

Programme de remboursement des dépenses des donneurs vivants - PREDOV

Formulaire de vérification des revenus et des prestations**● SECTION B1 : Consentement et autorisation – À remplir par le demandeur**

Je soussigné(e) comprends qu'en soumettant une demande au PREDOV du Réseau Trillium pour le don de vie, je suis tenu(e) de fournir certaines informations au Réseau. Ma signature ci-dessous autorise mon employeur à communiquer les informations requises au Réseau. Je reconnais que les informations que j'ai fournies sur ce formulaire sont exactes et complètes au meilleur de ma connaissance, et que je pourrais être amené à fournir des informations supplémentaires (p. ex. mon numéro d'assurance sociale) à des fins d'identification sur demande.

Je comprends que les renseignements personnels fournis dans cette demande ne seront utilisés qu'aux fins d'établir mon admissibilité au remboursement des dépenses par le Réseau Trillium pour le don de vie (RTDV) et pour la compilation de données démographiques et statistiques. Je comprends également qu'aucune information permettant de m'identifier personnellement ne sera divulguée dans le cadre de la communication de données démographiques ou statistiques. Si vous avez des inquiétudes concernant la façon dont le RTDV gère vos renseignements personnels, veuillez consulter le site www.giftoflife.on.ca ou appeler l'agent de protection de la vie privée au 416-363-4001 ou au 1-800-263-2833.

Nom_____
Signature_____
Date**● SECTION B2 : Demandeurs indépendants**

Si l'impôt sur le revenu, le Régime de pensions du Canada, les cotisations à l'assurance-emploi (AE) et autres retenues salariales ne sont pas prélevés sur votre revenu d'emploi, ne remplissez pas la section B4. Veuillez contacter l'administrateur du PREDOV.

● SECTION B3 : Informations employeur – À remplir par l'employeur

Nom de l'employeur : _____ Tél. : _____

B3: a

B3: b

Adresse de l'employeur : _____ Télécopieur : _____

B3: c

B3: d

Ville : _____ Code Postal : _____

B3: e

B3: f

Ce formulaire a été rempli par : _____

B3: g

Position : _____ Courriel : _____

B3: h

B3: i

● SECTION B4 : Formulaire de demande d'indemnisation pour perte de revenus

Voir au verso le *Formulaire de demande d'indemnisation pour perte de revenus*. Les employeurs sont priés de remplir la Section B4 pour appuyer la demande de leur employé concernant la subvention pour perte de revenus du PREDOV. *Les demandeurs indépendants n'ont pas besoin de remplir la section B4.*

Une fois les sections B1, B3 et B4 remplies par le demandeur et l'employeur, veuillez retourner le formulaire dans une enveloppe confidentielle à :

Administrateur du PREDOV
Réseau Trillium pour le don de vie
157 Adelaide Street West, Box 606
Toronto, ON M5H 4E7
416-619-2342 ou 1-888-977-3563 (1-888-9PRELOD)

● SECTION B4 : Formulaire de demande d'indemnisation pour perte de revenus – Pour l'employeur/le demandeur

Nom de l'employé : _____

		PÉRIODE POST-OPÉRATOIRE								
EMPLOYEUR	A	Informations : Dernier jour de travail : _____ Date de la chirurgie : _____ Date de retour au travail : _____ ROE émis : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N	1 Semaine du : _____	2 Semaine du : _____	3 Semaine du : _____	4 Semaine du : _____	5 Semaine du : _____	6 Semaine du : _____	7 Semaine du : _____	8 Semaine du : _____
	B	Bénéfices nets hebdomadaires → <input type="checkbox"/> À temps plein <input type="checkbox"/> À temps partiel	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
	C	55% du résultat net (BX 0,55) →	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
	D	La subvention maximale est égale à 729,00 \$ ou à C, selon le montant le moins élevé. Inscrivez le montant le plus faible entre la case C et 729,00 \$ →	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
	E	Veuillez indiquer les autres sources de revenus rémunérés perçues pendant la période postopératoire :								
	E1	Congés payés	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
	E2	Indemnités de congé maladie	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
	E3	Congé payé / congé sabbatique	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
	E4	Prestations d'invalidité	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
	E5	Heure locale	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
E6	Autre Veuillez préciser : _____	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
F	Sous-total de E (E1 + E2 + E3 + E4 + E5 + E6) →	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
G	Réclamation maximale (D – F) → Saisissez 0 si le montant maximal réclamé est négatif	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
H	Le demandeur avait-il droit à d'autres prestations de remplacement du revenu ou à des congés payés (par exemple, des vacances) qu'il a choisi de ne pas prendre? Si oui, veuillez fournir des détails, notamment le montant qu'il aurait pu recevoir.	Détails : _____ _____ _____								
I	CERTIFICATION : Les informations fournies ci-dessus sont exactes et comprennent toutes les sources potentielles de prestations de remplacement de revenu et de congés payés disponibles par l'intermédiaire de l'employeur pendant que le demandeur se remet d'une chirurgie de don d'organe vivant. Nom de la personne-ressource de l'employeur : _____ Signature : _____ Date : _____									
DEMANDEUR	J	Prestations d'assurance-emploi (AE) reçues (joindre chaque relevé d'AE reçu) :	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
	K	Calcul net (G – J) → Saisissez 0 si le montant maximal réclamé est négatif								
	Signature du demandeur : _____ Date : _____									
Pour pouvoir bénéficier de l'aide financière en cas de perte de revenus suite à une intervention chirurgicale, vous devez joindre une preuve de chacun des montants indiqués à la section E ou J (par exemple, des bulletins de paie ou de prestations, et/ou des relevés de prestations d'assurance-emploi). Le montant des subventions, le cas échéant, sera déterminé conformément aux modalités de la politique du PREDOV										