



Code
d'organisme

Code
fichier

OBJET

- a) Première déclaration du fichier
 b) Modification du fichier déjà déclaré
 c) Destruction du fichier déjà déclaré
Date d'entrée en vigueur de la modification ou de la destruction (Année Mois)

IDENTIFICATION DE L'ORGANISME

1. NOM DE L'ORGANISME : Ministère des Relations internationales

2. RESPONSABLE DE LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

a. Nom : Breault Prénom : Martin

b. Titre : Secrétaire du ministère

c. Adresse au travail : 525, boul. René-Lévesque Est, Québec

d. Code postal : G1R 5R9

Téléphone : (418) 649-2335
(Code rég).

IDENTIFICATION DU FICHIER

3. DÉSIGNATION : Banque de données ABRA (paie et assiduité des employés recrutés localement)

4. DATE DE CRÉATION
(Année Mois)
2007 02

5. FINALITÉ(S) DU FICHIER :

a. en vue de l'application de la loi : La loi de l'impôt sur le revenu du Canada, la loi sur les impôts.

b. en vue de l'application du règlement : Directive concernant le régime d'emploi des personnes recrutée à l'extérieur du Québec pour exercer des fonctions au sein d'une représentation.

c. en vue de l'application du programme :

d. pour la gestion interne de l'organisme :

e. à des fins statistiques (cocher) :

z. autre(s) fins(s) (spécifier) :

6. USAGE(S)

Les retenues à la source et le suivi de l'assiduité pour les employés recrutés localement québécois et américains.

7. DESCRIPTION :

Il contient les coordonnées des employés recrutés localement ainsi que les informations concernant les perceptions reliées aux impôts québécois, canadiens et américains des personnes précitées.

GESTION DU FICHIER

8. SUPPORTS PHYSIQUES UTILISÉS :

a. Manuel (papier, carton, etc.)

b. Mécanique (microfiche, microfilm, etc.)

<input checked="" type="checkbox"/> c. Informatique (disque, bande, etc.)	
9. LOCALISATION : Le fichier est conservé dans un local unique <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	10. DURÉE GÉNÉRALE DE CONSERVATION DES RENSEIGNEMENTS : N/A
11. UNE PERSONNE OU UN ORGANISME EXTÉRIEUR A ACCÈS AU FICHER À DES FINS DE TRAITEMENT : <input type="checkbox"/> Oui (remplir annexe 11.1) <input checked="" type="checkbox"/> Non	

COLLECTE DE RENSEIGNEMENTS			
12. PROVENANCE(S) ET MODALITÉ(S) DE COLLECTE DES RENSEIGNEMENTS :	écrit	oral	les deux
a. La personne concernée	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Un membre du personnel	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Une autre personne physique.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Un autre organisme public - remplir annexe 12.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Une personne ou un organisme privé - remplir annexe 12.2.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TRANSFERT DE RENSEIGNEMENTS À L'EXTÉRIEUR DE L'ORGANISME
13. LES RENSEIGNEMENTS VERSÉS AU FICHER SONT TRANSFÉRÉS À UNE AUTRE PERSONNE OU À UN AUTRE ORGANISME : <input checked="" type="checkbox"/> Oui (remplir annexe 13.1) <input type="checkbox"/> Non

IDENTIFICATION DES RENSEIGNEMENTS VERSÉS AU FICHER													
14. PERSONNES PRINCIPALEMENT CONCERNÉES PAR LES RENSEIGNEMENTS <input type="checkbox"/> a. Les client(e)s de l'organisme <input checked="" type="checkbox"/> b. Le personnel de l'organisme <input type="checkbox"/> c. une autre catégorie de personnes	15. NOMBRE APPROXIMATIF DE PERSONNES RÉPERTORIÉES : 100												
16. TYPE DE RENSEIGNEMENTS : A) Inscrire, à partir du tableau ci-dessous (en B), la lettre correspondant au type principal de renseignements versés au fichier : C B) Indiquer si ce fichier contient aussi les types de renseignements mentionnés dans le même tableau ci-dessous (coder les espaces appropriés). <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> a. santé/services sociaux</td> <td><input type="checkbox"/> e. justice</td> <td><input type="checkbox"/> i. loisirs</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> b. éducation</td> <td><input type="checkbox"/> f. services aux individus</td> <td><input type="checkbox"/> j. organisations</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> c. emploi</td> <td><input type="checkbox"/> g. permis</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> k. démographie</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> d. vie économique</td> <td><input type="checkbox"/> h. logement</td> <td><input type="checkbox"/> z. autres (spécifier) :</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> a. santé/services sociaux	<input type="checkbox"/> e. justice	<input type="checkbox"/> i. loisirs	<input type="checkbox"/> b. éducation	<input type="checkbox"/> f. services aux individus	<input type="checkbox"/> j. organisations	<input checked="" type="checkbox"/> c. emploi	<input type="checkbox"/> g. permis	<input checked="" type="checkbox"/> k. démographie	<input checked="" type="checkbox"/> d. vie économique	<input type="checkbox"/> h. logement	<input type="checkbox"/> z. autres (spécifier) :
<input type="checkbox"/> a. santé/services sociaux	<input type="checkbox"/> e. justice	<input type="checkbox"/> i. loisirs											
<input type="checkbox"/> b. éducation	<input type="checkbox"/> f. services aux individus	<input type="checkbox"/> j. organisations											
<input checked="" type="checkbox"/> c. emploi	<input type="checkbox"/> g. permis	<input checked="" type="checkbox"/> k. démographie											
<input checked="" type="checkbox"/> d. vie économique	<input type="checkbox"/> h. logement	<input type="checkbox"/> z. autres (spécifier) :											

