

**Attestation de perte de revenus**  
**Programme de remboursement des dépenses aux donneurs vivants (PRDDV)**

Ce formulaire ne peut être rempli qu'après la chirurgie de prélèvement.

**Lignes directrices pour l'employeur :**

**Ligne A :** Inscrivez la date du début de la semaine pour laquelle l'employé a subi une perte de de revenu d'emploi, ou pendant laquelle d'autres sources de revenus (paie de vacances, banque de congés de maladie, invalidité, etc.) ont été ou seront versés à l'employé.

**Ligne B :** Il s'agit de la paie nette moyenne que l'employé/demandeur aurait reçue s'il avait travaillé. Inscrivez la paie nette moyenne pour chaque semaine d'absence, soit de la semaine 1 à la semaine 8, s'il y a lieu.

Si le revenu hebdomadaire varie, comme dans le cas d'employés rémunérés à l'heure ou à commissions, veuillez utiliser le revenu net moyen calculé sur le revenu des six derniers mois.

Revenu net = revenu brut moins (impôt fédéral, impôt provincial, Régime des rentes du Québec, assurance-emploi, Régime québécois d'assurance parentale).

**Ligne C :** Pour chaque semaine d'absence, calculez et inscrivez 55 % du revenu inscrit à la case B.

**Ligne E :** Inscrivez le moindre des montants apparaissant à la ligne C et à la ligne D.

**Ligne F :** Il est possible que l'employeur verse une rémunération pendant l'absence de l'employé, tel qu'inscrit aux cases F1 à F5. Pour chaque semaine d'absence, inscrivez le montant net versé à l'employé selon le type de revenus.

Faites le total des autres rémunérations nettes reçues (F1 à F5) à la case F6.

**Ligne G :** Soustrayez le montant obtenu à la case F6 du montant de la case E. Si le résultat est négatif, inscrivez 0.

**Ligne H :** L'employé peut être admissible au paiement de vacances ou de toute autre nature mais a choisi de ne pas recevoir ces paiements. Veuillez nous indiquer les montants qu'il aurait pu recevoir.

**Lignes directrices pour l'employé :**

**Ligne J :** Inscrivez les prestations d'assurance-emploi (AE) que vous avez reçues pour chaque semaine d'absence du travail. Vous devez fournir des copies de vos relevés de prestations d'AE pour chaque semaine où vous avez reçu des prestations. Si vous n'avez plus ces relevés, veuillez demander un sommaire de prestations auprès de Service Canada (assurance emploi). Si vous envoyez le formulaire Attestation de perte de revenus avant de recevoir de l'information au sujet de vos prestations d'AE, votre demande sera gardée en attente jusqu'à ce que ces renseignements soient fournis au PRDDV.

**Ligne K :** Pour chaque semaine d'absence au travail, soustrayez les prestations d'AE reçues du montant de la case G. Si le résultat est négatif, inscrivez 0.

## Attestation de perte de revenus

Programme de remboursement des dépenses aux donneurs vivants (PRDDV)

Ce formulaire doit être rempli par le demandeur et l'employeur.

### INFORMATION SUR LE DEMANDEUR:

Nom du demandeur : \_\_\_\_\_

Prénom du demandeur : \_\_\_\_\_

Date de naissance du demandeur : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
*aaaa mm jj*

Dernier jour travaillé : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
*aaaa mm jj*

### INFORMATION SUR L'EMPLOYEUR:

Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du représentant : \_\_\_\_\_

Adresse de l'employeur : \_\_\_\_\_  
*(Numéro, Rue, Appartement)*

\_\_\_\_\_

*(Ville, Province, Pays, Code postal)*

Numéro de téléphone de l'employeur : \_\_\_\_\_

Adresse courriel de l'employeur : \_\_\_\_\_

**Attestation de perte de revenus**  
Programme de remboursement des dépenses aux donneurs vivants (PRDDV)

À remplir par l'employeur	Ligne	Description	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Semaine 5	Semaine 6	Semaine 7	Semaine 8	
	A	Semaine débutant le (aaaa-mm-jj)									
	B	Revenu net hebdomadaire	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
	C	55 % du revenu net (B x ,55)	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
	D	Indemnité hebdomadaire maximale	400 \$	400 \$	400 \$	400 \$	400 \$	400 \$	400 \$	400 \$	
	E	Inscrire le moindre de C et de D	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
	F	Inscrire les montants reçus d'autres sources :									
	F1	Vacances payées	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
	F2	Congés de maladie payés	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
	F3	Congés autorisés/sabatiques payées	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
F4	Prestations d'invalidité	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
F5	Autres: _____	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
F6	Sous-total (additionner lignes F1 à F5)	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
G	Réclamation totale (ligne E moins ligne F6)	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	
H	Le demandeur est-il admissible à des prestations de revenus qu'il a choisi de ne pas prendre ? (ex: vacances). Si oui, veuillez indiquer les montants qu'il aurait pu recevoir.	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	

Je déclare que l'information fournie sur ce formulaire est exacte et complète et inclut toutes les sources de revenus disponibles pendant la période de rétablissement suivant le prélèvement d'un organe du demandeur.

\_\_\_\_\_  
(Nom du représentant de l'employeur)

\_\_\_\_\_  
(Signature du représentant de l'employeur)

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
aaaa mm jj

À remplir par le demandeur	Ligne	Description	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Semaine 5	Semaine 6	Semaine 7	Semaine 8
	J	Prestations d'assurance-emploi reçues (inclure copies de relevés)	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
K	Réclamation payable(ligne G moins ligne J)	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$

Je déclare que l'information fournie sur ce formulaire est exacte et complète et inclut toutes les sources de revenus disponibles pendant ma période de rétablissement suite au prélèvement d'un organe. J'autorise mon employeur à divulguer cette information dans le cadre de l'administration du PRDDV.

\_\_\_\_\_  
(Nom du demandeur)

\_\_\_\_\_  
(Signature du demandeur)

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
aaaa mm jj