

# 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@gnb.ca](mailto:normesd'emploi@gnb.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                | Toujours en activité? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|  |                 |                                   |   |
| Adresse de l'employeur                                 |                 | Endroit et province               | Code postal   |
|  |                 |                                   |   |
| Nom de la personne-ressource                           |                 | Position de la personne-ressource |   |
|  |                 |                                   |   |
| 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"/> Congé de maternité / Soins des enfants |    |

