**Demande**

***Remboursement des congés de maladie payés – Employeurs***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom de l’entreprise  *(tel qu’il a été enregistré auprès d’Entreprises, associations et coopératives)* |  | |
| Description de l’entreprise |  | |
| Secteur d’activité | Fabrication Accueil Agriculture  Construction Exploitation minière Vente au détail  Technologie Autre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Date de début des activités de l’entreprise *(année/mois)*  *Doit être antérieure au 1er mars 2020* |  | |
| Principale personne-ressource |  | |
| Poste |  | |
| Adresse municipale |  | |
|  | Yukon |
| Adresse postale |  | |
| Téléphone (jour) |  | |
| Téléphone (cell.) |  | |
| Courriel |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom de l’employé |  | |
| L’employé est résident du Yukon *(il résidait au Yukon depuis 180 jours au moment du premier jour de congé)* | NON  OUI | |
| Poste |  | |
| Date d’embauche *(année/mois)* |  | |
| Adresse personnelle |  | |
|  | Yukon |
| Date de naissance *(année/mois/jour)* |  | |
| Date de début du congé *(année/mois/jour)* |  | |
| Date de fin du congé *(année/mois/jour)* |  | |
| Date de retour au travail *(année/mois/jour)* |  | |
| Nombre de jours de travail visés par la demande *(10 maximum)* |  | |
| Nombre de jours de congé de maladie accumulés par l’employé avant l’isolement |  | |
| Salaire horaire |  | |
| Montant total demandé |  | |

Joindre les documents suivants à la demande :

* dernière fiche de paye des employés susmentionnés;
* fiche de paye couvrant la période de congé des employés susmentionnés (s’il ne s’agit pas de la dernière fiche de paye);
* copie du permis d’entreprise, preuve d’adresse des bureaux (ex. facture de services publics, bail), avis de cotisation pour l’année ou permis municipal d’exploitation d’entreprise.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom de l’employé |  | |
| L’employé est résident du Yukon *(il résidait au Yukon depuis 180 jours au moment du premier jour de congé)* | NON  OUI | |
| Poste |  | |
| Date d’embauche *(année/mois)* |  | |
| Adresse personnelle |  | |
|  | Yukon |
| Date de naissance *(année/mois/jour)* |  | |
| Date de début du congé *(année/mois/jour)* |  | |
| Date de fin du congé *(année/mois/jour)* |  | |
| Date de retour au travail *(année/mois/jour)* |  | |
| Nombre de jours de travail visés par la demande *(10 maximum)* |  | |
| Nombre de jours de congé de maladie accumulés par l’employé avant l’isolement |  | |
| Salaire horaire |  | |
| Montant total demandé |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom de l’employé |  | |
| L’employé est résident du Yukon *(il résidait au Yukon depuis 180 jours au moment du premier jour de congé)* | NON  OUI | |
| Poste |  | |
| Date d’embauche *(année/mois)* |  | |
| Adresse personnelle |  | |
|  | Yukon |
| Date de naissance *(année/mois/jour)* |  | |
| Date de début du congé *(année/mois/jour)* |  | |
| Date de fin du congé *(année/mois/jour)* |  | |
| Date de retour au travail *(année/mois/jour)* |  | |
| Nombre de jours de travail visés par la demande *(10 maximum)* |  | |
| Nombre de jours de congé de maladie accumulés par l’employé avant l’isolement |  | |
| Salaire horaire |  | |
| Montant total demandé |  | |

**DÉCLARATION DU DEMANDEUR ET SIGNATURE**

**Déclaration du demandeur**

Par la présente, nous demandons au gouvernement du Yukon de nous accorder une aide financière sous forme de remboursement des salaires déjà versés. Les renseignements contenus aux présentes sont vrais et exacts à notre connaissance. Nous affirmons que nous comprenons les critères et l’objectif du programme de remboursement et nous présentons cette demande en toute bonne foi.

Il est convenu que la demande peut être rendue publique en totalité ou en partie conformément à la *Loi sur l’accès à l’information et la protection de la vie privée*.

Nous comprenons que le gouvernement du Yukon ou ses mandataires peuvent vérifier l’un ou la totalité des registres, y compris les registres financiers du bénéficiaire ou de ses mandataires, dans la mesure qui sera nécessaire pour convaincre le gouvernement que les objectifs et activités du programme de remboursement ont été accomplis et que les fonds ont été affectés en conformité avec les modalités du programme.

|  |  |
| --- | --- |
| Signature du représentant autorisé : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Nom du demandeur (en lettres détachées) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | *AAAA/MM/JJ* |

\**Le présent document a été rédigé sans distinction de genre*.

***Loi sur l’accès à l’information et la protection de la vie privée***

Les renseignements sont recueillis en vertu du paragraphe 29c) de la *Loi sur l’accès à l’information et la protection de la vie privée* (LAIPVP) en vue de mettre en œuvre un programme ou de fournir une aide financière au demandeur. La collecte, l’utilisation et la communication des renseignements personnels sont effectuées en conformité avec la LAIPVP. Une partie ou la totalité des informations peuvent être rendues publiques. Pour en savoir plus, contactez le coordonnateur de la LAIPVP/responsable des documents du ministère du Développement économique, au 867-667-5946, ou l’agent de la protection de la vie privée/directeur des finances, de l’administration et de l’informatique, au 867-667-5933.