



# Formulaire de demande : Heures de travail et calcul de la moyenne des heures

## Renseignements généraux

Envoyez le formulaire à l'attention du :

Directeur des normes d'emploi  
400, avenue University, 9<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M7A 1T7  
Télécopieur : 416 314-8725 ou  
416 212-7900

Des renseignements incomplets ou inexacts risquent de retarder le traitement de votre demande. Si la demande est transmise par télécopieur après 17 h ou un jour où le bureau du directeur est fermé, la demande sera réputée signifiée le prochain jour où le bureau est ouvert.

**L'employeur doit avoir l'approbation par écrite de ses employés (ou de leur syndicat) pour leur faire faire des heures supplémentaires ou pour faire la moyenne de leurs heures supplémentaires.** Même si la présente demande est approuvée, l'employeur doit se conformer aux dispositions de la *Loi de 2000 sur les normes d'emploi* (LNE) relatives aux périodes d'inactivité quotidiennes et hebdomadaires (article 18), aux pauses-repas (article 20) et à la rémunération des heures supplémentaires (article 22).

Les renseignements ci-dessous sont recueillis en application de la LNE aux fins du traitement des demandes de dépassement des plafonds d'heures de travail et de calcul de la moyenne des heures de travail afin de déterminer la rémunération des heures supplémentaires. La collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements sont réglementées en vertu de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée, L. R. O. 1990, chap. F.31*, dans sa version modifiée. Si vous avez des questions au sujet de l'accès à l'information, veuillez communiquer avec le coordonnateur de l'accès à l'information du ministère du Travail au 416 326-7786.

No d'identification (réservé au ministère)

**Vous devez remplir tous les champs marqués d'un astérisque afin que nous puissions traiter votre demande. Si vous ne remplissez pas ces champs, votre formulaire de demande risque de vous être renvoyé, auquel cas la demande ne sera pas tenue en compte.**

## 1. Renseignements sur l'employeur.

Nom commercial de l'employeur \*

Nom legal \*

Type d'entreprise (p. ex., compagnie constituée en personne morale, société en commandite, société en nom collectif, entreprise individuelle, société à responsabilité limitée)\*

Numéro d'enregistrement de l'entreprise

Numéro de personne morale, le cas échéant

Ressort de la personne morale, le cas échéant (p.ex. Ontario, Canada, autre)

## Renouvellement

Cochez ici si vous avez reçu une approbation en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> mars 2005 ou ultérieurement et que vous voulez en obtenir le renouvellement.

## 2. Personne-ressource de l'employeur.

Prénom \*

Nom \*

Titre

Téléphone (avec indicatif régional) \*

Poste

Télécopieur (avec indicatif régional)

Courriel

( )

( )

Mode préféré de transmission de la correspondance \*

Poste

Télécopie

Courriel

Langue préférée de communication \*

Anglais

Français

## Adresse principale de la compagnie

Numéro de la rue

Suffixe (p. ex. A)

Nom de la rue

Type

Point cardinal

Bureau

Route rurale

Case postale

Succursale postale

Ville/Localité \*

Province/État \*

Pays \*

Code postal \*

### 3. Lieux de travail supplémentaires où le travail sera effectué.

Si le travail ne sera effectué qu'au lieu de travail principal, veuillez vous rendre directement à la section 4 sans remplir la présente section. Si cette demande a trait à des lieux de travail supplémentaires, veuillez en signaler l'adresse dans cette section. Ajoutez des pages additionnelles au besoin.

Nom de la compagnie \*

|                  |                    |                    |                  |                |        |
|------------------|--------------------|--------------------|------------------|----------------|--------|
| Numéro de la rue | Suffixe (p. ex. A) | Nom de la rue      | Type             | Point cardinal | Bureau |
| Route rurale     | Case postale       | Succursale postale | Ville/Localité * |                |        |
| Province *       |                    |                    | Code postal *    |                |        |

### 4. Type de demande. Veuillez sélectionner le type de demande applicable. \*

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dépassement des plafonds d'heures de travail par semaine<br>Veuillez remplir les sections 5, 7 (le cas échéant), 8, 10, 11. | <input type="checkbox"/> Calcul de la moyenne des heures de travail afin de déterminer la rémunération des heures supplémentaires<br>Veuillez remplir les sections 6, 7 (le cas échéant), 9, 10, 11. |
|--|--|

