



WAGES, LOST TIME AND EXPENSE VOUCHER

PIÈCES JUSTIFICATIVE SALAIRES, TEMPS PERDU ET DÉPENSES

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

Name _____ Address _____
Nom _____ Adresse _____
PLEASE TYPE OR PRINT/DACTYLOGRAPHIE OU EN LETTRES MOULÉES

WORKPLACE _____ CLASSIFICATION _____ S.I.N. _____
MILIEU DE TRAVAIL _____ CLASSE _____ N.A.S. _____
Postal Code _____
Code postal _____

	DATE	TIME/TEMPS		NO. OF HOURS/Nbre D'HEURES REASONS		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						
TOTAL HOURS/TOTAUX HORAIRE						

BASE HOURLY RATE PLUS INCENTIVE =
TAUX HORAIRE DE BASE PLUS PRIME = _____

COLA =
INDEMNITÉ DE VIE CHÈRE = _____

SHIFT PREMIUM =
PRIME DE QUART = _____

TOTAL RATE =
TAUX TOTAL = _____

GROSS LOST TIME OR WAGES
TEMPS PERDU OU SALAIRES BRUTS \$ _____

ADMIN ONLY

DEDUCTIONS/RETENUS INCOME TAX/IMPÔTS SUR LE REVENU	_____
C/Q.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:	_____ @ _____ \$ _____
Parking:	_____ \$ _____
Other Autres:	_____ \$ _____
TOTAL EXPENSES/DÉPENSES TOTALES	\$ _____
AMOUNT OF CHEQUE/MONTANT DU CHEQUE	\$ _____

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 DEMANDEUR

Authorized By
Autorisé par _____ Date _____
President/Président(e)

Approved By
Autorisé par _____ Date _____

Approved By
Autorisé par _____ Date _____

Payment will not be made on this voucher unless PREVIOUSLY AUTHORIZED
Le remboursement ne sera pas effectué avant d'AVOIR ÊTE AUTORISÉ

Paid by Cheque No.
Payé par chèque n° _____ Date _____