

**unifor**

theUnion | lesyndicat

WAGES, LOST TIME AND EXPENSE VOUCHER

PIÈCES JUSTIFICATIVE SALAIRES, TEMPS PERDU ET DÉPENSES

Payroll Period Ending/Période de paye terminée le _____ UNIT/UNITÉ _____ LOCAL UNION/SYNDICAT LOCAL _____

Name/Nom _____ Address/Adresse _____

PLEASE TYPE OR PRINT/DACTYLOGRAPHIÉ OU EN LETTRES MOULÉES

Postal Code
Code postal _____CLASSIFICATION _____ S.I.N. _____
N.A.S. _____

	DATE	TIME/TEMPS		NO. OF HOURS/Nbre D'HEURES		REASONS FOR CLAIM (GIVE FULL DETAILS. TERMS SUCH AS UNION BUSINESS ETC. ARE NOT SUFFICIENT) RAISONS DE LA RÉCLAMATION (DONNER DES DÉTAILS PRÉCIS. LES RAISONS COMME TRAVAIL DE SYNDICAT, ETC., NE SONT PAS SUFFISANTES)
		FROM/DE	TO/À	STRAIGHT RÉGULIÈRES	OVERTIME SUPPLÉMENTAIRES	
MON LUN						
TUES MAR						
WED MER						
THUR JEU						
FRI VEN						
SAT SAM						
SUN DIM						
SUB-TOTALS/SOMMES PARTIELLES						
TOTALS/TOTAUX						

HOTEL RATE/TARIF DE L'HÔTEL: _____ OVERNIGHTS/Nbre DE NUITS: _____

BASE HOURLY RATE PLUS INCENTIVE =
TAUX HORAIRE DE BASE PLUS PRIME = _____COL A =
INDEMNITÉ DE VIE CHÈRE = _____SHIFT PREMIUM =
PRIME DE QUART = _____TOTAL RATE =
TAUX TOTAL = _____GROSS LOST TIME OR WAGES
TEMPS PERDU OU SALAIRES BRUTS \$ _____DEDUCTIONS/RETENUS
INCOME TAX/IMPÔTS SUR LE REVENU _____

C/Q.P.P./R.P.C./R.R.Q. _____

E.I./A.E. _____

UNION DUES/COTISATIONS SYNDICALES _____

OTHER/AUTRE _____

TOTAL DEDUCTIONS/RETENUS TOTALES \$ _____

NET EARNINGS/SALAIRE NET \$ _____

EXPENSES:**DÉPENSES:**

Hotel Hôtel:	_____ @ _____	\$ _____
Travel Déplacement:	_____ @ _____	\$ _____
Expenses Frais:	_____ @ _____	\$ _____
Other Autres:	_____	\$ _____
		\$ _____
TOTAL EXPENSES/DÉPENSES TOTALES		\$ _____
AMOUNT OF CHEQUE/MONTANT DU CHÈQUE		\$ _____

I hereby certify that lost time hours claimed are in reimbursement for ACTUAL TIME LOST FROM WORK.

Je certifie par les présentes que les heures de temps perdu indiquées sur cette réclamation représentent le TEMPS RÉEL PERDU SUR LES HEURES DE TRAVAIL.

Signature _____
MUST BE SIGNED BY CLAIMANT/DOIT ÊTRE SIGNÉ PAR LE DEMANDEURAuthorized By
Autorise par _____ Date _____
PresidentApproved By
Approuvé par _____ Date _____Approved By
Approuvé par _____ Date _____Payment will not be made on this voucher unless PREVIOUSLY AUTHORIZED
Le remboursement ne sera pas effectué avant d'AVOIR ÉTÉ AUTORISÉPaid by Cheque No.
Payé par chèque n° _____ Date _____