



## Arrêt de travail Stop Work

ADRESSE DU DCYF	
TÉLÉPHONE DU DCYF	FAX DU DCYF
NUMÉRO DE DOSSIER/IDENTIFIANT CLIENT	DATE

<b>Section 1 : Le client doit remplir cette section avant de remettre le formulaire à l'entreprise où son travail a pris fin.</b>		
<b>En signant ici, j'autorise mon employeur à remplir ce formulaire pour le Département de l'enfance, de la jeunesse et des familles (DCYF).</b>		
SIGNATURE DU CLIENT	DATE	CLIENT : VEUILLEZ INDIQUER VOTRE NOM ICI EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE
NOM DE L'ENTREPRISE/EX-EMPLOYEUR		
ADRESSE DE L'ENTREPRISE/EX-EMPLOYEUR	VILLE	ÉTAT      CODE POSTAL
<b>Section 2 : Cette section doit être remplie par une personne de l'entreprise qui connaît les données d'emploi et de paie.</b>		
1. Quelle était la date du dernier jour de travail de l'employé(e) ? _____		
2. Montant du dernier chèque de paie (brut) : \$ _____ Date de réception : _____		
Veillez indiquer la date et le montant (brut) des autres chèques de paie reçus durant le même mois que le dernier chèque :		
MONTANT PERÇU (BRUT)	DATE DE RÉCEPTION	
\$ _____	_____	
\$ _____	_____	
\$ _____	_____	
\$ _____	_____	
3. Pourquoi l'emploi a-t-il pris fin ?		
<input type="checkbox"/> Manque de travail <input type="checkbox"/> Le poste était temporaire/saisonnier <input type="checkbox"/> Licenciement <input type="checkbox"/> Congé (congé ou congé de maternité/paternité). Ce dernier est : <input type="checkbox"/> Payé <input type="checkbox"/> Non payé Si payé, quel est le montant de rémunération de l'employé(e) : \$ _____ Quand attend-on l'employé(e) de retour au travail ? _____ <input type="checkbox"/> Autre : _____		
4. Est-ce que l'employé(e) recevra des indemnités de licenciement ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
SI OUI : Quand les recevra-t-il/elle ? _____ Quel en sera le montant ? \$ _____		
5. Est-ce que l'employé(e) a droit au paiement de ses jours de congé/maladie ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
SI OUI : Quand les recevra-t-il/elle ? _____ Quel en sera le montant ? \$ _____		
6. Est-ce que l'employé(e) a le droit de retirer les fonds de son plan d'épargne pension/401k ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
SI OUI : Quand les recevra-t-il/elle ? _____ Quel en sera le montant ? \$ _____		
Veillez fournir les données suivantes afin que nous puissions vous contacter si nécessaire :		
SIGNATURE	DATE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE
NOM EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE		POSTE/TITRE