



**Instructions pour prendre un congé payé de solidarité familiale pour un enfant mineur à charge en raison de quarantaine/isolement lié(e) à la COVID-19**

1. Remplissez les sections 1 à 3 de ce formulaire et la partie A de la *Demande de congé payé de solidarité familiale (Formulaire PFL-1)*.
    - a. Laissez les questions 11 et 12 en blanc sur le formulaire PFL-1.
  2. Remettez les formulaires remplis à votre employeur.
    - a. L'employeur remplit la section 4 de ce formulaire et la partie B du formulaire PFL-1 dans les trois jours ouvrables.
  3. Joignez une ordonnance de quarantaine ou d'isolement obligatoire ou préventif.
  4. Soumettez tous les formulaires et l'ordonnance de quarantaine/isolement à la compagnie d'assurance PFL de votre employeur indiquée à la partie B du *formulaire PFL-1*.
- Pour plus d'informations, visitez le site Web sur le congé payé de solidarité familiale à l'adresse [PaidFamilyLeave.ny.gov](https://PaidFamilyLeave.ny.gov).

**SECTION 1 - DEMANDE DE CONGÉ PAYÉ DE SOLIDARITÉ FAMILIALE (PFL) (doit être remplie par l'employé)**

Raison de la demande de PFL :  Prise en charge d'un enfant mineur à charge soumis à une quarantaine/un isolement lié(e) à la COVID-19

**SECTION 2 - INFORMATIONS SUR L'ENFANT MINEUR (doit être remplie par l'employé)**

1. **Nom de l'enfant mineur à charge** (prénom, initiale du deuxième prénom, nom de famille)

2. **Date de naissance de l'enfant mineur** (MM/JJ/AAAA)

3. **Adresse postale de l'enfant mineur**

<input type="text" value="Ville"/>	<input type="text" value="État"/>	<input type="text" value="Code postal"/>	<input type="text" value="Pays (si hors des États-Unis)"/>
------------------------------------	-----------------------------------	--	--

**SECTION 3 - ATTESTATION DE L'EMPLOYÉ (doit être remplie par l'employé)**

Ma signature atteste que je ne suis pas physiquement en mesure d'effectuer mon travail pour mon employeur par accès à distance ou par des moyens similaires pendant l'ordonnance de quarantaine ou d'isolement obligatoire ou préventif de mon enfant mineur.

Signature de l'employé : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom de l'employé en caractères d'imprimerie : \_\_\_\_\_

**SECTION 4 - ATTESTATION DE L'EMPLOYEUR (doit être remplie par l'employeur)**

Ma signature atteste que cet employé n'est pas physiquement en mesure d'effectuer son travail par accès à distance ou par des moyens similaires pendant la durée de l'ordonnance de quarantaine ou d'isolement obligatoire ou préventif de son enfant mineur.

Signature de l'employeur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom de l'employeur/entité en caractères d'imprimerie : \_\_\_\_\_

L'assureur doit payer ou refuser les prestations dans les 18 jours calendaires de sa réception de la demande remplie. Votre demande ne peut être considérée comme incomplète uniquement parce que votre employeur a omis de remplir la section 4 ci-dessus ou la partie B du *formulaire PFL-1*. Si vous n'êtes pas d'accord avec la décision de l'assureur ou si le paiement est en retard, vous pouvez demander un arbitrage auprès de NAM (National Arbitration and Mediation) à l'adresse [nyspfla.com](https://nyspfla.com).



# Instructions pour la demande de congé payé de solidarité familiale (Formulaire PFL-1)

- Pour demander un congé payé de solidarité familiale (PFL), l'employé qui demande le PFL doit remplir la partie A de la *Demande de congé payé de solidarité familiale (Formulaire PFL-1)*. Toutes les sections du formulaire sont obligatoires, sauf si elles sont indiquées comme facultatives. L'employé remet ensuite le formulaire à son employeur pour que ce dernier remplisse la partie B.
- L'employeur remplit la partie B de la *Demande de congé payé de solidarité familiale (Formulaire PFL-1)* et la renvoie à l'employé dans les trois jours ouvrables.
- Des formulaires supplémentaires sont requis selon le type de congé demandé. Il incombe à l'employé qui demande le congé de remplir ces formulaires.
- **L'employé soumet la *Demande de congé payé de solidarité familiale (Formulaire PFL-1)* avec le formulaire supplémentaire requis à l'assureur PFL de l'employeur indiqué à la partie B de la *Demande de congé payé de solidarité familiale (Formulaire PFL-1)*. L'employé doit conserver une copie de chaque formulaire soumis pour ses dossiers.**

## PARTIE A - INFORMATIONS RELATIVES À L'EMPLOYÉ (doit être remplie par l'employé)

L'employé qui demande le PFL doit fournir toutes les informations requises.

