



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/Nom _____ Address/Adresse _____
PLEASE TYPE OR PRINT/DACTYLOGRAPHÉ 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.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 \$ _____

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 _____
Autorisé 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° _____