

## DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ(E) POUR LA PRIME D'ÉLOIGNEMENT

Nom : \_\_\_\_\_

N° d'employé (e) : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
A M J

CÉLIBATAIRE

MARIÉ(E)

CONJOINT DE FAIT

Désirez-vous vous prévaloir de la prime d'éloignement?

avec dépendant (13 135 \$)

sans dépendant ( 8 754 \$)

PERSONNE À CHARGE :

1. La conjointe ou le conjoint, l'enfant à charge et toute autre personne à charge au sens de la *Loi sur les impôts*, à la condition que celle-ci ou celui-ci réside avec la personne salariée. Cependant, pour les fins du présent article, les revenus tirés d'un emploi par la conjointe ou le conjoint de la personne salariée n'ont pas pour effet de lui enlever son statut de personne à charge.

2. Dans le cas où les deux conjoints travaillent pour le *Centre de services scolaire des Îles* ou que l'autre conjoint travaille aussi dans le secteur public ou parapublic, un (1) seul des deux (2) peut se prévaloir de la prime applicable à la personne salariée avec personne à charge, s'il y a une ou des personnes à charge autres que la conjointe ou le conjoint. S'il n'y a pas d'autres personnes à charge que la conjointe ou le conjoint, chacun a droit à la prime sans personne à charge, et ce, malgré la définition du terme «personne à charge».

3. Nom et prénom de votre conjoint(e) \* : \_\_\_\_\_

\* On entend par conjointes ou conjoints les personnes :

- qui sont mariées (de sexe différent ou de même sexe) et cohabitent ou vivent maritalement depuis au moins un (1) an;
- qui vivent maritalement et sont les père et mère d'un même enfant;
- sous réserve que la dissolution du mariage par divorce ou annulation fait perdre ce statut de conjointe ou conjoint, de même que la séparation de fait depuis plus de trois (3) mois dans le cas de personnes qui vivent maritalement.

Si votre conjoint(e) travaille, le nom de son employeur : \_\_\_\_\_

Se prévaut-il(elle) de la prime d'éloignement chez son employeur ?  oui  non

Si oui :  avec dépendant  sans dépendant

4. Enfant à charge : un enfant de l'employé(e), de son conjoint ou des deux, non marié et résidant ou domicilié au Canada qui dépend de l'employé(e) pour son soutien et est âgé de moins de 18 ans; ou s'il fréquente à temps complet \*, à titre d'étudiant dûment inscrit, une maison d'enseignement reconnue, est âgé de moins de 25 ans, ou quel que soit son âge, un enfant qui a été frappé d'invalidité totale avant son 18<sup>e</sup> anniversaire de naissance ou un étudiant frappé d'invalidité totale entre l'âge de 18 et 25 ans et qui est demeuré continuellement invalide depuis cette date.

Nom de la personne à charge	Lien de parenté	Âge au 1 <sup>er</sup> sept. 2025	Date de naissance
_____	_____	_____	____/____/____
_____	_____	_____	____/____/____
_____	_____	_____	____/____/____
_____	_____	_____	____/____/____

**Je certifie que les renseignements fournis ci-dessus sont vrais et exacts et m'engage à informer mon employeur de tout changement à mon statut.** J'autorise également mon employeur, le *Centre de services scolaire des Îles*, à faire les vérifications nécessaires.

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## ATTESTATION DE L'OBLIGATION DE CONFIDENTIALITÉ

Je, \_\_\_\_\_, déclare avoir reçu et pris connaissance des obligations applicables suivantes en matière de confidentialité :

### Confidentialité

- Sous réserve des dispositions relatives à l'accès à l'information et à la protection des renseignements personnels, l'employé est tenu à la discrétion (obligation qui implique notamment de ne pas communiquer une information confidentielle) sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions et à l'occasion de l'exercice de ses fonctions;

De plus, je reconnais que les obligations relatives à la confidentialité se prolongent en cas de cessation d'emploi.

Et je m'engage à adopter un comportement conforme aux principes d'éthique et aux obligations précitées.

Je comprends que des sanctions pourraient être appliquées par mon établissement quant au non-respect de ces obligations.

\_\_\_\_\_  
Signature de l'employé(e)

\_\_\_\_\_  
Date

## DÉCLARATION RELATIVE AUX ANTÉCÉDENTS JUDICIAIRES

Je, \_\_\_\_\_, déclare n'être sur le coup d'aucune accusation ni d'aucune condamnation au pénal ou au criminel pour une offense ayant un lien avec l'emploi postulé ou avec l'objectif de préservation de l'intégrité et de la sécurité des élèves.

Indiquez, s'il y a lieu, les accusations ou condamnations au pénal ou au criminel, dont vous n'avez pas obtenu une réhabilitation et qui sont en lien avec l'emploi postulé:

\_\_\_\_\_

En cours d'emploi, je m'engage à aviser le Centre de services scolaire des Îles de toute condamnation pénale ou criminelle pour une offense ayant un lien avec l'emploi occupé ou avec l'objectif de préservation de l'intégrité et la sécurité des élèves.

Je reconnais que toute offre d'emploi sera conditionnelle à l'absence d'accusation ou de condamnation criminelle ou pénale pour laquelle il n'y a pas eu de réhabilitation, ayant un lien avec l'emploi postulé ou avec l'objectif de préservation de l'intégrité et de la sécurité des élèves.

\_\_\_\_\_  
Signature de l'employé(e)

\_\_\_\_\_  
Date

## FORMATION POUR LE RÉSEAU SCOLAIRE SUR L'INTIMIDATION ET LA VIOLENCE

Je déclare avoir suivi la **formation obligatoire** « Le pouvoir d'agir des adultes œuvrant auprès d'élèves en matière d'intimidation et de violence » réalisée en contribution avec le ministère de l'Éducation.

\_\_\_\_\_  
Signature de l'employé(e)

\_\_\_\_\_  
Date