



2026-Formulaire de remboursement des dépenses

Nom:

Adresse:

Ville:

Adresse électronique:

Lieu du déplacement/réunion incluant l'adresse:

ID. AFPC:

Province:

Code Postal:

Locale:

Date du déplacement/Réunion:

De:

Au:

Heure de déplacement le:

Départ à:

Arrivé à:

Heure de l'événement/la réunion:

De:

À:

Transport:

**Vols

**Taxi (pourboire max 20% ☐)

Kilomètres

Taux km

**Stationnement

**Autres (pourboire max 20%)

Totale

Notes:

Code - 01

\$ -

Taxi syndiqué

Les déplacements en voiture personnelle doivent être pré-approuvés, si le moyen de transport aérien/train est disponible.

Hébergement:

**Hôtels

Dates

Nuits

Montant

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Code - 03

\$ -

Indemnités journalières

PROVINCES

YK

NWT

NUNAVUT

#

#

#

#

Déjeuner

Dîner

Souper

Faux frais

Totale

Code - 02

\$ -

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|------|---------------------|
| | | | | | \$ - | Indiquer les dates: |
| | | | | | \$ - | Indiquer les dates: |
| | | | | | \$ - | Indiquer les dates: |
| | | | | | \$ - | Indiquer les dates: |

Garde Familiale:

Svp soumettre le formulaire complété La garde familiale du SEN ainsi que les reçus:

Code - 04

Formation:

Svp fournir le certificat de formation.

Perte de salaire:

Taux applicable

Hres

Taux Horaire

Taux minimum

Totale

Code - 05

\$ -

| | |
|------|----------|
| 0.00 | \$ - |
| 0.00 | \$ 38.00 |

Impôt sur le revenu demandé/(minimum 25%)

25 %

Totale

\$ -

Signature de l'employée/Membre

Date

Recommandé par

Approuvé(e) par

Moins retenues sur salaire

Dû au demandeur

0136 Staff ADV

0137 Mber ADV

Moins l'avance

Montant net

\$ -

À l'usage du bureau seulement

PDS

RPC

AE

Impôts

\$ -

5.95 %

1.63 %

25 %

Code budgétaire

Montant

| | | |
|--|---------|--|
| | \$ 0.00 | |
| | \$ - | |
| | \$ - | |
| | \$ - | |

**Pour amorcer le paiement, des reçus sont requis pour tous les articles, à l'exception des repas.

La copie d'itinéraire de WE Travel est requis pour voyageement et l'autorisation préalable d'utiliser une voiture personnelle

Inclus

Manquantes

☐

☐

☐

☐

Soumettre les formualaires de remboursement de dépenses en ligne à:

claims-reclamations@une-sen.org

ou par la poste au:

Instructions pour votre Formulaire de remboursement des dépenses

Expense Claim Instructions



TRANSPORTS

Lorsque les frais de déplacement n'ont pas été payés d'avance, les délégué·e·s peuvent en demander le remboursement pour un montant qui ne doit pas excéder le tarif le plus bas ou de classe économique, tel que déterminé par la président.e national.e ou représentant.e désigné.e. L'équivalent du montant du déplacement doit être approuvé au préalable. Pour obtenir l'approbation, svp envoyer votre demande à events@une-sen.org.

TRANSPORTATIONS

Where transportation has not been prepaid, delegates may claim transportation costs at economy or lower rates as determined by the National President or their designate. Equivalent to travel amount must be pre-approved. For pre-approval, please send request to events@une-sen.org.

HÉBERGEMENT

Votre chambre d'hôtel avec les taxes seront portées sur un compte principal et réglées directement par le SEN. Il vous appartient de régler toutes les dépenses personnelles avant de quitter l'hôtel. Un reçu doit être fourni pour le remboursement des frais d'hébergement autorisés. Lorsque vous remplissez la demande de remboursement, veuillez indiquer le nom de l'hôtel, les dates, le nombre de nuits et le montant pour chaque hôtel. Le taux pour hébergement privé est de 50 \$ par nuit.

ACCOMMODATION

Your room and tax will be charged to a master account and paid directly by UNE. You are responsible for any personal charges which you should pay prior to your departure. Approved accommodation while travelling requires a receipt. When filling out the claim please enter the hotel name, the dates, the number of nights and the amount per hotel. The private accommodation rate is \$50.00 per night.

REMBOURSEMENT POUR PERTE DE SALAIRE

On peut demander le remboursement du salaire quotidien pour chaque journée ou il y a eu une perte de salaire réelle. Les remboursements pour perte de salaire sont soumis aux déductions du RPC, du régime d'assurance-chômage et de l'impôt sur le revenu. Ce dernier sera déduit au taux de 25%, à moins d'indication contraire. Toutes ces déductions seront effectuées et le montant net vous sera remis. Les copies de demandes de congés autorisés ainsi que du bordereau de paie démontrant la perte de salaire sont requis et svp compléter le formulaire d'information salarial du demandeur et indiquer le nombre d'heures/de jours pour lesquels il y a eu perte de salaire, sans cette information nous ne pourrions vous rembourser. Les formules T4 vous seront envoyées avant le fin de février. Veuillez nous aviser des changements d'adresse.

REIMBURSEMENT FOR LOSS OF SALARY

Daily salary may be claimed for each day an actual loss occurs. Reimbursement for Loss of Salary is subject to deductions for CPP, EI and Income Tax. Income Tax will be deducted at 25% unless otherwise indicated. These deductions will be calculated, and the net amount of the claim paid. Copies of the approved leave forms and pay stubs showing loss of salary are required and please complete the Claimant Salary Information form and indicate the number of hours/days for which loss of salary has been incurred, without this information we cannot reimburse you. Appropriate forms, T4's, will be mailed by the end of February of next year. Please keep us informed of changes in your address.