

Demande de remboursement pour un retrait préventif ou une affectation de la travailleuse enceinte ou qui allaite

1. Travailleuse enceinte 2. Travailleuse qui allaite Numéro de dossier à la CSST

A. IDENTIFICATION DE LA TRAVAILLEUSE

1 Nom et prénom à la naissance	4 Numéro d'assurance maladie
2 Adresse (N°, rue, app.)	5 Numéro d'assurance sociale
3 Municipalité Province	6 Numéro de téléphone
Code postal	Ind. rég.

B. IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSMENT AUQUEL SE RATTACHE LA TRAVAILLEUSE

7 Raison sociale de l'employeur	8 N° de l'employeur à la CSST	9 N° de l'établissement
10 Adresse de l'établissement (N°, rue, bureau)		
11 Municipalité Province	Code postal	
12 Nom et fonction de la personne à joindre pour plus d'information	13 Numéro de téléphone	Ind. rég.

C. RENSEIGNEMENTS SUR LE RETRAIT PRÉVENTIF OU L'AFFECTATION

14 Date à laquelle le certificat vous a été remis	Année	Mois	Jour	15 L'affectation est-elle possible ? <input type="checkbox"/> Oui Répondre aux questions 16 et 17 <input type="checkbox"/> Non Préciser la raison rendant impossible l'affectation et répondre à la question 18
16 Date de l'affectation	Année	Mois	Jour	
17 Affectation	<input type="checkbox"/> Travailleuse affectée au même poste avec modifications adéquates; préciser les modifications apportées. <input type="checkbox"/> Travailleuse affectée à un nouveau poste; indiquer le titre du nouveau poste.			
18 Date de cessation de travail	Année	Mois	Jour	19 Dans le cas d'une demande d'une travailleuse qui allaite, préciser la date de disponibilité au travail à la suite de l'accouchement.

D. DONNÉES D'EMPLOI DE LA TRAVAILLEUSE

20 Profession ou métier exercé avant le retrait ou l'affectation	21 Nature du contrat de travail <input type="checkbox"/> À temps plein <input type="checkbox"/> À contrat à durée déterminée <input type="checkbox"/> À temps partiel <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Sur appel <input type="checkbox"/> Saisonnier	Mode de rémunération <input type="checkbox"/> À taux fixe (heure, semaine, mois) <input type="checkbox"/> À la commission <input type="checkbox"/> Au pourboire <input type="checkbox"/> À la pièce <input type="checkbox"/> À forfait <input type="checkbox"/> Autre	22 Salaire annuel brut
23 Situation familiale et nombre de personnes à charge déclarées selon les lois sur l'impôt	1- Célibataire 2- Avec conjoint à charge 3- Avec conjoint non à charge 4- Soutien de famille monoparentale	Nombre de personnes mineures à charge	Nombre de personnes majeures à charge (incluant conjoint s'il y a lieu)

E. PAIEMENT DES 5 PREMIERS JOURS OUVRABLES (Cette somme n'est pas remboursée par la CSST)

24 Important	La travailleuse doit être rémunérée à son taux de salaire habituel pendant les 5 premiers jours ouvrables suivant la cessation de travail	Somme versée pour les 5 jours	\$	Période correspondant à cette somme							
				Du	Année	Mois	Jour	Au	Année	Mois	Jour

F. REMBOURSEMENT DES INDEMNITÉS VERSÉES AU COURS DES 14 JOURS CALENDRIER SUIVANT LES 5 PREMIERS JOURS OUVRABLES

25 90 % du salaire net versé à la travailleuse pour chaque jour ou partie de jour normalement travaillé au cours des 14 jours calendrier suivant les 5 premiers jours ouvrables	\$	Période correspondant à cette somme									
		Du	Année	Mois	Jour	Au	Année	Mois	Jour		
26 Cocher si vous continuez de payer la travailleuse après la période des 14 jours calendrier	<input type="checkbox"/> Si vous avez coché, remplissez la partie A ou B	A. Somme hebdomadaire (nette) versée	\$	Période correspondant à cette somme							
		B. Somme globale versée	\$	Du	Année	Mois	Jour	Au	Année	Mois	Jour

G. DEMANDE DE REMBOURSEMENT À L'AFFECTATION (Voir instruction)

27 Période	Du	Année	Mois	Jour	Au	Année	Mois	Jour	Salaire brut hebdomadaire du poste d'affectation	\$	Nombre de jours de l'affectation (Jrs travaillés)
-------------------	----	-------	------	------	----	-------	------	------	--	----	---

Au besoin, veuillez utiliser le verso du formulaire

H. SIGNATURE

28 Signature de l'employeur (ou de son représentant)	Date
---	------

Si vous désirez formuler des commentaires au sujet de cette réclamation, cocher la case et faire vos commentaires au verso à la section I.