquitter le montant d'arrérage<sup>1</sup> qui se crée à mon dossier d'employé. Je comprends que le non-paiement de cette somme entraînera l'annulation des protections d'assurance ainsi que la cotisation au fonds de pension.

Je, soussigné(e) (s'il s'agit d'une personne morale, ici représentée par son ou ses représentant[s] dûment autorisé[s]), autorise l'organisme bénéficiaire à effectuer des débits préautorisés (DPA) dans mon compte à l'institution financière inscrite à mon dossier d'employé. Chaque retrait correspond au montant d'arrérage pour la période. Le prélèvement sera fait aux deux semaines en concordance avec le calendrier de paies.

CONSENTEMENT À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS		
Je consens à ce que les renseignements contenus dans ma demande d'adhésion au débit préautorisé soient communiqués à l'institution financière, dans la mesure où cette communication de renseignements est directement reliée et nécessaire à la bonne mise en œuvre des règles applicables en matière de débits préautorisés.		
SIGNATURE DU OU DES TITULAIRES		
_____	_____	_____
Numéro d'employé	Signature du titulaire du compte	Date (jj/mm/aaaa)

**IMPORTANT :** Joindre un chèque personnel portant la mention « Annulé » si le compte bancaire dans lequel les montants se prélèveront est différent du compte bancaire inscrit au dossier de l'employé.

### INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LES PRÉLÈVEMENTS PRÉAUTORISÉS

Prenez note que le premier paiement préautorisé débutera à la première paie complète après le début de votre congé et comprendra l'arrérage, s'il y a lieu. Le détail des arrérages et des paiements apparaîtra sur votre relevé de paie à chaque période.

De plus, nous vous informons qu'il y a une majoration des taux en janvier ainsi qu'en avril de chaque année et ceux-ci s'appliquent à compter de la première période de paie complète après le premier jour de chacun des mois et nous ajustons les paiements préautorisés en conséquence.

**Si des renseignements supplémentaires vous sont nécessaires, vous pouvez contacter votre responsable de paie.**

<sup>1</sup> L'arrérage est le montant qui correspond à la prime pour le maintien de l'assurance collective, du régime de retraite, de la cotisation syndicale, des frais relatifs au stationnement et tout autre somme qui se cumule à votre dossier durant votre absence.