

Indiquez le taux des gains bruts (horaires ou journaliers) moyens réduits de la personne requérante, y compris toute allocation ou prime versée, du _____ au _____ inclusivement.	Taux des gains bruts \$ Journaliers Horaires	Si la personne requérante est retournée au taux d'avant la lésion, indiquez la date (jj/mmm/aaaa).
---	---	--

Si la personne requérante s'est absentée du travail au cours de la période à laquelle les gains ci-dessus s'appliquent, fournissez les renseignements suivants :

Dates d'interruption de travail	Nombre d'heures/ de jours	Cause

Veillez indiquer la raison pour laquelle le taux de gains a été réduit.

- | | |
|-------------------------|--|
| Perte de prime de quart | Ancien travail non disponible |
| Heures réduites | Perte de prime de rendement ou d'autres primes |
| Taux horaire réduit | Autres raisons (précisez) |

Nombre d'heures travaillées actuellement : Par jour _____ Par semaine _____

À votre avis, les gains ont-ils été réduits en raison de la lésion? Oui Non — Expliquez

À quel genre de travail les gains s'appliquaient-ils?

D'après vous, quand la personne requérante sera-t-elle en mesure de reprendre son travail habituel à un taux de rémunération normal?

Si la personne requérante reçoit son plein salaire pour un travail modifié, à quel pourcentage estimez-vous la valeur de son travail pour cette période?

Le taux de rémunération de la personne requérante demeurera-t-il constant?

Non Oui — Indiquez la durée

Veillez nous aviser de tout changement concernant le taux de rémunération et la date d'entrée en vigueur.

Commentaires additionnels

Nom	Titre	Téléphone
Signature	Date	

Cochez cette case si vous remplissez et soumettez ce formulaire par voie électronique. Cela constitue votre signature. Vous devez indiquer votre nom et la date ci-dessus.