

## FORMULAIRE DE DEMANDE

Nom : \_\_\_\_\_ Numéro de membre : | | | | | | | | - | | |

Section : \_\_\_\_\_

### CHOISIR LE OU LES PROGRAMME(S) POUR LEQUEL (LESQUELS) VOUS FAITES UNE DEMANDE ET COMPLÉTER LA DÉCLARATION SOLENNELLE.

#### Je choisis le programme d'assistance parentale en tant que nouveaux parents – BÉBÉ-BONUS

1.  J'ai pris connaissance des conditions du programme *Bébé-bonus*.
2.  Je suis devenu parent dans les 12 derniers mois :  
Date de naissance ou d'adoption de l'enfant : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
jj/mm/aaaa
3.  J'ai acquitté en totalité, et personnellement, les cotisations exigibles du Barreau du Québec lors de l'exercice financier où l'enfant est né ou a été reçu en adoption, **ou pour l'exercice financier suivant** si les autres conditions sont remplies, et je ne recevrai aucun remboursement de ces sommes de mon employeur.

**OU**

- 3.1  J'ai acquitté en totalité, et personnellement, les cotisations exigibles du Barreau du Québec **lors d'une partie de l'exercice financier** où l'enfant est né ou a été reçu en adoption, ou pour l'exercice financier suivant si les autres conditions sont remplies, et je ne recevrai aucun remboursement de ces sommes de mon employeur.  
Notez que la somme qui vous sera versée sera proportionnelle à la partie de la cotisation que vous aurez personnellement acquittée.  
Nombre de mois pour lequel vous avez acquitté personnellement la cotisation : \_\_\_\_\_ mois.
4.  J'ai obtenu un congé de maternité ou parental d'au moins cinq semaines consécutives avant ou après la naissance ou l'adoption de mon enfant :  
Date de début du congé : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
jj/mm/aaaa      Date de fin du congé : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
jj/mm/aaaa

**OU**

- 4.1  Je suis avocat solo (au sens strict) et j'ai obtenu un congé de paternité d'au moins cinq semaines pouvant être fractionné en deux à l'intérieur d'une période maximale de trois mois de la naissance ou de l'adoption de l'enfant.  
Date de début du 1<sup>er</sup> congé : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
jj/mm/aaaa      Date de fin du 1<sup>er</sup> congé : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
jj/mm/aaaa  
Date de début du 2<sup>e</sup> congé : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
jj/mm/aaaa      Date de fin du 2<sup>e</sup> congé : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
jj/mm/aaaa

Je choisis le programme d'assistance parentale pour les travailleurs autonomes – APTA

1.  J'ai pris connaissance des conditions.
2. Cochez la (les) case(s) correspondant à votre situation et indiquer le nombre de mois et ce, pour chacune des indemnités demandées :
- INDEMNITÉS DE MATERNITÉ** (max. 3 mois) – Mois ou fraction de mois (0,5 mois) \_\_\_\_\_ mois.  
Date de naissance de l'enfant : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
jj/mm/aaaa (joindre le certificat de naissance)
- OU**
- Date de cessation des activités professionnelles avant la naissance sur recommandation médicale : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
jj/mm/aaaa (joindre le certificat médical)
- OU**
- Date d'interruption de grossesse (après 19 semaines) : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
jj/mm/aaaa (joindre le certificat médical)
- INDEMNITÉS PARENTALES** (max. 1 mois) – Mois ou fractions de mois (0,5) \_\_\_\_\_ mois.  
Date de naissance ou d'adoption de l'enfant : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
jj/mm/aaaa (joindre le certificat de naissance)
- INDEMNITÉS D'ADOPTION** (max. 3 mois) – Mois ou fraction de mois (0,5) \_\_\_\_\_ mois.  
Date d'adoption de l'enfant : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
jj/mm/aaaa (joindre le certificat de naissance)
3. Je déclare que :
- a)  Je ne bénéficie d'aucun soutien financier à titre de compensation des frais d'exploitation tel que défini dans les conditions.
- OU**
- Je bénéficie d'un soutien financier inférieur au montant des indemnités prévues.  
Ce montant totalise : \_\_\_\_\_ \$.
- b)  Mes frais d'exploitation mensuels sont d'un montant au moins égal à celui des indemnités prévues.
- OU**
- Mes frais d'exploitation mensuels sont d'un montant inférieur à celui des indemnités prévues.  
Ce montant totalise : \_\_\_\_\_ \$.
- c) Mes activités professionnelles sont ou seront suspendues
- Pour la durée des indemnités
- Partiellement : \_\_\_\_\_ % (pourcentage du temps estimé où les activités sont ou seront suspendues.  
Les indemnités seront ajustées en conséquence. Aviser le Barreau du Québec de tout changement dans le pourcentage de temps estimé).
- Totalement
4.  Je m'engage à aviser le Barreau du Québec de tout évènement, tel que mon retour complet ou partiel au travail, qui pourrait modifier la durée des indemnités demandées.

