



Vérification des gains auprès de l'employeur

N° de demande :	
Gestionnaire de cas :	

VEUILLEZ REMPLIR LE FORMULAIRE EN ENTIER

1) Identité de l'employé(e)

Nom de famille :	Date de naissance (dd/mm/yyyy) :
Prénom :	Date de l'accident (dd/mm/yyyy) :

2) Autorisation de divulgation de renseignements sur l'emploi

J'autorise les personnes détenant tous renseignements relatifs à mon emploi que la Société d'assurance publique du Manitoba juge pertinents pour cette demande d'indemnisation à divulguer sur demande ces renseignements à la Société d'assurance publique du Manitoba.

Signature :	Date (dd/mm/yyyy) :
-------------	---------------------

3) Renseignements sur l'employeur (tous les renseignements ci-dessous sont à remplir par l'employeur)

Nom de l'entreprise :		
Nom du superviseur :	No de tél. De l'employeur :	
Adresse (numéro, rue) :		
Ville (village) :		Code postal :
Profession, métier ou emploi de l'employé(e) :		
Résumé de la description du poste (si une description écrite existe, joindre une copie) :		Date de début d'emploi (dd/mm/yyyy) :
Fin prévue de l'emploi (si saisonnier ou à durée déterminée) (dd/mm/yyyy) :	Date de cessation du travail en raison de l'accident (dd/mm/yyyy) :	Date de reprise du travail - réelle ou prévue (dd/mm/yyyy) :

Les questions concernant le remplissage du présent formulaire doivent être adressées à la section du calcul de l'indemnité de remplacement du revenu au **204 985-3555**.

Hors de Winnipeg, appelez sans frais le **1 800 646-0561**. Formulaire à renvoyer à la section du calcul de l'indemnité de remplacement du revenu, c.p. 6300, 234, rue Donald, Winnipeg, MB R3C 4A4 ou par télécopieur au **204 985-1677**

4) Situation de l'employé(e) (à la date de l'accident)

☐ Horaire fixe ☐ Horaire variable ☐ Occasionnel	Heures par semaine :	Taux horaire : \$	Salaire brut payé dans les 52 dernières semaines :
	ou, si l'employé(e) a une rémunération fixe :		
		\$ par	(période)

☐ Travail. Indép.

Le demandeur est : ☐ propriétaire/exploitant ou messenger ☐ sous-traitant ☐ travail. Indép. Payé à la commission

☐ Travail à la pièce

N ^{bre} d'heures moyen habituel :	Taux horaire moyen : \$	Salaire brut payé dans les 52 dernières semaines : \$
--	-------------------------	---

Le nombre d'heures de l'employé(e) devait-il augmenter après la date de l'accident?

☐ Oui : _____ heures par semaine, à partir du (dd/mm/yyyy) : ☐ Aucune augmentation prévue

Cycle de paie de l'empl. : ☐ Hebdomadaire ☐ Aux deux semaines ☐ Bimensuel ☐ Mensuel ☐ Annuel

Income tax status: ☐ Tax-exempt ☐ Taxable

5) Autres prestations ou rémunération

(ne remplir que si ces prestations seront perdues en raison de l'absence liée à l'accident)

Type de rémunération :	Période avant la date de l'accident :	\$ réels :	Congés payés :	Contribution de l'employeur aux avantages sociaux :	
Bonuses	52 semaines		% congés payés	Type d'avantages	Contribution annuelle de l'employeur
Heures supplémentaires	52 semaines		☐ Versés	Santé	
Prime de poste	52 semaines		☐ Accumulés pour congé	Dentaire	
Usage personnel du véhic. de l'employeur	Année civile précédente		Pourboires déclarés sur le t4?	Ass.-vie	
Commissions	52 semaines		☐ Oui ☐ Non	Pension	
	Année civile précédente		Autres prestations en espèces :	Autre	
	Moyenne des 3 années civiles précédentes				

Déclaration de l'employeur

Le demandeur est un parent du propriétaire de l'entreprise : ☐ Oui ☐ Non

(si oui, veuillez expliquer la nature de la relation) :

☐ J'atteste que les renseignements fournis ci-dessus sont vrais et exacts. J'autorise la Société d'assurance publique du Manitoba à examiner les registres, dossiers et autres documents concernant l'employé(e) susmentionné(e) et donnerai accès à de tels documents sur demande.

Prénom et nom en lettres moulées :	Poste :	N° tél :
Signature de l'employeur :		Date (dd/mm/yyyy):