### Demande de PFL (doit être remplie par l'employé)

**Question 12 :** Un enfant peut être un enfant biologique, adopté ou placé en famille d'accueil, un beau-fils, une pupille légale, un enfant d'un partenaire domestique, ou la personne pour laquelle l'employé agit *in loco parentis*. Un parent est défini comme un parent biologique, adoptif ou d'accueil, un beau-parent, un tuteur légal, ou une autre personne qui agissait *in loco parentis* par rapport à l'employé lorsque l'employé était un enfant.

**Question 13 :** Si les dates sont « continues », l'employé doit fournir les dates de début et de fin du PFL demandé. Ces dates doivent être les dates réelles de début et de fin du PFL. En cas d'incertitude, estimez les dates de début et de fin et indiquez « Les dates sont estimées ». Si les dates sont « périodiques », saisissez les dates auxquelles le PFL sera pris. Soyez aussi précis que possible. Si les dates sont inconnues ou estimées, indiquez « Les dates sont estimées ».

Si les dates sont estimées, l'assureur PFL pourrait vous demander de soumettre une demande de paiement **après** que le jour de PFL a été pris. Le paiement des réclamations approuvées sera dû dès que possible, mais en aucun cas plus de 18 jours après la date de la demande remplie.

**Question 14 :** Si l'employé soumet la demande de PFL à son employeur avec un préavis de moins de 30 jours à compter de la date de début du PFL, l'employé doit expliquer pourquoi un préavis de 30 jours n'a pas pu être donné. Si l'explication est trop longue pour l'espace prévu sur le formulaire, écrivez « See attached » (Voir pièce jointe) et ajoutez une pièce jointe avec l'explication. Assurez-vous d'inclure le nom complet et la date de naissance de l'employé en haut de la pièce jointe.

### Informations relatives à l'emploi (doit être remplie par l'employé)

**Question 16 :** Saisissez la date d'embauche au meilleur de la mémoire de l'employé. Si plus d'un an s'est écoulé depuis la date d'embauche, l'année de début de l'emploi est suffisante.

**Question 18 :** Saisissez la meilleure estimation de salaire hebdomadaire brut moyen. N'incluez que les salaires gagnés auprès de l'employeur indiqué sur ce formulaire de demande. **Le salaire hebdomadaire brut est le salaire hebdomadaire total — y compris les heures supplémentaires, les pourboires, les primes et les commissions — avant toute déduction effectuée par l'employeur**, telles que les impôts fédéraux et de l'État. Si l'employeur n'est pas en mesure de fournir ces informations, l'employé peut calculer son salaire hebdomadaire brut comme suit :

**Étape 1 :** Additionnez tous les salaires bruts perçus (avant toute déduction) au cours des huit dernières semaines avant le début du PFL, y compris les heures supplémentaires et les pourboires gagnés. (Voir l'étape 3 pour les instructions de calcul des bonus et/ou commissions.)

**Étape 2 :** Divisez le salaire brut calculé à la première étape par huit (ou le nombre de semaines travaillées si moins de huit) pour calculer le salaire hebdomadaire moyen.

**Étape 3 :** Si l'employé a reçu des primes et/ou commissions au cours des 52 semaines précédant le PFL, ajoutez le montant hebdomadaire au prorata au salaire hebdomadaire moyen. Pour déterminer le

montant hebdomadaire au prorata, additionnez tous les bonus/commissions gagnés au cours des 52 semaines précédentes, puis divisez ce chiffre par 52.

