



Formulaire de remboursement des dépenses mensuelles

Nom: _____ ID. AFPC: _____
 Adresse: _____ Province: _____ Locale: _____
 Ville: _____ Code Postal: _____
 Adresse électronique: _____

Transport:

**Taxi (pourboire max 20%) _____ \$ - *Taxi syndiqué*
 Kilomètres _____
 Taux km _____ #N/A \$ - *Les déplacements en voiture personnelle doivent être pré-approuvés*
 **Stationnement _____
 Copie de carte Google ou MapQuest requise.
 Notes: _____
 Totale \$ -

Hébergement:

**Hôtels	Dates	# Nuits	Montant

Totale \$ -

Per Diems:

	PROVINCES #	YK #	NWT #	NUNAVUT #	
Petit Déjeuner					\$ -
Déjeuner					\$ -
Dîner					\$ -
Faux frais					\$ -
Totale					\$ -

**Autres:

**Descriptions:	
Cellulaire	
Don	
Équipement	
Ameublement	
Honoraires	
Internet	
Divers	
Photocopies	
Frais postaux	
Frais d'adhésion	
Fournitures	
Traduction	

Totale \$ -

Perte de salaire:

Taux applicable	Hres	Taux Horaire
Taux minimum	0.00	\$ -
Totale	0.00	\$ 38.00

Svp joindre votre liste d'activité.
 Impôt sur le revenu demandé/(minimum 25%) 25 %
 Totale \$ -

Signature de l'employée/Membre	Moins l'avance	
Date	Dû au demandeur	\$ -
Recommandé par	Moins retenues sur salaire	\$ -
Approuvé(e) par	Montant net	\$ -

À l'usage du bureau seulement

PDS	\$ 0.00			
RPC	\$ -	5.95 %	No. de chèque/TFVE	Date
AE	\$ -	1.64 %		Montant
Impôts	\$ -	25 %		
	\$ -			

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

Soumettre les formulaires de remboursement de dépenses en ligne à:

claims-reclamations@une-sen.org

ou par la poste au: