



PAY SYSTEM PROBLEM REPORT - OBSERVATION
RAPPORT D'INCIDENT DU
SYSTÈME DE PAYE - OBSERVATION

1	Pay Office - Bureau de paye	2	Type of Problem Type de rapport	3				Assigned P/O No. - N° assigné à L'I,/L'O	4	Date of Origin Date d'origine
		<input type="checkbox"/> Problem Incident <input type="checkbox"/> Observation		Priority Priorité	Year Année	Quarter Trimestre	DSO No. N° BDS	Sequence No. N° de séquence		

5 Problem / Observations Summary (plain language) - Résumé de l'incident de l'observation (langue courant)

Further details attached
Renseignements supplémentaires ci-joints

6		Programs Involved - Programmes visés		7		Control File(s) Involved Fichier(s) de contrôle visé(s)		8		Compilation		9		Pay Type(s) Type(s) de paye	
Number Numéro	Revision Révision	Files Fichiers	Version									All Tout			
												Cycle			
												Cycle			
												Cycle			

10 Document Action Attached - Documentation ci-jointe

- Inputs Document(s)
Document(s) d'entrée
- Output Tape(s)
Bande(s) de sortie
- Audit Trail Inquiry
Demande de vérification de resours
- Message(s)
- Input Tape(s)
Bande(s) d'entrée
- Payroll Register(s)
Registre(s) de paye
- Execution Report(s)
Rapport(s) d'exécution
- File Dump(s)
Vidage de fichier(s)
- Payment Stub(s)
Preuve(s) de paiement
- Remittance Report's
Rapport(s) des remises
- Master Employee Record(s)
Enregistrement(s) au fichier principal de l'employé(e)
- Other (Describe)
Autre (préciser) _____

11 Impact on Resources - Répercussions sur les ressources

Time and Staff Days - Temps en jours-personnes

Regular - Régulier _____

Overtime - Temps supplémentaire _____

Comments - Commentaires _____

12 Impact on Client - Répercussions sur le client

Deadline - Date Limite _____

Output Delay in Working Days
Retard des sorties en jours ouvrables _____

Size of Population Affected
Nombre de personnes touchées _____

Description (Population)
Description (Groupe touché) _____

Other Reference Material, Attached
Autres documents de référence ci-joints _____

13 Report Initiated by - Rapport demandé par

Signature _____

Telephone no. - N° de téléphone _____

Title - Titre _____

14 Report Reviewed by - Rapport examiné par

Chief, Compensation Services
Chef, Services rémunération

Signature _____

Date _____

15 To be Completed by DTC NCR Pay Operations - À remplir par le GED opérations de la paye RCN

A	Received By - Reçu par	B	Action Taken - Mesure prise
Signature _____		Signature _____	
Date _____		Date _____	

16 To be Completed by Pay Products and Systems Division - À remplir par la Division des systèmes et produits de la paye

A	Received By - Reçu par	B	Action Taken - Mesure prise
Signature _____		Signature _____	
Date _____		Date _____	