Exemple de calcul du salaire hebdomadaire brut :

Semaine 1 - Salaire brut incluant les heures supplémentaires	550 \$
Semaine 2 - Salaire brut	500 \$
Semaine 3 - Salaire brut	500 \$
Semaine 4 - Salaire brut	500 \$
Semaine 5 - Salaire brut	500 \$
Semaine 6 - Salaire brut	500 \$
Semaine 7 - Salaire brut incluant les heures supplémentaires	600 \$
Semaine 8 - Salaire brut incluant les heures supplémentaires	+ 550 \$
Total =	4 200 \$
Divisez-le par 8	÷ 8
Salaire hebdomadaire moyen =	525 \$
Bonus gagné au cours des 52 semaines précédentes	2 600 \$
Divisez-le par 52	÷ 52
Bonus hebdomadaire au prorata =	50 \$

*Instructions relatives au formulaire PFL-1 (suite à la page suivante)*

**PARTIE A - INFORMATIONS RELATIVES À L'EMPLOYÉ (doit être remplie par l'employé) - (suite de la page précédente)***Instructions relatives au formulaire PFL-1 (suite de la page précédente)*

Salaire hebdomadaire moyen	525 \$
Bonus hebdomadaire au prorata	+ 50 \$
<b>Salaire hebdomadaire moyen (y compris le bonus) =</b>	<b>575 \$</b>

Veillez noter que l'employeur est également tenu de fournir ces informations dans la partie B de la *Demande de congé payé de solidarité familiale (Formulaire PFL-1)*.

**Lors de la pré-soumission du formulaire :** Indiquez s'il s'agit de la pré-soumission d'une demande de PFL de la part de l'employé. La pré-soumission est définie comme la soumission de la demande avant un événement de qualification à venir, avec certaines informations requises manquantes car elles sont inconnues au moment de la soumission. Si la pré-soumission est autorisée par l'assureur

ou l'employeur auto-assuré, les informations manquantes doivent être fournies dès qu'elles sont connues. Les prestations ne peuvent pas être déterminées tant que toutes les informations requises n'ont pas été fournies.

L'assureur PFL ou l'employeur auto-assuré fournira à l'employé dans les cinq jours un avis qui 1) indique que la réclamation est en cours ; 2) identifie les informations manquantes ; 3) indique comment soumettre les informations manquantes. **Une fois toutes les informations fournies, l'assureur PFL ou l'employeur auto-assuré dispose de 18 jours pour payer ou refuser la réclamation.**

Si l'assureur ou l'employeur auto-assuré n'autorise pas la pré-soumission, l'assureur ou l'employeur auto-assuré doit renvoyer la *Demande de congé payé de solidarité familiale* à l'employé dans les cinq jours en expliquant que la demande doit être soumise à nouveau lorsque toutes les informations seront disponibles.

**L'employé signe et date avant de remettre ce formulaire à son employeur pour que ce dernier remplisse la partie B.**

**PARTIE B - INFORMATIONS RELATIVES À L'EMPLOYEUR (doit être remplie par l'employeur)**

**L'employeur de l'employé qui demande le PFL doit remplir toutes les informations de la partie B.**

**Question 2 :** Si un numéro de sécurité sociale est utilisé pour le numéro d'identification fédéral de l'employeur (Federal Employer Identification Number, FEIN), saisissez le numéro de sécurité sociale.

**Question 3 :** Saisissez le code de Classification type par industrie (Standard Industrial Classification, SIC) de l'employeur. Les employeurs doivent contacter leur assureur s'ils ne connaissent pas leur code SIC.

**Question 8 :** Il est possible de trouver le code de profession de l'employé à l'adresse : [www.bls.gov/soc/2018/major\\_groups.htm](http://www.bls.gov/soc/2018/major_groups.htm)

**Question 9 :** Saisissez le salaire gagné par l'employé au cours des huit dernières semaines précédant la date de début du PFL. Le montant brut payé est le salaire hebdomadaire brut de l'employé, y compris les heures supplémentaires et les pourboires gagnés pour cette semaine, plus le montant hebdomadaire au prorata de toute prime ou commission reçue au cours des 52 semaines précédentes. (Pour les étapes détaillées, voir la question 18 à partir de la page 1 des instructions.) Calculez le salaire hebdomadaire moyen brut en additionnant les montants bruts payés, puis en divisant le total par huit (ou le nombre

de semaines travaillées si moins de huit).

**Question 10 :** Ne pas sélectionner « Oui » dans le cadre de votre demande de remboursement à l'assureur entraînera votre renonciation au droit au remboursement.