### 5. Renseignements sur les employés - demande de dépassement des plafonds d'heures de travail par semaine.

Ajoutez des pages additionnelles au besoin.

|   |  |   |  |  |
|---|--|---|--|--|
| Profession *  | Nombre d'heures de travail supplémentaires par semaine * | Nombre d'employés *                                 | Durée demandée : *   |  |
|   |  |   | <input type="checkbox"/> 1 an<br><input type="checkbox"/> 2 ans<br><input type="checkbox"/> 3 ans  | <input type="checkbox"/> Cochez ici si la durée est de moins de un an et indiquez, le cas échéant, la date de début et de fin.<br>Date de début<br>A A A A M M J J<br>Date de fin<br>A A A A M M J J |
|   |  |   | Existe-t-il ou existera-t-il une ou des entente(s) écrite(s) individuelle(s), conclue(s) conformément à la LNE, qui autorise(nt) les employés à effectuer le nombre d'heures demandé? *<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |  |
| Les employés de cette profession sont-ils syndiqués? *<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |  | Si oui, indiquez le syndicat et la section locale : |  |  |
| Profession *  | Nombre d'heures de travail excédentaires par semaine *   | Nombre d'employés *                                 | Durée demandée : *   |  |
|   |  |   | <input type="checkbox"/> 1 an<br><input type="checkbox"/> 2 ans<br><input type="checkbox"/> 3 ans  | <input type="checkbox"/> Cochez ici si la durée est de moins de un an et indiquez, le cas échéant, la date de début et de fin.<br>Date de début<br>A A A A M M J J<br>Date de fin<br>A A A A M M J J |
|   |  |   | Existe-t-il ou existera-t-il une ou des entente(s) écrite(s) individuelle(s), conclue(s) conformément à la LNE, qui autorise(nt) les employés à effectuer le nombre d'heures demandé? *<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |  |
| Les employés de cette profession sont-ils syndiqués? *<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |  | Si oui, indiquez le syndicat et la section locale : |  |  |
| Profession *  | Nombre d'heures de travail excédentaires par semaine *   | Nombre d'employés *                                 | Durée demandée : *   |  |
|   |  |   | <input type="checkbox"/> 1 an<br><input type="checkbox"/> 2 ans<br><input type="checkbox"/> 3 ans  | <input type="checkbox"/> Cochez ici si la durée est de moins de un an et indiquez, le cas échéant, la date de début et de fin.<br>Date de début<br>A A A A M M J J<br>Date de fin<br>A A A A M M J J |
|   |  |   | Existe-t-il ou existera-t-il une ou des entente(s) écrite(s) individuelle(s), conclue(s) conformément à la LNE, qui autorise(nt) les employés à effectuer le nombre d'heures demandé? *<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |  |
| Les employés de cette profession sont-ils syndiqués? *<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |  | Si oui, indiquez le syndicat et la section locale : |  |  |

## 6. Renseignements sur les employés – demande de calcul de la moyenne des heures de travail.

Ajoutez des pages additionnelles au besoin.

