

## **ANNEXE B**

## **Formulaire de réclamation pour prestations ou rémunération non reçues**

## **Renseignements généraux**

Nom de l'employé :	
N° d'employé :	
Service ou division :	
Poste :	
Superviseur :	

### ***Admissibilité***

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| 1. Êtiez-vous membre du STN entre le 15 juillet 2017 et le 15 décembre 2023?   | Oui | Non |
| 2. Avez-vous été privé de montants de paie ou de remboursement de prestations entre le 15 juillet 2017 et le 15 décembre 2023? | Oui | Non |
| 3. Avez-vous prévenu votre employeur (p. ex. par le service d'aide aux employés ou votre supérieur directement)?               | Oui | Non |
| 4. Le montant non reçu représentait-il :   |     |     |
| 20 % ou plus de votre salaire brut pour cette période de paie, s'il s'agit de la paie?   | Oui | Non |
| 450 \$ ou plus, s'il s'agit d'une allocation ou d'une prestation?  | Oui | Non |
| 20 % ou plus de votre rémunération d'heures supplémentaires, s'il s'agit d'heures supplémentaires?                             | Oui | Non |

### ***Montant réclamé***

Date à laquelle le paiement aurait dû être reçu* (JJ-MM-AAAA)	Date à laquelle vous avez prévenu votre employeur (JJ-MM-AAAA)	Date de réception du paiement (s'il y a lieu) (JJ-MM-AAAA)	Montant du paiement non reçu (\$)	Brève description du problème ou du type de paiement non reçu

Si possible, veuillez soumettre une copie de la fiche de paie prouvant que le montant en question a été omis et une copie de la fiche de paie indiquant que le montant a été remboursé.

\*Champ obligatoire