

**Communication des absences pour l'allocation d'initiation au travail**

Employeur : \_\_\_\_\_

Assuré(e) : \_\_\_\_\_

N° AVS : \_\_\_\_\_

Vous recevez, comme employeur, une allocation d'initiation au travail durant la période de mise au courant de la personne assurée. L'allocation n'est cependant pas versée pour les jours d'absence couverts par un autre assureur (par ex. indemnités journalières pour accident ou maladie, ou allocation pour perte de gain).

Mise au courant durant le mois de : \_\_\_\_\_

**Absence(s)**

non

<input type="checkbox"/> oui	du	au	Motif (p. ex. maladie)	Couverture par une autre assurance oui (laquelle ?)/ non
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Si la personne assurée a été absente pendant la période de mise au courant en raison d'un accident ou d'une maladie, nous vous prions de nous envoyer le présent formulaire rempli et signé au terme de la période de mise au courant ou à la fin de chaque mois, pour que nous puissions demander à la caisse de compensation de verser l'allocation.

Lieu et date : \_\_\_\_\_

Tampon et signature de l'employeur :