Centre intégré
de santé et de services
sociaux de Chaudière-
Appalaches
Québec

Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques

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

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

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

***Si vous désirez suspendre vos options d'assuranes collectives, veuillez compléter le formulaire suivant :**
Formulaire de demande de suspension temporaire de l'assurance collective[2]

☐	Congé de paternité (5 semaines consécutives maximum) - Pat5S (24)
☐	Congé d'adoption (5 semaines) - Ado5S (58)
☐	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 : _____
☐	Les journées de congés peuvent être modifiées selon les besoins de l'établissement. Congé sans solde partiel - CpSS (26) : Jour(s) de congé semaine 1 : ☐ D ☐ L ☐ M ☐ M ☐ J ☐ V ☐ S Jour(s) de congé semaine 2 : ☐ D ☐ L ☐ M ☐ M ☐ J ☐ V ☐ S
☐	Les journées de congés peuvent être modifiées selon les besoins de l'établissement. Congé sans solde partiel pour enseigner - CpENS (46) : Jour(s) de congé semaine 1 : ☐ D ☐ L ☐ M ☐ M ☐ J ☐ V ☐ S (joindre copie du contrat) Jour(s) de congé semaine 2 : ☐ D ☐ L ☐ M ☐ M ☐ J ☐ V ☐ S
☐	Les journées de congés peuvent être modifiées selon les besoins de l'établissement. Retraite progressive - RePRO (16) : Jour(s) de congé semaine 1 : ☐ D ☐ L ☐ M ☐ M ☐ J ☐ V ☐ S Jour(s) de congé semaine 2 : ☐ D ☐ L ☐ M ☐ M ☐ J ☐ V ☐ S
☐	Les journées de congés peuvent être modifiées selon les besoins de l'établissement. Congé de nuit **(cocher UNE seule case)** : Nuit de congé semaine 1 : ☐ D ☐ L ☐ M ☐ M ☐ J ☐ V ☐ S Nuit de congé semaine 2 : ☐ D ☐ L ☐ M ☐ M ☐ J ☐ V ☐ S *Réservé au supérieur immédiat :* À remplacer : ☐ Oui (CNabs) ☐ Non (CN) *Initial supérieur immédiat :*
☐	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

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.

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

[2] 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

Centre intégré
de santé et de services
sociaux de Chaudière-
Appalaches
Québec

Direction des ressources humaines, des communications et des
affaires juridiques

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[1] 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 <u>différent</u> 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

<u>Si des renseignements supplémentaires vous sont nécessaires, vous pouvez contacter votre responsable de paie.</u>

[1] 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.

975, rue de la Concorde
Lévis (Québec) G6W 8A7
Téléphone : 418 380-8996
www.cisss-ca.gouv.qc.ca