



**Important ! Bien lire ce qui suit avant de remplir le formulaire.**

**Convention collective**

- Si vous avez une convention collective, vous devriez demander l'aide de votre porte-parole syndical. Vous ne pouvez pas présenter une réclamation sans l'autorisation du directeur des normes d'emploi du ministère du Travail.

**Poursuite en justice**

- Si vous avez engagé une poursuite en justice, vous ne pouvez généralement pas présenter une réclamation au ministère du Travail pour cette même affaire.
- Dans un délai de deux semaines après avoir présenté une réclamation au ministère du Travail, vous pouvez retirer cette requête et engager une poursuite en justice. Si vous avez des questions à ce sujet, nous vous suggérons de consulter un avocat avant de déposer une réclamation.

**Recouvrement maximum**

- Sauf quelques exceptions, le ministère ne peut recouvrer que la somme représentant ce qui aurait dû être payé au cours de la période de **six mois** qui a précédé le dépôt de votre réclamation.
- Sauf quelques exceptions, la somme de 10 000 \$ est le maximum que le ministère peut **ordonner** à un employeur de payer à un employé.

**Renseignements généraux**

- Une agente ou un agent des normes d'emploi communiquera avec vous. Cette personne enquêtera sur votre plainte.
- Prévenez-nous si vous changez d'adresse ou de numéro de téléphone, car cette information nous aidera à traiter votre demande et à faire une enquête ou encore à vous contacter s'il nous faut de plus amples renseignements.
- L'information que vous fournissez sur ce formulaire pourrait être divulguée à votre employeur dans le cadre du traitement de votre demande.
- Veuillez consulter le guide si vous avez besoin d'aide pour remplir le formulaire. Pour en savoir plus sur les normes d'emploi, communiquez avec le Centre d'appels, au 416 326-7160 ou au 1 800 531-5551.
- Veuillez envoyer votre demande au Centre provincial de demandes d'indemnités, Ministère du Travail, 70 Foster Drive, Bureau 480, Roberta Bondar Place, Sault Ste. Marie, ON P6A 6V4. Vous pouvez également l'envoyer par télécopie au 1 888-252-4684.

Ne rien mettre dans cette case.

Claim Number

Ministry Date Stamp

**J'ai lu et bien compris le texte ci-dessus.\***

Les questions marquées du symbole sont expliquées dans le livret intitulé *Comment déposer une réclamation en vertu de la Loi sur les normes d'emploi*. Vous devez remplir toutes les cases marquées d'un astérisque (\*) pour nous permettre d'enquêter sur votre plainte le plus vite possible.

**Section A – Renseignements à votre sujet**

**A1**  **Avez-vous une convention collective ? \***  Oui  Non **Si vous avez répondu « oui », veuillez demander à votre porte-parole syndical de vous aider à remplir le formulaire.**

Nom de famille * <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/> M <sup>lle</sup>	Nom de famille précédent (si votre employeur vous connaît sous ce nom)
---	--

Prénom *	Initiale du second prénom	Si vous êtes aux études, donnez votre date de naissance (aaaa/mm/jj)
----------	---------------------------	--

Adresse postale de votre lieu de résidence Numéro et rue / R.R. / Case postale *		Appartement
---	--	-------------

Municipalité *	Province *	Code postal *
----------------	------------	---------------

Numéro de téléphone où l'on peut vous joindre *	Numéro de téléphone où l'on peut vous laisser un message (s'il est différent du numéro indiqué à gauche)	Numéro de téléphone cellulaire
---	--	--------------------------------

Adresse électronique (courriel)
---------------------------------

Adresse postale secondaire <b>A4</b> Numéro et rue / R.R. / Case postale *		Appartement
---	--	-------------

Municipalité *	Province *	Code postal *
----------------	------------	---------------

A5) Autorisez-vous quelqu'un à agir en votre nom (p. ex., un membre de votre famille, un ami ou un conseiller juridique) ?

Oui  Non (Si vous avez répondu « non », passez à la section B.)

Nom de cette personne

Ses liens avec vous

Son numéro de téléphone

## Section B – Renseignements au sujet de l'employeur contre lequel vous avez déposé cette réclamation

B1) Nom de l'employeur (nom de l'entreprise ou du commerce) \*

B2) Si l'entreprise est exploitée sous un ou plusieurs autres noms, quel est-il ou quels sont-ils (si vous les connaissez) ?

Adresse du lieu où vous travaillez

B3) Numéro et rue / R.R. \*

Municipalité \*

Code postal

B4) Adresse de l'employeur (si elle est différente de l'adresse indiquée ci-dessus)

Numéro et rue / R.R. / Case postale

Municipalité/Ville/Province/État

Code postal

Pays

B5) Nom de votre superviseur, si vous le connaissez

Numéro de téléphone de l'entreprise

Numéro de télécopieur de l'entreprise

Cette entreprise :  existe-t-elle toujours ?  a-t-elle cessé ses activités ?  a-t-elle déclaré faillite ?  Je ne sais pas.

## Section C – Vos antécédents professionnels chez cet employeur

C1) Quelle est ou était votre appellation d'emploi et quelle sorte de travail faisiez-vous ? \*

Avez-vous gardé des notes (sur un agenda, un calendrier, etc.) sur vos heures de travail ?  Oui  Non

C2) Vos heures de travail étaient-elles régulières ? \*

Oui  Non

Si vous avez répondu « non », veuillez donner une explication.