**Question 11a :** « Invalidité » fait référence à l'invalidité requise par la loi de l'État de New York. Si la réponse est « Rien », saisissez « 0 » pour le nombre total de semaines et de jours à la question 11b.

**Question 11b :** Le nombre maximum de semaines disponibles pour l'invalidité statutaire dans l'État de New York et le PFL au cours d'une période de 52 semaines est de 26 semaines. Précisez le nombre total de semaines, ainsi que le nombre de jours supplémentaires si le congé comprend une semaine partielle, prises pour invalidité statutaire dans l'État de New York et PFL au cours des 52 semaines précédentes.

**Questions 13, 14 et 15 :** Saisissez le nom, l'adresse et le numéro de contrat d'assurance PFL de l'assureur fournissant le congé payé de solidarité familiale ou l'assurance invalidité/PFL. Si cet employeur est auto-assuré, saisissez le nom et l'adresse auxquels la demande de PFL doit être soumise pour traitement.

**L'employé ayant émis l'attestation est éligible au PFL :** Un employé qui travaille régulièrement 20 heures ou plus par semaine doit avoir été en emploi pendant au moins 26 semaines consécutives. Un employé qui travaille régulièrement moins de 20 heures par semaine doit avoir travaillé 175 jours.

**L'employeur signe et date, puis renvoie le formulaire à l'employé demandant le PFL dans les trois jours ouvrables.**

### **Assurez-vous de remplir les formulaires PFL supplémentaires appropriés en fonction du type de congé demandé.**

**Avis en vertu de la loi de New York sur la protection de la vie privée (Personal Privacy Protection Law) (article 6-A de la loi sur les agents publics) et de la loi fédérale sur la protection de la vie privée (Federal Privacy Act) de 1974 (5 USC 552a).**

Le pouvoir de la Commission de la santé et de la sécurité au travail (Commission) de demander aux employés de fournir des informations personnelles, y compris leur numéro de sécurité sociale ou leur numéro d'identification fiscale, découle de l'autorité administrative de la Commission en vertu de l'article 142 de la loi sur la santé et la sécurité au travail. Ces informations sont recueillies pour aider la Commission à enquêter et à administrer les réclamations de la manière la plus rapide possible, et pour l'aider à détenir des dossiers exacts. Fournir votre numéro de sécurité sociale ou votre numéro d'identification fiscale à la Commission est volontaire. La Commission protégera la confidentialité de toutes les informations personnelles en sa possession ; elle ne les divulguera que dans le cadre de ses fonctions officielles et conformément aux lois fédérales et de l'État applicables.



INSTRUCTIONS INCLUSES AVEC LE FORMULAIRE

## PARTIE A - INFORMATIONS RELATIVES À L'EMPLOYÉ (doit être remplie par l'employé)

1. **Nom légal de l'employé** (prénom, initiale du deuxième prénom, nom de famille)

---

2. **Autres noms de famille, le cas échéant, sous lesquels l'employé a travaillé**

---

3. **Adresse postale de l'employé**

Adresse de rue

Ville, État

Code postal      Pays (si hors des États-Unis)

4. **Numéro de sécurité sociale ou numéro d'identification fiscale de l'employé**

□□□□ - □□ - □□□□□□

5. **Date de naissance de l'employé** (MM/JJ/AAAA)

□□ / □□ / □□□□□□

6. **Numéro de téléphone principal de l'employé**

( □□□□ ) □□□□ - □□□□□□

7. **Adresse e-mail de choix de l'employé lorsqu'il est en PFL** (si disponible)

---

8. **Genre de l'employé**

M    F    X

9. **Langue de choix de l'employé**

English    Español    Русский    Polski  
 中文    Italiano    Kreyòl ayisyen    한국어  
 Autre

### Facultatif (à des fins de recherche)

10. **Origine ethnique/race de l'employé**

À des fins démographiques en matière de santé seulement. (Ensemble de codes des Centres pour le contrôle et la prévention des maladies [CDC] des États-Unis, version 1.0.)

**L'employé est-il d'origine hispanique, latine ou espagnole ?** (Une ou plusieurs catégories peuvent être sélectionnées.)

- Mexicaine
- Américaine mexicaine
- Chicana
- Porto ricaine
- Dominicaine
- Cubaine
- Une autre origine hispanique, latine ou espagnole
- Non d'origine hispanique, latine ou espagnole
- Inconnue

**Quelle est la race de l'employé ?**

(Une ou plusieurs catégories peuvent être sélectionnées.)

