

**Formulaire de calcul du paiement
Congé pour affaires syndicales locales
Réservé aux employés représentés par AFPC/SEPC**

Section réservée à l'employé:

| | |
|--|-----------------------|
| Nom de l'employé: (lettre moulée) | ID |
| Lieu de travail: | No de Tel: () |

Statuts (placer un X dans les cases pertinentes): Si vous travaillez à temps partiel, indiquez votre nombre d'heures de travail prévues par semaine
 Temps plein [] 37.5 par semaine; Temps plein - FI [] 36.25 par semaine;
 Temps partiel [] à combien d'heures cédulées par semaine [] (A)

Salaire annuel brut: \$ _____ (B)

| | |
|-------------------------|-------|
| Signature de l'employé: | Date: |
|-------------------------|-------|

Directives à l'intention de l'employé(e):
 1 - Remplir la section réservée à l'employé du présent formulaire. *N.B.: veuillez communiquer avec le représentant de votre bureau divisionnaire du Service de la paie et des avantages sociaux pour tout renseignement salarial.*
 2 - Acheminer le formulaire ou le remettre en mains propres à votre représentant syndical local.

Section réservée à la section locale

| | | |
|--|--|---|
| Date de l'absence: Format JJ/MM/AAAA | Du ___/___/___ # de jours _____ To ___/___/___; Total des heures: _____ (C) | Facteur de division (D): Tous les employés sauf les FI: 1956.6; Pour les employés désignés FI: 1891.4 |
|--|--|---|

Calcul de paiement :
 Salaire annuel brut : _____ \$ (B); Divisé par le facteur (+) _____ (D); donne le taux horaire brut = _____ \$ (F);
 multiplier le nombre d'heures total du congé pour affaires syndicales locales (C) _____ par le taux horaire brut (F); ce qui
 vous donne le paiement dû à la SCP = _____ \$ (G).

Nota : Des frais additionnels de 30 % s'appliquent si l'employé a travaillé moins de dix (10) jours pendant le mois en raison de ce congé

| | |
|---|--------------|
| Montant dû à la SCP, tel qu'obtenu plus haut (G): | \$ _____ (G) |
| Plus 30% supplémentaires: Multiplier (G) par 30%: (H) | \$ _____ (H) |
| Montant total à verser à SCP (G + H) : (I) | \$ _____ (I) |

Nom et signataire de représentant de la section locale :

| | |
|---------------|-------|
| # de Tél: () | Date: |
|---------------|-------|

Directives à l'intention du bureau de la section locale :

- Remplir la section du présent formulaire réservée à la section locale, pour calculer le montant dû à la SCP;
- Il est important de s'assurer que le paiement soit fait dans les délais afin d'éviter une déduction de la paie de l'employé
- Le présent formulaire, rempli en entier, doit accompagner le chèque.

Directives à l'intention du superviseur;

- Le superviseur doit s'assurer que les renseignements transmis au Service de la paie et des avantages sociaux pour traitement sont vérifiés et exacts
- Le superviseur se doit de dater et signer ce formulaire confirmant l'approbation du congé syndical payé et remboursable

Nom et signature du superviseur :

| | |
|-----------------------|-------|
| N de tél: () - _____ | Date: |
|-----------------------|-------|