**PROTÉGÉ B** UNE FOIS REMPLI

**Formulaire de demande de mesures d’adaptation - situation de famille**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **A – Données sur la situation actuelle de l’employé** | | | |
| Nom de l’employé | | | Numéro de l’employé |
| Titre du poste | Classification | Lieu de travail désigné | |
| Direction générale | |
| Nom du superviseur/gestionnaire | |
| **B – Relation du (des) membre(s) de la famille avec l’employé**  Note : Veuillez préciser l’âge et l’adresse de résidence des membres de la famille de l’employé indiqués dans la réponse. | | | |
|  | | | |
| **C – Description des besoins auxquels il faut répondre** | | | |
|  | | | |
| **D – Description du conflit travail-situation de famille**  Note : Veuillez préciser en quoi votre travail nuit à votre capacité de s’acquitter d’une obligation familiale. | | | |
|  | | | |
| **E – Description de l’impact qu’aura sur l’employé la non résolution du conflit travail- situation de famille?**  Note : Veuillez décrire comment votre situation actuelle au travail affecte votre obligation familiale. | | | |
|  | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **F – Description des efforts déployés pour conclure d’autres arrangements**  Note : Veuillez fournir des précisions (par ex. : organisations, personnes et membres de la famille contactés et résultat) | |
|  | |
| **G – Description des arrangements actuels pour faciliter la gestion de la situation de famille** | |
|  | |
| **H – Description des mesures d’adaptation demandées**  Note : Veuillez fournir des précisions (par ex. : prolongation d’un congé pour s’occuper de la famille, congé pour prendre soin de membres malades de la famille, régime de travail de rechange) | |
|  | |
| **I – S’il s’agit d’une demande d’heures de travail modifiées, veuillez remplir la section ci‑dessous** | |
| Les responsabilités familiales décrites dans ce document sont-elles partagées avec un autre parent, tuteur ou membre de la famille?  Oui  Non  **Si oui**, veuillez expliquer : | |
| **J – Énoncé de confidentialité** | |
| Les renseignements que vous fournissez sont recueillis en vertu des dispositions de la *Loi sur la gestion des finances publiques* et la *Loi sur le ministère d’Emploi et du développement social*  aux fins de l’administration des *Lignes directrices sur l’obligation de prendre des mesures d’adaptation*. Les renseignements que vous fournissez ne seront pas utilisés à des fins autres que pour l’administration des *Lignes directrices sur l’obligation de prendre des mesures d’adaptation.*  Vos renseignements personnels sont administrés en conformité avec la *Loi sur le ministère d’Emploi et du développement social*  et la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Vous avez le droit à la protection et à la consultation de vos renseignements personnels. Ils seront conservés dans le fichier de renseignements personnels PSE 901. Les directives pour avoir accès à ces renseignements personnels sont expliquées dans la publication officielle Info Source, également disponible sur le site Web suivant : [www.infosource.gc.ca](http://www.infosource.gc.ca). Info Source peut également être consulté en ligne dans les centres de Service Canada. | |
| **K – Signature de l’employé** | |
| J’atteste que les renseignements inscrits dans ce formulaire sont exacts et je demande que des mesures d’adaptation soient prises à mon égard. | |
| Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (en caractères d'imprimerie)  Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (jj-mm-aaaa) |

Copies: À conserver par: (1) l’employé; (1) le gestionnaire.