

## 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 d'adoption

## Travailleur autonome

### 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

Adresse de correspondance

Numéro

Appartement

Rue

Province

Pays

Case postale

Ville, village ou municipalité

Code postal

Téléphone

Ind. rég.

## Renseignements sur l'identité du parent demandeur

Nom de famille selon l'acte de naissance

Prénom

Date de naissance

Année

Mois

Jour

Sexe

masculin

féminin

Numéro d'assurance sociale

Langue de correspondance désirée

Français

Anglais

Adresse du domicile

Numéro

Appartement

Rue

Province

Pays

Case postale

Ville, village ou municipalité

Code postal

Téléphone

Ind. rég.

Adresse de correspondance  
*(seulement si différente de l'adresse de votre domicile)*

Numéro

Appartement

Rue

Province

Pays

Case postale

Ville, village ou municipalité

Code postal

Téléphone

Ind. rég.

Par quel moyen souhaitez-vous que l'on communique avec vous?  Par courrier ou  Par courriel

Courriel

Êtes-vous résident du Québec à la date de début de vos prestations?  Oui  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

masculin

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 d'adoption

Lieu d'adoption :  Québec  hors Québec

Date d'arrivée de l'enfant ou des enfants en vue de leur adoption : \_\_\_\_\_

Année

Mois

Jour

Renseignements sur l'agence d'adoption ou l'organisme autorisé à ce titre :

Nom

Adresse

Date désirée de début des prestations : \_\_\_\_\_

Année

Mois

Jour

Nombre de semaines désirées de prestations d'adoption (*maximum 37*) : \_\_\_\_\_

### Répartition des prestations

Type de prestations	Nombre de semaines désirées	Débutant le dimanche			Finissant le samedi		
		Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour
Adoption							

*Note – La répartition des semaines de prestations peut être modifiée au besoin.*

L'enfant ou les enfants faisant l'objet de la présente demande vivent habituellement :

avec leurs deux parents  avec leur mère  avec leur père  en garde partagée  autre, précisez : \_\_\_\_\_

## Inscription des enfants

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

Si vous avez reçu des revenus d'emploi (salaire), 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.*

Avez-vous plus d'un relevé d'emploi au cours des 52 dernières semaines?  Oui  Non ► Si **oui**, combien?

Avez-vous diminué vos activités de travailleur autonome d'au moins 40 %?  Oui  Non ► Si **oui**, depuis quelle date?  Année Mois Jour

## Renseignements supplémentaires

- Étiez-vous résident du Québec au 31 décembre de l'année civile précédant celle où débutent vos prestations?  Oui  Non
- Au cours de l'année civile précédente, avez-vous eu :
  - seulement des revenus d'entreprise?  Oui  Non
  - des revenus d'entreprise et d'emploi (salaire)?  Oui  Non

► Si vous avez répondu **non** aux deux questions, passez à la question 3.

► Si vous avez répondu **oui** :

  - quel est le revenu net d'entreprise que vous avez déclaré à Revenu Québec pour l'année civile précédente ou quelle est l'estimation de ce revenu si vous n'avez pas produit votre déclaration de revenus?  \$
  - quel est le revenu d'emploi (salaire) que vous avez déclaré à Revenu Québec pour l'année civile précédente ou quelle est l'estimation de ce revenu si vous n'avez pas produit votre déclaration de revenus?  \$

Passez à la question 4.
- Au cours de la présente année civile, avez-vous eu ou aurez-vous :
  - seulement des revenus d'entreprise?  Oui  Non
  - des revenus d'emploi (salaire), ou des revenus d'emploi (salaire) et des revenus d'entreprise?  Oui  Non

► Si vous avez répondu **oui** :

  - quel revenu net d'entreprise prévoyez-vous gagner au cours de cette année?  \$
  - quel revenu d'emploi (salaire) prévoyez-vous gagner au cours de cette année?  \$
- Au cours de la présente année civile, avez-vous eu ou aurez-vous une rétribution à titre de ressource de type familial ou à titre de ressource intermédiaire, qui constitue votre seul revenu, ou qui s'ajoute à un ou des revenus mentionnés ci-dessus?  Oui  Non
- Avez-vous eu un revenu d'emploi (salaire) au cours des 52 dernières semaines?  Oui  Non
  - Si vous avez répondu **oui** :  
au cours des périodes couvertes par le ou les relevés d'emploi émis au cours des 52 semaines précédant la date désirée de début des prestations, y a-t-il eu une semaine complète (du dimanche au samedi) durant laquelle, bien qu'employé, vous n'avez ni travaillé ni été rémunéré?  Oui  Non
  - Si **oui**, veuillez remplir le tableau ci-dessous en commençant par la semaine la plus récente.