Je choisis le programme de coaching personnalisé à l'intention des avocates travailleuses autonomes pour la gestion des congés parentaux – **COACHING**

1.  Je demande à pouvoir bénéficier du programme de coaching personnalisé qui me donne droit à un maximum de six heures de coaching individuel qui devront être complétées au plus tard 12 mois suivant la fin de mon congé de maternité ou parental.
2. Je déclare remplir les conditions d'admissibilité :
  - Je suis membre en règle du Barreau du Québec.
  - J'exerce la profession d'avocate seule et à titre de travailleuse autonome.
  - Je suis admissible au programme APTA.
3.  Je m'engage à aviser le Barreau du Québec de tout changement qui pourrait affecter les conditions d'admissibilité mentionnées ci-haut. En cas de changement dans les conditions d'admissibilité, je ne pourrai bénéficier des heures de coaching restantes, le cas échéant.
4.  Je comprends que, sur acceptation de ma demande, le Barreau du Québec désignera un coach professionnel. Il est possible que le coach désigné soit dans une autre ville ou région que la mienne. En ce cas, les séances de coaching pourront avoir lieu par téléphone ou autre moyen de communication.
5.  Je comprends que, dans le cadre du Programme, le Barreau assume les honoraires professionnels du coach. Tous les autres frais encourus (déplacement, communication, etc.) ne seront pas assumés par le Barreau.

**Vous recevrez un chèque de la part du Barreau du Québec. Certains barreaux de sections émettent également un chèque pour ce programme.**

a) Acceptez-vous que votre chèque vous soit transmis à votre adresse résidentielle ?  oui  non

b) Acceptez-vous que votre adresse résidentielle soit transmise au barreau de section ?  oui  non

## DÉCLARATION SOLENNELLE

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_, ayant son domicile professionnel au \_\_\_\_\_, demande au Barreau du Québec de bénéficier du(des) programme(s) : \_\_\_\_\_, et à cette fin, j'affirme sur mon serment d'office que les renseignements fournis dans ce formulaire sont véridiques, exacts et complets. De plus, je joins les documents originaux (ou numérisés) que je transmets avec cette demande.

En foi de quoi j'ai signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature

**JE M'ASSURE D'INCLURE À MA DEMANDE LES DOCUMENTS SUIVANTS :**

- Le présent formulaire;
  - Le certificat ou la déclaration de naissance de l'enfant;
- OU
- Le jugement ordonnant le placement ou le jugement étranger de l'adoption ou le visa d'immigration délivré aux douanes canadiennes;
- OU
- Le certificat médical en cas de cessation des activités professionnelles avant l'accouchement ou en cas d'interruption de grossesse.

**RETOURNEZ LES DOCUMENTS NUMÉRISÉS PAR COURRIEL :**

**[parentalite@barreau.qc.ca](mailto:parentalite@barreau.qc.ca)**