

Choix du régime

- Régime de base
 Régime particulier

Le choix du régime s'applique aux deux parents et est irrévocable.

Document conçu pour vous aider à faire votre demande de prestations de maternité ou de prestations parentales

Employée salariée

Régime québécois d'assurance parentale

Note – La forme masculine utilisée dans ce formulaire désigne aussi bien les femmes que les hommes lorsque le contexte s'y prête.

Document non officiel
NE PAS POSTER

Administration par un tiers

Remplissez-vous cette demande au nom d'une personne incapable de gérer ses affaires? Oui Non

► Si **oui**, veuillez donner les renseignements suivants :

À quel titre remplissez-vous ce formulaire? _____

Nom de famille selon l'acte de naissance				Prénom					
Numéro		Appartement		Rue		Case postale		Ville, village ou municipalité	
Province				Pays		Code postal		Téléphone <small>Ind. rég.</small>	

Renseignements sur l'identité du parent demandeur

Nom de famille selon l'acte de naissance				Prénom													
Date de naissance		Année		Mois		Jour		Sexe		<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin		Numéro d'assurance sociale		Langue de correspondance désirée		<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	
Numéro		Appartement		Rue		Case postale		Ville, village ou municipalité									
Province				Pays		Code postal		Téléphone <small>Ind. rég.</small>									
Numéro		Appartement		Rue		Case postale		Ville, village ou municipalité									
Province				Pays		Code postal		Téléphone <small>Ind. rég.</small>									
Adresse du domicile										Code postal		Téléphone <small>Ind. rég.</small>					
Adresse de correspondance <small>(seulement si différente de l'adresse de votre domicile)</small>										Code postal		Téléphone <small>Ind. rég.</small>					
Par quel moyen souhaitez-vous que l'on communique avec vous?										<input type="checkbox"/> Par courrier ou <input type="checkbox"/> Par courriel		Courriel					
Êtes-vous résident du Québec à la date de début de vos prestations?										<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non							
Si vous avez déjà eu un autre numéro d'assurance sociale au cours des trois dernières années, indiquez-le :																	

Renseignements sur l'identité de l'autre parent

Nom de famille selon l'acte de naissance				Prénom									
Date de naissance		Année		Mois		Jour		Sexe		<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin		Numéro d'assurance sociale	
Si vous ne pouvez fournir de numéro d'assurance sociale, veuillez en indiquer la raison : _____													
Si vous ne pouvez fournir aucun renseignement concernant l'autre parent, veuillez en indiquer la raison : _____													
Si l'autre parent a déjà eu un autre numéro d'assurance sociale au cours des trois dernières années, indiquez-le :													

Renseignements concernant les prestations de maternité et les prestations parentales

La date prévue de votre accouchement est ou était :				Année				Mois				Jour				Y a-t-il eu interruption de grossesse? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ► Si oui , à combien de semaines?							
Date désirée de début des prestations :				Année				Mois				Jour				Nombre de semaines désirées de prestations de maternité (<i>maximum 18</i>) :				Nombre de semaines désirées de prestations parentales (<i>maximum 32</i>) :			
Répartition des prestations																							
Type de prestations				Nombre de semaines désirées				Débutant le dimanche				Finissant le samedi											
								Année				Mois				Jour							
Maternité																							
Parentales																							
<i>Note – La répartition des semaines de prestations peut être modifiée au besoin.</i>																							
L'enfant ou les enfants faisant l'objet de la présente demande sont-ils nés? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ► Si oui , est-il ou sont-ils nés au Québec? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																							
L'enfant ou les enfants faisant l'objet de la présente demande vivent habituellement :																							
<input type="checkbox"/> avec leurs deux parents <input type="checkbox"/> avec leur mère <input type="checkbox"/> avec leur père <input type="checkbox"/> en garde partagée <input type="checkbox"/> autre, précisez : _____																							

Inscription de l'enfant ou des enfants auxquels vous avez donné naissance

L'enfant ou les enfants faisant l'objet de la présente demande sont :			
Nom de famille selon l'acte de naissance	Prénom	Sexe <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	Date de naissance Année Mois Jour
		<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	
		<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	

Date d'arrêt de la rémunération et revenus

À quelle date avez-vous cessé de travailler? Année Mois Jour

Note –Les journées de vacances payées, par exemple, sont considérées comme des journées travaillées.

