

**UNION OF VETERANS' AFFAIRS EMPLOYEES/
SYNDICAT DES EMPLOYÉ(E)S DES ANCIENS COMBATTANTS**

**EXPENSE CLAIM/
DEMANDE DE REMBOURSEMENT**

**SUBMITTED BY/
PRÉSENTÉ PAR:** _____

**POSITION/
POSTE:** _____

**Social insurance number/
Numéro d'assurance sociale** _____

PERIOD COVERED/(INCLUSIVE)/PÉRIODE DE TEMPS/(INCLUSIVEMENT)

From/ Du	Departure time/ heure de départ	To/ À	Arrival time/ heure d'arrivée

**PURPOSE OF TRIP/
RAISON DU
DÉPLACEMENT**

--

OUT OF POCKET EXPENSES/DÉBOURS

UVAE Reg. 1, Sec. 1/SEAC Rég. 1, Art. 1

	Number of Days/ nombre de jours	Per Diem Rate/ taux d'indemnité quotidienne	TOTAL
Breakfast/petit-déjeuner			
Lunch/déjeuner			
Dinner/diner			
Incidentals/Faux frais			
Child care expenses/les frais de garde d'enfants			
TOTAL			

TRANSPORTATION COSTS/FRAIS DE TRANSPORT

UVAE Reg. 2, Sec. 2/SEAC Rég. 2, Art. 2

From address/De l'adresse

To address/À l'adresse

	TOTAL
Air/Avion, Train/train	
Other/Autre	
Kms	
TOTAL	

SUBMITTED BY/
PRÉSENTÉ PAR: _____

PERIOD COVERED/(INCLUSIVE)/PÉRIODE DE TEMPS/(INCLUSIVEMENT)

From/ Du	Departure time/ heure de départ	To/ À	Arrival time/ heure d'arrivée

HOTEL COSTS/ FRAIS D'HÔTEL
UVAE Reg. 2, Sec. 3/SEAC Rég. 2, Art. 3

	TOTAL

OTHER EXPENSES/AUTRES (Specify/ Détailler)
UVAE Reg. 2, Sec. 6 / SEAC Rég. 2, Art. 6

	TOTAL

LOSS OF SALARY/PERTE DE SALAIRE

Classification/ classification	Level and Step/ Niveau et l'étape	Hours/Days heures/jours	

LOSS OF SALARY/PERTE DE SALAIRE

TOTAL EXPENSES/TOTAL DES FRAIS

CPP/PRC

ADVANCE/ AVANCE

TAX/TAXE

BALANCE OWING/SOLDE DU

Signature of Claimant/Signature du ou de la requérant(e)

CERTIFIED CORRECT/CERTIFIÉ CONFORME

Date/date _____

Cheque No./Numéro du chèque _____

Date/date _____

Amount/montant _____

Charge to/débité à _____

Approved By/Approuvé par _____

National President/
Président(e) national(e)

Authorized Payment/Paiement Autorisé

Financial Administration Officer/
Agent(e) de l'administration financière