- Amérindienne ou de l'Alaska
- Noire ou afro-américaine
- Asiatique Indienne
- Chinoise
- Philippine
- Japonaise
- Coréenne
- Vietnamienne
- Autre asiatique
- Blanche
- De Hawaï
- De Guam ou de Chamorro
- De Samoa
- D'une autre île du Pacifique
- Autre race

## Demande de congé payé de solidarité familiale (PFL) (doit être remplie par l'employé)

11. **Raison de la demande de PFL :**  Créer des liens avec un enfant    Prendre soin d'un membre de la famille    Événement militaire admissible

12. **Relation entre l'employé et le membre de sa famille :**

- Enfant    Conjoint(e)    Partenaire domestique    Parent    Beau-parent    Grand-parent    Petit-enfant    Frère/sœur

*Formulaire PFL-1 (suite à la page suivante)*



**DOIT ÊTRE REMPLI PAR L'EMPLOYÉ**

Nom de l'employé (prénom, initiale du deuxième prénom, nom de famille)

Date de naissance de l'employé (MM/JJ/AAAA)

□□	/	□□	/	□□□□
----	---	----	---	------

**PARTIE A - INFORMATIONS RELATIVES À L'EMPLOYÉ** (doit être remplie par l'employé) - (suite de la page précédente)*Formulaire PFL-1 (suite de la page précédente)***13. Le PFL sera-t-il d'une durée continue et/ou intermittente ?**

Continue

Date de début du PFL (MM/JJ/AAAA)

□□	/	□□	/	□□□□
----	---	----	---	------

Date de fin du PFL (MM/JJ/AAAA)

□□	/	□□	/	□□□□
----	---	----	---	------

Les dates sont estimées

Intermittente

Identifiez les dates auxquelles le PFL intermittent sera pris :

--

Les dates sont estimées

**14. Si vous fournissez un préavis de moins de 30 jours à l'employeur, veuillez expliquer :****Informations relatives à l'emploi** (doit être remplie par l'employé)**15. Nom de l'entreprise**


---

**16. Date d'embauche de l'employé** (MM/JJ/AAAA)

□□	/	□□	/	□□□□
----	---	----	---	------

**17. Lieu de travail de l'employé**

Adresse de rue

--

Ville, État

Code postal

Pays (si hors des États-Unis)

--

--

--

**18. Salaire hebdomadaire brut moyen** (Ces données seront demandées à la fois à l'employé et à l'employeur)

---

**19. Numéro de téléphone de l'employeur pour tout contact dans le cadre de cette demande** ( □□□□ ) □□□□ - □□□□

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**20a. L'employé a-t-il plus d'un employeur ?**  Oui  Non**20b. Si oui, l'employé prend-il un PFL auprès d'un autre employeur ?**  Oui  Non**21. L'employé reçoit-il actuellement des indemnités pour perte de salaire dans le cadre de la santé et de la sécurité au travail ?**  Oui  Non

**Déclaration de divulgation :** Les informations concernant les prestations PFL reçues par l'employé, telles que les paiements reçus et les types de congés, seront fournies à l'employeur.

**Déclaration et signature**

Toute personne qui, sciemment et dans l'intention de frauder une compagnie d'assurance ou une autre personne, dépose une demande d'assurance ou une déclaration de sinistre contenant des informations substantiellement fausses, ou qui dissimule dans le but de tromper des informations concernant tout fait important, commet une fraude à l'assurance, qui est un délit, et qui sera passible d'une sanction civile n'excédant pas cinq mille dollars et la valeur déclarée de la réclamation pour chacune de ces violations.

Par la présente, je dépose une demande de prestations de congé payé de solidarité familiale en vertu de la loi sur l'indemnisation des travailleurs de l'État de New York. Ma signature atteste que les informations que je fournis sont véridiques et exactes au mieux de mes connaissances et de mes convictions.

Signature de l'employé

Date de signature (MM/JJ/AAAA)

□□	/	□□	/	□□□□
----	---	----	---	------

Je sou mets ce formulaire à l'avance (voir les instructions relatives à la pré-soumission). Je comprends que la compagnie d'assurance me contactera pour m'indiquer comment soumettre les informations manquantes requises.

