

## Entente d'adhésion au débit bancaire préautorisé (DPA) personnel

### Section 1 : IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ

Matricule :	Courriel :
Prénom :	Nom :
Adresse :	Appartement :
Ville :	Code postal :
Téléphone :	Cellulaire :

### Section 2 : RAISON DU PAIEMENT ET AUTORISATION DE RETRAIT

Indiquez le ou les plans d'adhésion applicables

PLAN D'ADHÉSION A	PLAN D'ADHÉSION B
<input type="checkbox"/> J'autorise l'employeur à percevoir le montant d'arrérage généré à chaque période de paie pour toutes les déductions obligatoires ou optionnelles auxquelles j'ai adhéré chez l'employeur, tel les assurances collectives, le stationnement, la loterie, etc.  En l'absence d'une rémunération suffisante, ces déductions génèrent de l'arrérage. Le relevé de paie fait foi d'état de compte et m'indique le montant d'arrérage généré à la paie courante, qui sera prélevé à mon compte bancaire 14 jours plus tard. Je comprends que le montant peut varier selon les tarifs en vigueur ou en présence ou non d'une rémunération à la période de paie.  <i>Notez que ce type de prélèvement vise les arrérages que vous pourriez cumuler à la paie courante ou aux paies futures. Veuillez compléter le Plan d'adhésion B situé à droite pour convenir du remboursement d'un solde d'arrérage ayant été accumulé avant la mise en place de cette entente.</i>	<input type="checkbox"/> Je désire procéder au remboursement d'une somme due à l'employeur selon les modalités de paiement convenues ( <i>applicable aux paiements d'arrérages existant avant la mise en place de l'entente de débit bancaire préautorisé</i> )
<b>Montant :</b> Selon le montant d'arrérage inscrit au relevé de paie, qui représente l'état de compte **.	<b>Montant :</b> Selon l'entente convenue; soit : _____ \$
<b>Fréquence :</b> Aux 2 semaines (date dépôt de paie); soit 14 jours suivant l'état de compte.	<b>Fréquence :</b> <input type="checkbox"/> paiement unique <input type="checkbox"/> Aux 2 semaines (date dépôt de paie)
<b>Durée :</b> Applicable jusqu'à avis contraire de l'employé signifié par écrit au Service de la paie.	<b>Durée :</b> Jusqu'au paiement complet de la somme due à l'employeur

**\*\* Le montant du prélèvement peut être ajusté en fonction du changement de tarif de l'assureur ou si l'employé fait une demande de modification à son régime d'assurance ou si l'employé a reçu une rémunération durant la période de paie.**

## Entente d'adhésion au débit bancaire préautorisé (DPA) personnel

### Section 3 : IDENTIFICATION DE L'INSTITUTION FINANCIÈRE

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Prélèvement avec le compte bancaire déjà inscrit au dossier de l'employé (dépôt paie) * |
| <input type="checkbox"/> Utiliser le spécimen chèque ci-joint et sur lequel j'ai inscrit mon numéro de matricule |

\* Si non coché, le prélèvement se fera automatiquement avec le compte inscrit au dossier de l'employé.

### Section 4 : ORGANISME BÉNÉFICIAIRE

CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal		
7401, rue Hochelaga, Local 120, Montréal (Qc) H1N 3M5		
Contact : Nancy Babineau	(514) 251-7015, Option 1	nbabineau.hmr@ssss.gouv.qc.ca

### Section 5 : AUTORISATION ET SIGNATURE

Je confirme que je suis le signataire pour le compte bancaire indiqué à la section 3. J'autorise le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS) et l'institution financière désignée à débiter mon compte selon les spécifications précisées dans cette adhésion. Je m'engage à aviser le CIUSSS, par écrit, de tout changement concernant le compte indiqué.

Je comprends que le relevé de paie auquel j'ai accès sur le web représente mon état de compte officiel. Il est de ma responsabilité d'en faire une vérification diligente et d'aviser l'employeur de toute erreur.

Advenant un avis de rejet de prélèvement, signifié par l'institution financière pour fonds insuffisants, je comprends que l'employeur pourra en aviser l'assureur.

Dans le cadre du plan d'adhésion A, cette autorisation demeure en vigueur jusqu'à ce que le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal ait reçu de ma part un préavis écrit de sa modification ou de sa résiliation. Ce préavis doit arriver au moins 10 jours ouvrables avant la date prévue du prochain débit à l'adresse courriel indiquée à la section 4.

Je comprends et accepte le présent plan de prélèvement et désire y participer. J'ai certains droits de recours si un prélèvement n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout débit qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent accord. Pour obtenir plus d'information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter le [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca)

Signature :	Date :
-------------	--------

**Veuillez retourner le formulaire complété par courriel à l'adresse indiquée à la section 4**