17. LISTE DES RENSEIGNEMENTS D'IDENTITÉ :	
<input checked="" type="checkbox"/> a. nom de famille actuel et prénom	<input checked="" type="checkbox"/> r. date de naissance
<input checked="" type="checkbox"/> b. nom de famille à la naissance	<input checked="" type="checkbox"/> s. langue
<input checked="" type="checkbox"/> c. nom et prénom (conjoint)	<input checked="" type="checkbox"/> t. sexe
<input checked="" type="checkbox"/> d. nom et prénom (mère)	<input checked="" type="checkbox"/> u. état civil
<input checked="" type="checkbox"/> e. nom et prénom (père)	<input checked="" type="checkbox"/> v. citoyenneté/statut au Canada
<input type="checkbox"/> f. numéro matricule	<input type="checkbox"/> w. origine ethnique

<input checked="" type="checkbox"/> g. numéro d'assurance sociale	<input checked="" type="checkbox"/> x. revenu annuel
<input type="checkbox"/> h. numéro d'assurance-maladie	<input type="checkbox"/> y. scolarité/formation/diplôme
<input type="checkbox"/> i. numéro code permanent	<input checked="" type="checkbox"/> z. enfant(s)/personne(s) à charge
<input checked="" type="checkbox"/> j. adresse permanente	<input type="checkbox"/> aa. référence
<input checked="" type="checkbox"/> k. téléphone (résidence)	<input type="checkbox"/> bb. association professionnelle/syndicale
<input checked="" type="checkbox"/> l. nom de l'employeur	<input type="checkbox"/> cc. appartenance religieuse
<input type="checkbox"/> m. adresse (travail)	<input type="checkbox"/> dd. photographie
<input checked="" type="checkbox"/> n. téléphone (travail)	<input type="checkbox"/> ee. empreintes
<input checked="" type="checkbox"/> o. profession/titre/métier/classification	<input type="checkbox"/> ff. caractéristiques physiques (yeux, taille, etc.)
<input checked="" type="checkbox"/> p. emploi actuel/emplois antérieurs	<input type="checkbox"/> zz. autres (spécifier) :
<input type="checkbox"/> q. lieu de naissance	

ACCÈS ET RECTIFICATION PAR LA PERSONNE CONCERNÉE

18. ENDROIT(S) OÙ LA PERSONNE CONCERNÉE PEUT S'ADRESSER :

a. siège social
 b. succursale(s) (annexer les adresses et les numéros de téléphone)

Délégation générale du Québec à New York
One Rockefeller Plaza, 26th Floor
New York, NY 10020-2102
United States of America
Tél: +1212 843-0957

19. LES MESURES DE CONTRÔLE DE L'IDENTITÉ DU REQUÉRANT (spécifier) :
N/A

ACCÈS PAR LE PERSONNEL DE L'ORGANISME

20. LE PERSONNEL AYANT ACCÈS AU FICHER

Indiquer, dans l'espace ci-dessous, les catégories de personnel qui ont accès au fichier dans l'exercice de leurs fonctions :

- Par unité administrative si toute l'unité administrative a accès au fichier.
- ou par corps d'emploi ou fonction(s) si une partie seulement de l'unité y a accès.

(Pour répondre à cette question, consultez le guide explicatif disponible en téléphonant à la Commission au (418) 528-7741 ou 1 888 528-7741)
Cette banque de données est détenue par la Direction des Ressources humaines (siège) ainsi que la Direction de l'administration de la DGQNY.

