

**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. Étiez-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