

FORMULAIRE DE PLAINTE

6264-04F (12/15)

Veuillez compléter le formulaire et l'envoyer à : Éducation postsecondaire, Formation et Travail - Direction des normes d'emploi, C. P. 6000, Fredericton (N.-B.) E3B 5H1; ou par télécopieur (fax) au 1(506) 453-3806; ou par courriel au normesd'emploi@qnb.ca.

Section A – Renseignements du plaignant

Nom de famille		Prénom	
Adresse postale		Endroit et province	Code postal
Tél. à domicile	Autre téléphone	Télécopieur (fax)	Courriel

Inclure au moins un numéro de téléphone

Section B – Historique de travail avec votre employeur

(si applicable)

Occupation	Date de début (AAAA-MM-JJ)	Date de fin (AAAA-MM-JJ)		
<input type="checkbox"/> Encore à l'emploi	<input type="checkbox"/> Démissionné	<input type="checkbox"/> Congédié(e)	<input type="checkbox"/> Mis(e) à pied	
Statut d'emploi				
\$				
Taux de paie Préciser, à l'heure, salaire, commission, etc. Jours travaillés par semaine Heures travaillées par semaine Jour de paie (l-m-m-j-v...)				
<input type="checkbox"/> Quotidienne	<input type="checkbox"/> Hebdomadaire	<input type="checkbox"/> Au deux semaines	<input type="checkbox"/> Semi-mensuelle	<input type="checkbox"/> Mensuelle
Période de paie				

Section C – Renseignements de l'employeur

Nom de l'employeur, de la compagnie ou de l'entreprise	Genre d'entreprise	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Adresse de l'employeur	Endroit et province	Toujours en activité?	
Nom de la personne-ressource	Position de la personne-ressource	Code postal	
Tél. au travail	Autre téléphone	Télécopieur (fax)	Courriel

Section D - Nature de votre plainte *Lorsqu'il y a lieu, inclure un montant estimé dû.*

<input type="checkbox"/> Salaire minimum	\$	<input type="checkbox"/> Paie finale	\$
<input type="checkbox"/> Heures supplémentaires (surtemps)	\$	<input type="checkbox"/> Préavis / Paie au lieu du préavis	\$
<input type="checkbox"/> Prompt paiement / Salaires impayés	\$	<input type="checkbox"/> Pourboires et gratifications	\$
<input type="checkbox"/> Déductions non-autorisées	\$	<input type="checkbox"/> Congés payés / Vacances	\$
<input type="checkbox"/> Jours fériés payés	\$	<input type="checkbox"/> Autre(s) (précisez)	

Section E – Détails de votre plainte

Avez-vous discuté votre plainte avec votre employeur? Oui Non Si oui, inclure les détails à la déclaration suivante.

Faites une déclaration courte et précise des faits entourant votre plainte. Utilisez d'autres feuilles si nécessaire.

Avez-vous les documents pertinents qui appuient votre réclamation? p. ex. relevé d'emploi, bulletin de paie, etc. Oui Non

Êtes-vous assujetti(e) à une convention collective? Oui Non

Dans le traitement de votre plainte, est-ce que vous nous donnez la permission de divulguer votre nom? Oui Non

En cochant ici, j'atteste que les renseignements fournis sont, à ma connaissance, justes et exacts.

Signature ou nom du plaignant (nécessaire afin de procéder avec votre plainte) Date (AAAA-MM-JJ)

Lorsque la plainte est imprimée, votre signature doit être ajoutée, sinon tapez en votre nom lors de l'envoi par courriel.

Les renseignements personnels sur ce formulaire sont recueillis en vertu de l'article 38 de la *Loi sur le droit à l'information et la protection de la vie privée* (LDIPVP) du Nouveau-Brunswick en ce qui concerne et sont nécessaires pour le traitement des plaintes en vertu de la *Loi sur les normes d'emploi* et seront utilisés pour enquêter cette plainte. Si vous avez des questions sur la collecte de ces renseignements personnels, vous pouvez contacter le responsable de la protection de la vie privée à AP6050@gnb.ca.

Pour utilisation interne seulement

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Courriel	<input type="checkbox"/> Télécopieur	<input type="checkbox"/> Poste	<input type="checkbox"/> En personne
Date reçue (AAAA-MM-JJ)	Prise par	Reçue par			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
No. de la plainte	Assignée à	Date assignée (AAAA-MM-JJ)			

DATE ÉTAMPÉE