



UNIFOR
theUnion | lesyndicat

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/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: _____

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

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.I.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 _____ \$ _____

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 _____ Date _____
Autorise par _____
President

Approved By _____ Date _____
Approuvé par _____

Approved By _____ Date _____
Approuvé par _____

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

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