



REMBOURSEMENT DES CONGÉS DE MALADIE PAYÉS EMPLOYEURS

Renseignements sur l'entreprise				
Nom de l'entreprise (tel qu'enregistré auprès d'Entreprises, associations et coopératives, le cas échéant)		Date de début des activités de l'entreprise (doit être antérieure au 1 ^{er} mars 2020) AAAA/MM		
Description de l'entreprise				
Secteur d'activité <input type="checkbox"/> Fabrication <input type="checkbox"/> Accueil <input type="checkbox"/> Agriculture <input type="checkbox"/> Construction <input type="checkbox"/> Exploitation minière <input type="checkbox"/> Vente au détail <input type="checkbox"/> Technologie <input type="checkbox"/> Autre : _____				
Adresse municipale		Ville/Localité	Terr./prov. Yukon	Code postal
Adresse postale (si elle diffère de l'adresse ci-dessus)		Ville/Localité	Terr./prov.	Code postal
Principale personne-ressource		Poste		
Téléphone (jour)	Téléphone (cell.)	Courriel		

Renseignements sur les employés				
Employé				
Nom de l'employé		Date de naissance AAAA/MM/JJ		
L'employé est-il résident du Yukon (il résidait au Yukon depuis 180 jours au moment du premier jour de congé)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Poste		Date d'embauche AAAA/MM		
Adresse personnelle		Ville/Localité	Territoire Yukon	Code postal
Nombre de jours de congé de maladie accumulés par l'employé avant l'isolement			Salaire horaire	
Date de début du congé AAAA/MM/JJ	Date de fin du congé AAAA/MM/JJ	Date de retour au travail AAAA/MM/JJ	Nombre de jours de travail visés par la demande (10 maximum)	

Employé				
Nom de l'employé		Date de naissance AAAA/MM/JJ		
L'employé est-il résident du Yukon (il résidait au Yukon depuis 180 jours au moment du premier jour de congé)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Poste		Date d'embauche AAAA/MM		
Adresse personnelle		Ville/Localité	Territoire Yukon	Code postal
Nombre de jours de congé de maladie accumulés par l'employé avant l'isolement			Salaire horaire	
Date de début du congé AAAA/MM/JJ	Date de fin du congé AAAA/MM/JJ	Date de retour au travail AAAA/MM/JJ	Nombre de jours de travail visés par la demande (10 maximum)	

Employé			
Nom de l'employé		Date de naissance AAAA/MM/JJ	
L'employé est-il résident du Yukon (il résidait au Yukon depuis 180 jours au moment du premier jour de congé)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Poste		Date d'embauche AAAA/MM	
Adresse personnelle		Ville/Localité	Territoire Yukon Code postal
Nombre de jours de congé de maladie accumulés par l'employé avant l'isolement		Salaire horaire	
Date de début du congé AAAA/MM/JJ	Date de fin du congé AAAA/MM/JJ	Date de retour au travail AAAA/MM/JJ	Nombre de jours de travail visés par la demande (10 maximum)

Employé			
Nom de l'employé		Date de naissance AAAA/MM/JJ	
L'employé est-il résident du Yukon (il résidait au Yukon depuis 180 jours au moment du premier jour de congé)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Poste		Date d'embauche AAAA/MM	
Adresse personnelle		Ville/Localité	Territoire Yukon Code postal
Nombre de jours de congé de maladie accumulés par l'employé avant l'isolement		Salaire horaire	
Date de début du congé AAAA/MM/JJ	Date de fin du congé AAAA/MM/JJ	Date de retour au travail AAAA/MM/JJ	Nombre de jours de travail visés par la demande (10 maximum)

Déclaration du demandeur et signature			
<p>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.</p> <p>Il est convenu que la demande peut être rendue publique en totalité ou en partie conformément à la <i>Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée</i>.</p> <p>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.</p> <p>Signature du représentant autorisé : _____</p> <p>Nom (en lettres détachées) : _____ Date : _____</p>			

Joindre les documents suivants à la demande :

- Dernière fiche de paye de **CHAQUE** employé susmentionné
- Fiche de paye couvrant la période de congé de **CHAQUE** employé susmentionné (s'il ne s'agit pas de la dernière fiche de paye)
- Copie de la licence d'exploitation 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

Si votre financement est approuvé, nous pouvons vous le verser par dépôt direct. [Inscrivez-vous au dépôt direct dès maintenant.](#)

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.