|  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| Profession *   | Nombre de semaines visées par le calcul de la moyenne * | Nombre d'employés *                                 | Durée demandée : *  |   |
|  |   |   | <input type="checkbox"/> 1 an<br><input type="checkbox"/> 2 ans<br><input type="checkbox"/> 3 ans   | <input type="checkbox"/> Cochez ici si la durée est de moins de un an et indiquez, le cas échéant, la date de début et de fin.<br>Date de début<br>A A A A M M J J   Date de fin<br>A A A A M M J J |
|  |   |   | Existe-t-il ou existera-t-il une ou des entente(s) écrite(s) individuelle(s), conclue(s) conformément à la LNE, qui autorise(nt) les employés à effectuer le nombre d'heures demandé ? *<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |   |
| Les employés de cette profession sont-ils syndiqués ? *<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |   | Si oui, indiquez le syndicat et la section locale : |   |   |
| Profession *   | Nombre de semaines visées par le calcul de la moyenne * | Nombre d'employés *                                 | Durée demandée : *  |   |
|  |   |   | <input type="checkbox"/> 1 an<br><input type="checkbox"/> 2 ans<br><input type="checkbox"/> 3 ans   | <input type="checkbox"/> Cochez ici si la durée est de moins de un an et indiquez, le cas échéant, la date de début et de fin.<br>Date de début<br>A A A A M M J J   Date de fin<br>A A A A M M J J |
|  |   |   | Existe-t-il ou existera-t-il une ou des entente(s) écrite(s) individuelle(s), conclue(s) conformément à la LNE, qui autorise(nt) les employés à effectuer le nombre d'heures demandé ? *<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |   |
| Les employés de cette profession sont-ils syndiqués ? *<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |   | Si oui, indiquez le syndicat et la section locale : |   |   |
| Profession *   | Nombre de semaines visées par le calcul de la moyenne * | Nombre d'employés *                                 | Durée demandée : *  |   |
|  |   |   | <input type="checkbox"/> 1 an<br><input type="checkbox"/> 2 ans<br><input type="checkbox"/> 3 ans   | <input type="checkbox"/> Cochez ici si la durée est de moins de un an et indiquez, le cas échéant, la date de début et de fin.<br>Date de début<br>A A A A M M J J   Date de fin<br>A A A A M M J J |
|  |   |   | Existe-t-il ou existera-t-il une ou des entente(s) écrite(s) individuelle(s), conclue(s) conformément à la LNE, qui autorise(nt) les employés à effectuer le nombre d'heures demandé ? *<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |   |
| Les employés de cette profession sont-ils syndiqués ? *<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |   | Si oui, indiquez le syndicat et la section locale : |   |   |

## 7. Coordonnées des syndicats.

Si vous avez indiqué le nom d'un syndicat et d'une section locale dans les sections 5 et/ou 6, veuillez compléter la présente section. Ajoutez des pages additionnelles au besoin.

| Nom du syndicat et section locale | Nom de la personne-ressource du syndicat | Téléphone | Poste |
|-----------------------------------|--|-----------|-------|
|                                   |  |           |       |
|                                   |  |           |       |
|                                   |  |           |       |

---

**8. Raisons pour lesquelles la demande de dépassement des plafonds d'heures de travail par semaine est présentée.**

---

Veillez remplir cette section dans le cadre d'une demande de dépassement des plafonds d'heures de travail par semaine. Ne dépassez pas 500 caractères par réponse. \*

1. Pour quelle raison(s) faites-vous la demande de dépassement du nombre d'heures de travail par semaine ?

2. Prendrez-vous des mesures pour éviter ou pour empêcher le dépassement excessif d'heures de travail par semaine? Si la réponse est négative, pourquoi ne le ferez-vous pas ?

3. Est-ce que le dépassement des plafonds d'heures de travail par semaine des employés pourrait causer des problèmes de santé et de sécurité ? Si la réponse est positive, comment allez-vous aborder ces problèmes ?

---

**9. Raisons pour lesquelles la demande de calcul de la moyenne des heures de travail est présentée.**

---

Veillez remplir cette section dans le cadre d'une demande de calcul de la moyenne des heures de travail. Ne dépassez pas 500 caractères par réponse. \*

1. Pour quelle raison(s) faites-vous la demande de calcul de la moyenne des heures de travail pour cette période spécifique ?

2. La période demandée profitera-t-elle aux employés dans les professions énumérées ci-dessus ?

---

**10. Au cours des trois dernières années:**

---

L'employeur a-t-il été condamné pour une infraction à la *Loi sur les normes d'emploi* par un juge ou par un juge de paix ? Dans l'affirmative, indiquez la date de la plus récente condamnation, si elle est connue. (N'incluez pas les ordonnances rendues par un agent des normes d'emploi ou les ordonnances rendues ou affirmées par la Commission des relations de travail de l'Ontario.) \*

Oui  Non

Date  
A A A A M M J J

L'employeur fait-il l'objet d'une ordonnance pécuniaire non payée en vertu de la LNE pour laquelle le délai de dépôt d'une demande de révision a expiré? Veuillez indiquer la date de la plus récente ordonnance pécuniaire. \*

Oui  Non

Date  
A A A A M M J J

---

**11. Déclaration.**

---

Je, soussigné(e), déclare que les renseignements contenus dans le présent formulaire et tout renseignement additionnel fourni à l'appui de la demande de l'employeur sont, à ma connaissance, complets et exacts.

Nom (en caractères d'imprimerie) \*

Signature \*

Date \*  
A A A A M M J J