Au cours des 26 dernières semaines, quel a été votre revenu d'emploi (salaire) brut **par semaine**? \$

Depuis la date désirée de début de prestations,
a) avez-vous travaillé? Oui Non

Si oui, précisez :	Période du dimanche			au samedi			Montant brut	Continuerez-vous de travailler pour le même montant? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date de fin, si connue (samedi)		
	Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour			Année	Mois	Jour
							\$				

b) avez-vous eu d'autres revenus d'emploi ou tout autre type de revenu? Oui Non

Si oui, précisez :	Période du dimanche			au samedi			Montant net	Continuerez-vous de recevoir sans interruption ce même montant? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date de fin, si connue (samedi)		
	Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour			Année	Mois	Jour
							\$				
							\$				
							\$				

- Le montant de votre prestation sera calculé de façon provisoire à partir des renseignements inscrits ci-dessus.
- Nous vous verserons alors 80 % du montant de la prestation que nous aurons établi à partir de l'estimation de votre revenu d'emploi (salaire) brut par semaine.
- Sur réception de votre relevé d'emploi, nous réévaluerons le montant de votre prestation.
- S'il y a lieu, nous vous verserons rétroactivement tout montant dû ou nous vous réclamerons tout montant versé en trop.
- À défaut de recevoir votre relevé d'emploi dans les délais prescrits sur l'avis de décision que vous recevrez, nous suspendrons le versement de vos prestations et nous vous réclamerons les sommes déjà versées.

Majoration pour les familles à faible revenu

Votre revenu familial net pour l'année de référence en fonction de la date de votre demande est-il inférieur à 25 921 \$? Oui Non
 ► Si non, passez à l'étape suivante.

Vivez-vous avec un conjoint? Oui Non ► Ce conjoint est-il l'autre parent? Oui Non ► Si non, veuillez répondre aux questions suivantes le concernant.

Renseignements sur l'identité du conjoint qui vit avec vous sans être l'autre parent

Nom de famille selon l'acte de naissance	Prénom	Date de naissance Année Mois Jour
Numéro d'assurance sociale	Autre numéro d'assurance sociale, s'il y a lieu. S'il vous est impossible de fournir son numéro d'assurance sociale, dites pourquoi.	

À qui doit être versée la majoration si vous et l'autre parent recevez des prestations en même temps? À moi-même À l'autre parent

Si le conjoint a déjà eu un autre numéro d'assurance sociale au cours des trois dernières années, indiquez-le :

Est-ce que l'enfant ou les enfants font l'objet d'une garde partagée? Oui Non

Retenues à la source

Êtes-vous un Indien inscrit? Oui Non ► Si oui, désirez-vous une exemption totale des retenues d'impôt à la source de vos prestations? Oui Non

Quel est le crédit d'impôt applicable aux retenues à la source de vos prestations? Montant de base Montant transféré du conjoint

Si vous le désirez, vous pouvez également inscrire des montants supplémentaires de retenue à la source, **par versement de deux semaines de prestations**, qui seront répartis comme suit :
 ► Impôt provincial : \$ ► Impôt fédéral : \$

Dépôt direct

Voulez-vous adhérer au dépôt direct des prestations? Oui Non ► Si oui, veuillez donner les renseignements requis sur votre institution financière.

Renseignements sur l'institution financière

Numéro de la succursale	Numéro de l'institution financière	Numéro de compte à l'institution financière
-------------------------	------------------------------------	---

Demande d'accès au service téléphonique automatisé

Un service téléphonique automatisé vous offre la possibilité d'obtenir des renseignements sur votre dossier ou d'y apporter certaines modifications. Désirez-vous utiliser ce service? Oui Non ► Si oui, nous vous transmettrons alors un code d'identification et un mot de passe.