



The Law Society of
Upper Canada

Barreau
du Haut-Canada

PROGRAMME D'AIDE AU CONGÉ PARENTAL DES AVOCATS ET AVOCATES

DEMANDE D'INDEMNITÉS

Veillez remplir toutes les sections pertinentes de ce formulaire et y joindre tous les documents requis. Le formulaire et les documents doivent être envoyés à l'administrateur du programme d'aide au congé parental du Barreau du Haut-Canada à Osgoode Hall, 130 rue Queen Ouest, Toronto (Ontario), M5H 2N6. Soumettre un formulaire incomplet risque de retarder le paiement de vos indemnités.

COORDONNÉES DU REQUÉRANT OU DE LA REQUÉRANTE

Nom de famille : _____ Prénom(s) : _____

Matricule de l'avocat(e) : _____ Numéro d'assurance sociale : _____

Adresse : _____

Rue

App.

Ville

Code postal

Téléphone : _____ Autre numéro de téléphone : _____

Courriel : _____

COORDONNÉES DE L'AUTRE PARENT

Si l'autre parent fait aussi une demande d'indemnités en vertu du programme d'aide au congé parental des avocats et avocates, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom de famille : _____ Prénom(s) : _____

Matricule d'avocat(e) : _____

Veillez noter que si l'autre parent fait une demande d'indemnités en vertu du programme d'aide au congé parental des avocats et avocates, il ou elle doit remplir et signer un formulaire distinct et tous les formulaires doivent être retournés au Barreau du Haut-Canada en un seul envoi.

RENSEIGNEMENTS SUR LES INDEMNITÉS

1. J'aimerais que les indemnités commencent le _____ / _____ / _____
aa mm jj

Veillez noter que les indemnités sont versées pour des semaines entières dont le premier jour est le dimanche.

2. Je sollicite des indemnités pour le nombre de semaines suivant (maximum 12 semaines): _____.

3. Je sollicite les indemnités suivantes (cocher la case appropriée) :

Naissance d'un enfant: date de naissance de l'enfant : _____ / _____ / _____
aa mm jj

OU

Congé recommandé par un médecin: Date à laquelle j'ai cessé mes activités rémunérées et la pratique du droit avant la naissance de mon enfant : _____ / _____ / _____
aa mm jj

OU

Interruption de grossesse: date de l'interruption de la grossesse à la suite d'une mortinaissance ou d'une fausse couche après 19 semaines de gestation : _____ / _____ / _____
aa mm jj

OU

Adoption d'un enfant : Date à laquelle l'enfant a été placé chez le requérant ou la requérante : _____ / _____ / _____
aa mm jj

4. À l'appui de ma demande, je joins en annexe les documents requis suivants (cocher la case appropriée) :
- Une copie certifiée conforme d'une preuve officielle de la naissance de l'enfant
 - Une copie certifiée conforme de la preuve officielle de la date à laquelle l'enfant est placé chez le requérant ou la requérante
 - L'original ou une copie certifiée conforme du certificat d'un médecin confirmant les recommandations médicales de cesser de travailler avant la naissance de l'enfant
 - L'original ou une copie certifiée conforme d'un certificat d'un médecin confirmant la date de la mortinaissance ou de la fausse couche après 19 semaines de gestation
5. Je comprends que si ma demande est approuvée, les indemnités me seront versées par virement électronique de fonds toutes les deux semaines et que les semaines partielles ne sont pas admissibles aux indemnités. De façon à permettre au Barreau du Haut-Canada de traiter mes paiements, si ma demande est approuvée, je joins aux présentes les documents obligatoires suivants :
- Une copie certifiée conforme de ma carte d'assurance sociale
 - Un chèque nul du compte bancaire pour déposer les indemnités
6. Je comprends que je suis responsable d'informer le Barreau du Haut-Canada immédiatement de tout changement dans mon congé parental. Si ce changement entraîne un paiement en trop, je consens à rembourser le Barreau.
7. Je comprends que je recevrai un formulaire T4A à la fin de février de l'année suivant toute année durant laquelle des indemnités du programme d'aide au congé parental des avocats et avocates sont versées, et que les paiements reçus en vertu de ce programme sont considérés, et devront être déclarés, comme revenu imposable.

Veillez prendre note que les documents déposés ne seront pas retournés aux requérants et requérantes.

Déclaration du requérant ou de la requérante

Je soussigné(e),

déclare que,

1. J'ai examiné les directives et les critères d'admissibilité du programme d'aide au congé parental des avocats et avocates créé par le Barreau du Haut-Canada;
2. Je suis membre en règle du Barreau du Haut-Canada;
3. Je suis praticien(ne) exerçant seul(e) ou associé(e) dans un cabinet comptant cinq avocat(e)s ou moins;
4. Je n'ai accès à aucune autre indemnité de congé de maternité, de congé parental ou de congé d'adoption en vertu d'un programme public ou privé, comme ceux énumérés dans les directives relatives au programme d'aide au congé parental des avocats et avocates;
5. Je cesserai toute activité rémunérée et toute pratique du droit au cours de la période pendant laquelle je recevrai des indemnités en vertu du programme d'aide au congé parental des avocats et avocates créé par le Barreau du Haut-Canada;
6. Les renseignements donnés sur ce formulaire sont véridiques et complets;
7. J'informerai le Barreau du Haut-Canada de tout événement ou de toute circonstance (comme ma reprise du travail) qui pourraient changer mon admissibilité aux indemnités en vertu du programme d'aide au congé parental des avocats et avocates créé par le Barreau du Haut-Canada.

Signature du requérant ou de la requérante Date

Veillez prendre note que ce formulaire n'est pas un avis de changement de catégorie auprès du Barreau du Haut-Canada. Pour changer votre catégorie, veuillez contacter le Centre de ressources du Barreau 416-947-3315 ou 1-800-668-7380, poste 3315. Vous pouvez aussi remplir et télécopier le formulaire de changement d'information disponible au http://rc.lsuc.on.ca/pdf/membershipServices/member_changeinfo_fr.pdf.