

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION D'HEURES SUPPLÉMENTAIRES ET ANORMALES

Réclamation des heures supplémentaires/anormales du mois de:					
Nom :			Réservé au Service des Finances		
Service :			Reçu le :		
Numéro de paye :			Payé le :		
Taux 1 – Heures anormales x 0,25 (b):			Vérifié par		Approuvé par
Taux 2 – Heures supplémentaires x 1,25 (d):					
<p>(En heure et fraction d'heure au quart d'heure près) Les fractions d'heure sont exprimées en décimales ex: ¼ h = 0,25; 2h ½ = 2.50 et 2h ¾ = 2.75</p> <p>NOTE: - Les heures anormales (Colonne (b)) désigne la période de 18 h à 6h du Lundi au Vendredi et toutes heures accumulées le samedi, dimanche et les jours fériés.</p>					
Date	Jour de la Semaine	Heure du début et de la fin	Heures accumulées		
			(a) Horaires normales	(b) Heures anormales	(c) Total d'heures accumulées (a) +(b)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
Total d'heures accumulées dans le mois			(a)	(b)	(c)

FORMULAIRE CFP 4-1

NOTE

Un agent employé pour un remplacement ou pour des postes de nuits réguliers devant recevoir des indemnités par postes ne sont pas autorisés aux paiements de la fourchette des heures anormales pour aucunes heures normales travaillées par exemple parmi les huit heures du poste chaque jour.

En cas de remplacement ou de poste de nuit régulier, veuillez indiquer le début et la fin des horaires travaillés pendant le mois et les dates applicables:

Début:	Fin:	Date: De:	à:
Début:	Fin:	Date: De:	à:
Début:	Fin:	Date: De:	à:

CALCUL DES HEURES SUPPLÉMENTAIRES À PAYER

Total d'heures travaillées (c)

Moins les heures normales minimales du mois (nombre de jours ouvrables x 8)

Heures supplémentaires à payer (d)

SIGNATURES	NOMS
AGENT :	NOM :
DATE :	
SUPERVISEUR :	NOM :
DATE :	
CHEF :	NOM :
DATE :	
DIRECTEUR :	NOM :
DATE :	