**DOIT ÊTRE REMPLI PAR L'EMPLOYÉ**

Nom de l'employé (prénom, initiale du deuxième prénom, nom de famille)

Date de naissance de l'employé (MM/JJ/AAAA)

/  /

**PARTIE B - INFORMATIONS RELATIVES À L'EMPLOYEUR (doit être remplie par l'employeur)**

**1. Nom légal complet et adresse postale de l'entreprise**

Nom de l'entreprise

Adresse postale

Ville, État

Code postal

Pays (si hors des États-Unis)

**2. Numéro FEIN de l'employeur**

-

**3. Code de Classification type par industrie (Standard Industrial Classification, SIC) de l'employeur**

**4. Nom de contact de l'employeur pour les questions liées au PFL**

**5. Numéro de téléphone de contact de l'employeur**

(  )  -

**6. Adresse e-mail de contact de l'employeur**

**7. Date d'embauche de l'employé (MM/JJ/AAAA)**

/  /

**8. Profession de l'employé** Les codes sont disponibles à l'adresse : [www.bls.gov/soc/2018/major\\_groups.htm](http://www.bls.gov/soc/2018/major_groups.htm)

-

**9. Saisissez les huit dernières semaines de salaire brut de l'employé et calculez son salaire hebdomadaire brut moyen.**

Semaine N°	Date de fin de la semaine (MM/JJ/AAAA)	Nombre de jours travaillés	Montant brut payé
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
Salaire <u>hebdomadaire</u> brut moyen calculé :			

**10. Si l'employé a reçu ou recevra l'intégralité de son salaire pendant qu'il est en PFL, l'employeur demandera-t-il un remboursement ?**  Oui  Non

*Formulaire PFL-1 (suite à la page suivante)*

**DOIT ÊTRE REMPLI PAR L'EMPLOYÉ**

Nom de l'employé (prénom, initiale du deuxième prénom, nom de famille)

Date de naissance de l'employé (MM/JJ/AAAA)

/   /

**PARTIE B - INFORMATIONS RELATIVES À L'EMPLOYEUR (doit être remplie par l'employeur) - (suite de la page précédente)**

*Formulaire PFL-1 (suite de la page précédente)*

**11a. Au cours des 52 semaines précédentes, l'employé a-t-il pris un congé pour :**

Invalidité État de New York  PFL  Invalidité et PFL  Rien

**11b. Saisissez le nombre total de semaines et de jours pris pour invalidité et PFL au cours des 52 dernières semaines :**

<b>Invalidité :</b>	Semaines	Veuillez fournir des dates précises pour l'invalidité :
	Jours	

<b>PFL :</b>	Semaines	Veuillez fournir des dates précises pour le PFL :
	Jours	

**12. L'employé prend-il le congé de solidarité familiale pour raison médicale en vertu de la loi relative au congé médical pour les familles (Family Medical Leave Act, FMLA) en même temps que le PFL ?**  Oui  Non

**13. Nom et adresse postale de l'assureur PFL**

Nom de l'assureur PFL

Adresse postale

Ville, État	Code postal	Pays (si hors des États-Unis)
-------------	-------------	-------------------------------

**14. Numéro de téléphone de l'assureur PFL (    )   -**

**15. Numéro du contrat d'assurance PFL** \_\_\_\_\_

**Déclaration et signature**

**J'affirme que l'employé travaille régulièrement 20 heures ou plus par semaine et qu'il travaille depuis au moins 26 semaines consécutives OU que l'employé travaille régulièrement moins de 20 heures par semaine et a travaillé au moins 175 jours.**

Toute personne qui, sciemment et dans l'intention de frauder une compagnie d'assurance ou une autre personne, dépose une demande d'assurance ou une déclaration de sinistre contenant des informations substantiellement fausses, ou qui dissimule dans le but de tromper des informations concernant tout fait important, commet une fraude à l'assurance, qui est un délit, et qui sera passible d'une sanction civile n'excédant pas cinq mille dollars et la valeur déclarée de la réclamation pour chacune de ces violations.

Je suis la personne autorisée à signer en tant qu'employeur de l'employé qui demande le PFL. Ma signature atteste qu'à ma connaissance, les informations que j'ai fournies sont véridiques et exactes.

Signature autorisée de l'employeur

Date de signature (MM/JJ/AAAA)

/   /

Titre de poste