MESURES DE SÉCURITÉ

21. IL EXISTE DES RÈGLES, DES POLITIQUES OU DES PROCÉDURES ÉCRITES RELATIVES AUX MESURES DE SÉCURITÉ :

Oui
 Non

22. MESURES DE SÉCURITÉ UTILISÉES :

A. Pour un fichier manuel ou mécanique :

<input checked="" type="checkbox"/> 1. contrôle des entrées/sorties de personnes	<input checked="" type="checkbox"/> 4. contrôle physique des locaux
<input type="checkbox"/> 2. contrôle physique des installations	<input type="checkbox"/> 5. contrôle des procédures
<input checked="" type="checkbox"/> 3. contrôle à l'utilisation du fichier	<input type="checkbox"/> 9. autres (spécifier) :

B. Pour un fichier informatique (consulter le guide pour plus de précisions) :

<input checked="" type="checkbox"/> 1. contrôle préventif de l'accès au fichier	<input type="checkbox"/> 5. règles et pratiques de vérification du fichier
---	--

2. journaux de vérification des données

3. vérification de l'intégrité du personnel

4. règles et pratiques de vérification de programme

6. procédures d'élimination de données

7. mesures en matière de matériels et de programmes

9. autres (spécifier) :

SIGNATURE DE LA DÉCLARATION

23. PERSONNE À CONTACTER PAR LA COMMISSION POUR DES INFORMATIONS ADDITIONNELLES :

a. la personne indiquée à la question 2

b. la signataire de la déclaration

c. une autre personne (Fournir les renseignements suivants :)

Nom :

Prénom :

Titre :

Adresse :

Téléphone :
(Code rég.)

24. PERSONNE AUTORISÉE À PRODUIRE LA DÉCLARATION :

Nom : Breault

Prénom : Martin

Titre : Secrétaire du ministère

Signature

Date

ANNEXE 11.1 LISTE DES PERSONNES OU ORGANISMES AYANT ACCÈS AU FICHER À DES FINS DE TRAITEMENT

1. Nom :
2. Adresse :
3. Mandat :

1. Nom :
2. Adresse :
3. Mandat :

ANNEXE 12.1 COLLECTE DE RENSEIGNEMENTS PROVENANT D'UN ORGANISME PUBLIC

1. Nom de l'organisme :	
2. Adresse :	3. No-décret Année n°
4. Renseignements recueillis :	

1. Nom de l'organisme :	
2. Adresse :	3. N° décret Année n°
4. Renseignements recueillis :	

1. Nom de l'organisme :	
2. Adresse :	3. N° décret Année n°
4. Renseignements recueillis :	

ANNEXE 12.2 COLLECTE DES RENSEIGNEMENTS PROVENANT D'UNE PERSONNE OU D'UN ORGANISME PRIVÉ

1. Nom :	
2. Adresse :	
3. Renseignements recueillis :	
	4. Fréquence :

1. Nom :

2. Adresse :	
3. Renseignements recueillis :	
	4. Fréquence :

ANNEXE 13.1 TRANSFERT DE RENSEIGNEMENTS À L'EXTÉRIEUR DE L'ORGANISME

1. Nom : Ministère du Revenu du Québec	
2. Adresse : 3800, rue Marly Secteur 544-24 Sainte-Foy (QC) G1X 4A5	3. N° décret Année n°
4. Renseignements transférés : Revenu d'emploi, numéro d'assurance social, montant des retenues à la source, adresse permanente.	

1. Nom : Receveur général du Canada Agence des Douanes et du Revenu du Canada Centre fiscal	
2. Adresse : C.P. 1920, succ. Pdf Jonquière (QC) G7S 5J3	3. N° décret Année n°
4. Renseignements transférés : Revenu d'emploi, numéro d'assurance social, montant des retenues à la source, adresse permanente.	

1. Nom : T.Rowe Price Retirement Plan Services, Inc.	
2. Adresse : P.O. Box 17215 Baltimore, Maryland 21297-1215 U.S.	3. N° décret Année n°
4. Renseignements transférés : Seulement pour les recrutés locaux américains : Revenu d'emploi, numéro d'assurance sociale (américain), adresse permanente, retenues à la source (contribution sur plan volontaire)	

1. Nom : CIGNA HealthCare-CGLIC	
2. Adresse : P.O. Box 644546 Pittsburgh, PA 15264-4546 U.S.	3. N° décret Année n°
4. Renseignements transférés : Numéro d'assurance sociale (américain), adresse permanente, nom du/de la conjoint/e et/ou des enfants.	