



Procédure pour compléter le formulaire de disponibilité particulière

Par
Service de planification des horaires et des activités de remplacement
Direction des ressources humaines

CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
Mars 2026



SECTION 1 : CHOIX DE LA DISPONIBILITÉ PARTICULIÈRE

Afin de compléter le formulaire de disponibilité particulière, veuillez cocher une des sections suivantes selon votre situation:

- 1) Indiquer si votre demande de disponibilité particulière est en lien avec l'annexe 1 (uniquement pour le personnel de la FIQ (catégorie 1)). Veuillez fournir une preuve de votre adhésion à cette annexe. (**Intranet/Extranet** : Ressources humaines / Dotation interne / Documentation et formulaire).
- 2) Indiquer si votre demande de disponibilité particulière est en lien avec un autre employeur (CSN/SCFP Annexe 12). Veuillez fournir une preuve de votre autre emploi. Celle-ci doit contenir votre nom/prénom, le nom de l'organisation et doit être datée de moins d'un (1) mois. **Celle-ci est d'une durée maximale d'une année, veuillez nous contacter 30 jours avant l'échéance.** Autrement, votre ancienne disponibilité est renouvelée automatiquement. Si vous êtes indisponible durant cette période, veuillez compléter les sections 2 et 5.
- 3) Indiquer si votre demande de disponibilité est en lien avec une démission de poste. Veuillez fournir la confirmation de la démission de votre poste avec le formulaire dédié à cet effet (**Intranet/Extranet** : Ressources humaines / Dotation interne / Documentation et formulaire).

Cocher la situation qui vous concerne	
1) <input type="checkbox"/> Annexe 1 (FIQ)	<input type="checkbox"/> Preuve fournie
2) <input type="checkbox"/> Autre employeur	<input type="checkbox"/> Preuve fournie
3) <input type="checkbox"/> Démission de poste	<input type="checkbox"/> Preuve fournie

SECTION 2 : IDENTIFICATION

- 1) Indiquer votre nom et prénom.
- 2) Indiquer votre titre d'emploi et votre numéro d'employé à 6 chiffres.
- 3) Indiquer votre numéro de téléphone principal.
- 4) Indiquer votre numéro de téléphone secondaire (facultatif).
- 5) Indiquer votre courriel.

1) Nom : 1) Prénom :

2) Titre d'emploi : 2) Numéro d'employé :

3) Téléphone principal : Cellulaire Résidentiel

4) Téléphone secondaire : Cellulaire Résidentiel

5) Courriel :



SECTION 3 : DISPONIBILITÉ

- 1) Indiquer le nombre de jours par deux semaines (quinzaine) que vous êtes disponible à travailler.
- 2) Indiquer si vous êtes disponible 1 fin de semaine sur 2 ou toutes les fins de semaine.
- 3) Indiquer la date de début de votre disponibilité particulière (doit débuter un dimanche).
- 4) Indiquer sur quel quart vous êtes disponible à travailler. Pour vous aider à bien identifier votre fin de semaine de travail, veuillez noter que le jeudi de la semaine 2 et de la semaine 4 représente la journée de paie (encadré rouge). Voici le chemin pour connaître la journée de la paie : **Intranet/Extranet** : Services administratifs et de soutien / Ressources financières et paie / Calendrier des périodes financières et des périodes de paie.

1) JE SUIS DISPONIBLE _____ (nombre) jours par quinzaine

2) JE SUIS DISPONIBLE 1 FIN DE SEMAINE SUR 2 TOUTES LES FINS DE SEMAINE

3) DISPONIBILITÉS À COMPTER DU : _____ AU _____

		Semaine 1							Semaine 2						
		Dim	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam
4)	Nuit														
4)	Jour														
4)	Soir														
		Semaine 3							Semaine 4						
		Dim	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam
4)	Nuit														
4)	Jour														
4)	Soir														

SECTION 4 : ASSURANCES COLLECTIVES

Il faut savoir que, pour l'employé qui n'est pas exempté du régime de base (médicaments), **la participation à ce régime demeure obligatoire même pendant l'absence**. L'employé doit s'assurer, durant sa période d'absence, doit acquitter le paiement de ses primes d'assurances collectives en complétant le formulaire DPA (débit préautorisé), disponible sur **Intranet/Extranet** : Ressources humaines / Dotation interne / Documentation et formulaire.

Si vous ne complétez pas le formulaire et/ou ne demandez pas d'exemption, vous continuerez à cumuler des frais pour votre régime d'assurances. Ces frais devront



être payés à la fermeture de votre dossier ou lors de la suspension de vos assurances pour avis de non-paiement.

SECTION 5 : DATE ET SIGNATURE DU FORMULAIRE

Date : Signature de l'employé (e) :

Veillez acheminer le document dûment complété à **la nouvelle adresse correspondant à la mission concernée** :

- 1) **Mission Centres hospitaliers (HMR, HSCO, IUSMM)**
PHAR.CH.cemtl@ssss.gouv.qc.ca
- 2) **Mission CHSLD (LTEAS, PDI, SLSM)**
PHAR.CHSLD.cemtl@ssss.gouv.qc.ca
- 3) **Mission CLSC et soutien à domicile (CLSC, GMR, RI, SAD)**
PHAR.CLSC.cemtl@ssss.gouv.qc.ca
- 4) **Mission Ressources techniques et de soutien (DST, DRT, DAL, DSN, DQÉPÉ, DRF, DRH, DC, DERI, DPIM, DSI)**
PHAR.ressources.techniques.soutien.cemtl@ssss.gouv.qc.ca

Les demandes non conformes vous seront retournées.