



Syndicat des employées et employés professionnels-les et  
de bureau, section locale 574 (SEPB) CTC-FTQ



Réclamation de salaire et décharge du syndicat - 2018-2021

Nom : _____	Unité : _____
Adresse : _____	Code postal : _____
Courriel ou téléphone : _____	
Date à laquelle la section locale a accepté la demande de remboursement : _____	
Dates des journées réclamées : _____	
<b>Montant du salaire réclamé*</b> (veuillez détailler : nombre jours _____ X nombre d'heures _____ X taux horaire _____) = _____	

\* **S.V.P. Fournir une copie de votre talon de paie**

Je, soussigné(e), reconnais avoir subi une perte de salaire régulier et c'est la raison pour laquelle je fais cette réclamation au syndicat;

Je, soussigné(e), reconnais qu'il est de ma responsabilité d'aviser les autorités fiscales et/ou gouvernementales concernées que j'ai reçu les sommes précitées;

Je, soussigné(e), reconnais être entièrement responsable de toute demande de remboursement qui pourrait m'être exigée par les autorités fiscales et/ou gouvernementales et, notamment et sans restreindre, Ressources humaines et Développement des compétences Canada et/ou l'un ou l'autre des ministères du revenu fédéral ou provincial (ou les deux) pour quelque somme que ce soit;

Je, soussigné(e), m'engage à indemniser et rembourser le syndicat de tout paiement qui pourrait lui être réclamé en vertu de la présente réclamation de salaire.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date  
(aaaa/mm/jj)

**Le SEP B-574 remboursera cette réclamation de salaire  
seulement si celle-ci est dûment signée, datée et  
accompagnée d'une copie de talon de paie récent.  
Aucun fac-similé ne sera accepté.**

RÉSERVÉ AU SEP B-574		
POSTE BUDGÉTAIRE	CODE	MONTANT (\$)
N° du chèque :		

APPROUVÉ PAR : \_\_\_\_\_