Périodes	Du dimanche			au samedi		
	Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						

**Nous calculerons votre prestation en fonction de ce qui est prévu à la loi et au règlement. Donc, si vous avez eu un revenu d'emploi (salaire) au cours des 52 dernières semaines, nous effectuerons un autre calcul à partir de ce revenu. Nous vous accorderons la prestation obtenue selon le calcul le plus avantageux pour vous.**

## Renseignements supplémentaires (suite)

6. Veuillez indiquer dans le tableau ci-dessous la ou les raisons pour lesquelles il vous a été impossible d'avoir, depuis le 1<sup>er</sup> janvier de l'année civile précédente jusqu'à ce jour, des revenus d'entreprise ou des revenus d'emploi (salaires).

Raisons	Période du			au		
	Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour
Vous avez reçu des prestations d'assurance-emploi pour une autre adoption ou une naissance (maternité /parentales), des prestations régulières, des prestations de maladie ou des prestations de compassion. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non						
Vous avez reçu des prestations d'assurance parentale en vertu du RQAP à l'occasion d'une autre adoption ou d'une naissance. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non						
Vous avez reçu des indemnités de la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ). <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non						
Vous avez reçu des indemnités de la CSST en raison d'un retrait préventif, d'un accident du travail, d'une maladie professionnelle ou pour un autre motif. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non						
Vous avez reçu des indemnités (autres que celles de la CSST) en vertu d'une loi provinciale en raison d'un retrait préventif, d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle; des indemnités de civisme ou des indemnités à titre de victimes d'actes criminels. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non						
Vous avez été dans l'incapacité de travailler pour cause de maladie, de blessure, de mise en quarantaine, de grossesse ou pour une raison autre que celles mentionnées ci-dessus. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non						
Vous avez reçu des allocations d'aide à l'emploi d'Emploi-Québec. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non						
Vous avez suivi un cours recommandé par l'assurance-emploi ou par l'un de ses fournisseurs de services. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non						
Vous avez été détenu dans un centre de détention. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non						
Vous avez été en grève ou en lock-out. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non						

Avez-vous eu assez d'espace pour inscrire toutes vos périodes?  Oui  Non ➤ Si **non**, vous devez déclarer les périodes supplémentaires ci-dessous.

7. Depuis la date désirée de début de prestations :

a) en excluant la raison de l'arrivée de l'enfant ou des enfants pour lesquels vous faites cette demande de prestations, avez-vous été dans l'incapacité de travailler?

Oui  Non

➤ Si **oui**, veuillez remplir le tableau ci-dessous.

Situations	Période du			au		
	Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour
Avez-vous reçu des prestations de compassion ou de maladie de l'assurance-emploi? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non						
Avez-vous fourni des soins ou un soutien à un membre de votre famille gravement malade sans recevoir de prestations de l'assurance-emploi? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non						
Avez-vous été malade pour une cause non liée à la grossesse sans recevoir de prestations de l'assurance-emploi? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non						
b) y a-t-il eu hospitalisation de l'enfant ou des enfants visés par cette demande pendant au moins une semaine complète (période du dimanche au samedi)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non						

Avez-vous inscrit toutes vos périodes?  Oui  Non ➤ Si **non**, vous devez déclarer les périodes supplémentaires ci-dessous.

8. Depuis la date désirée de début de prestations, avez-vous eu :

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

		Période du dimanche			au samedi			Montant brut	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
des revenus d'emploi? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non								\$	\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
des revenus d'entreprise? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non								\$	\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
des indemnités de la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non								\$	\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
des indemnités de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) pour retrait préventif? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non								\$	\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
d'autres indemnités de la CSST? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si <b>oui</b> , précisez :								\$	\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
d'autres revenus? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si <b>oui</b> , précisez :								\$	\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
								\$	\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
								\$	\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

## 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.

*FACULTATIF* ➤ Peut-on communiquer avec vous pour répondre à des sondages afin d'améliorer notre service à la clientèle?  Oui  Non