|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.**  | **Identification de l’employé(e) – *Section à remplir par l’employé(e)*** |  |
| Nom et prénom :  |        | Matricule : |       |  |
| Titre d’emploi : |       | Département : |       |  |
|  |  |   |  |  |
|  |
|  |  |
| **2.**  | **Description du manque à gagner – *Section à remplir par l’employé(e)* – *svp remplir toutes les informations*** |  |
| Date du manque à gagner : | AAAA-MM-JJ  | [ ]  Jour [ ]  Soir [ ]  Nuit |
|  |
| Total des heures réclamées : |  | heures | [ ]  Rég. | [ ]  TS | Département :(endroit où le quart a eu lieu)  |  |  |
| Titre d’emploi : |  |  |  Votre ancienne composante : |
| Syndicat : |  |  |  | [ ]  | CMR  | [ ]  | Le Virage |
| Employé ayant fait le quart réclamé : |  |  | [ ]  | CRDITED | [ ]  | SRSOR |
| Motif de réclamation : |  |  | [ ]  | Foster | [ ]  | HSL |
|  |  |  | [ ]  | Suroît | [ ]  | JR  |
|  |  |  | [ ]  | Vaudreuil–Soulanges |
|  |  |  |
|  |   |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Signature de l’employé(e) : |       | Date : | AAAA-MM-JJ |  |
|  |
|  |
| **3.**  | **Transmission de la réclamation de manque à gagner** |  |
| **Veuillez acheminer ce formulaire dûment rempli à la GAR, par courriel, par télécopieur ou en personne.** |
|  |
| Haut St-Laurent et Jardins-Roussillion | Courriel : gar.jr-hsl.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca Télécopieur : 450 699-6840 |
| Suroît et Vaudreuil–Soulanges  | Courriel : listederappel.csssvs16@ssss.gouv.qc.ca Télécopieur : 450 371-7214 |
| CMR, CRDITED, Foster, Virage, SRSOR  | Courriel : 16\_cisssmo\_listerappelreadaptation@ssss.gouv.qc.ca Télécopieur : 450 928-3357 |
|  |
|  |
|  |
| **4.** | **Analyse du manque à gagner – *Section à remplir par la gestion des activités de remplacement***  |  |
| **Date de réception du manque à gagner à la gestion des activités de remplacement :** | AAAA-MM-JJ  |  |
|  |
| [ ]  | Votre manque à gagner est non fondé pour la raison suivante : |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |
| [ ]  | Votre manque à gagner est fondé. |  | Nombre d’heures à payer : |  |  |
|  | Département : |  |  # titre d’emploi :  |  |  Type de paiement : [ ] TS [ ]  Régulier  |
|  | Le formulaire sera acheminé au service de la paie, pour le paiement. |
| c.c. : | [x]  Dossier employé | [x]  Syndicat | [x]  Service de la paie (si paiement) | [x]  GAR |  |
|  |  |  |
| Signature du responsable de la GAR : |       | Date : | AAAA-MM-JJ |  |
|  |