Si vous avez répondu « oui », veuillez passer à la case ci-dessous.

Combien d'heures travailliez-vous chaque jour ?

Combien de jours par semaine ?

Combien d'heures par semaine ?

C3) Période de paie \*

Hebdomadaire

Tous les 15 jours

Deux fois par mois

Mensuelle

Autre (à préciser)

C4) Comment vous payait-on ? \*

À l'heure

Salaire

Commission

À la pièce

Autre (à préciser)

C5) Taux de salaire avant les retenues sur le salaire (ne remplir qu'une case) \*

Taux horaire \_\_\_\_\_ \$

Par semaine \_\_\_\_\_ \$

Par année \_\_\_\_\_ \$

Autre (à préciser)

C6) Date à laquelle vous avez commencé chez cet employeur \*

Année (AAAA)

Mois (MM)

Jour (JJ)

Votre situation \*

J'y suis toujours

J'ai été congédié(e)

J'ai été mis(e) à pied

Autre

Si vous avez répondu « autre », veuillez préciser.

Si vous n'êtes plus au service de cet employeur, veuillez répondre aux questions suivantes.

Quel a été votre dernier jour de travail chez cet employeur ?

Année (AAAA)

Mois (MM)

Jour (JJ)

Avez-vous reçu un préavis de licenciement avant votre dernier jour de travail ?

Oui  Non

Quand avez-vous reçu le préavis de licenciement ?

Année (AAAA)

Mois (MM)

Jour (JJ)

Comment l'avez-vous reçu ?

Par écrit

Verbalement

**C7** Avez-vous temporairement cessé de travailler pour cet employeur, à cause d'une mise à pied temporaire ou parce que vous avez quitté cet employeur, et repris plus tard votre service chez lui, ou pour d'autres raisons **sauf** un congé de maladie, un congé de maternité, un congé parental, un congé pour raisons médicales, un congé spécial personnel, un congé pour situation d'urgence déclarée ou des vacances ? Veuillez en donner la ou les raisons, ainsi que la période de l'absence ou des absences.

## Section D – Renseignements au sujet de votre réclamation de paiement

D1) Veuillez cocher toutes les cases pertinentes.*			Montants approximatifs (\$) (là où il y a lieu)
<input type="checkbox"/>	Salaire impayé	Du (aaaa/mm/jj)	Au (aaaa/mm/jj)
<input type="checkbox"/>	Heures supplémentaires	Du (aaaa/mm/jj)	Au (aaaa/mm/jj)
<input type="checkbox"/>	Vacances annuelles ou indemnité de vacances		
<input type="checkbox"/>	Jour férié ou indemnité de jour férié		
<input type="checkbox"/>	Retenues sur salaire		
<input type="checkbox"/>	Congé parental ou de maternité, ou autre congé		
<input type="checkbox"/>	Salaire minimum		
<input type="checkbox"/>	Indemnité de licenciement (paiement compensatoire d'un préavis de licenciement)		
<input type="checkbox"/>	Indemnité de cessation d'emploi		
<input type="checkbox"/>	Salaire égal pour un travail égal		
<input type="checkbox"/>	Employeur qui a fait faillite		
<input type="checkbox"/>	Maintien de l'emploi, mais avec un nouvel employeur (un employeur remplaçant)		
<input type="checkbox"/>	Maintien de l'emploi, mais avec un nouvel employeur (services d'entretien d'immeubles)		
<input type="checkbox"/>	Heures de travail ou pauses-repas		
<input type="checkbox"/>	Périodes de repos (repos entre les postes de travail ou repos quotidien, hebdomadaire, bimensuel, etc.)		
<input type="checkbox"/>	Refus de travailler le dimanche ou les jours fériés dans un établissement de vente au détail		
<input type="checkbox"/>	Détecteur de mensonges		
<input type="checkbox"/>	Représailles		
<input type="checkbox"/>	Autre (à préciser)		
<input type="checkbox"/>	Renseignements supplémentaires		
Montant approximatif			

## Section E – Déclaration du réclamant ou de la réclamante

Je déclare qu'autant que je sache, l'information donnée plus haut est complète et exacte. Je sais que le ministère peut utiliser cette information pour faire une enquête sur la qualité de ses services et pourrait communiquer à cette fin avec moi, soit directement ou par l'intermédiaire d'un agent.

Nom	Signature	Date (aaaa/mm/jj)
-----	-----------	-------------------

La présente information est recueillie conformément à la *Loi de 2000 sur les normes d'emploi*. Elle est recueillie dans le but d'aider le ministère à enquêter sur les infractions présumées à cette loi. La collecte, l'utilisation et la divulgation de l'information sont régies par la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*, L.R.O.1990, F31 (dans sa version modifiée). Les personnes qui ont des questions au sujet de l'accès à l'information peuvent communiquer avec le coordonnateur de l'accès à l'information au sein du ministère du Travail, en composant le 416 326-7786. Les personnes qui ont des questions au sujet des normes d'emploi sont priées de s'adresser au Centre d'information sur les normes d'emploi, au 416 326-7160 (dans l'agglomération torontoise) ou au 1 800 531-5551 (pour les appels de l'extérieur de l'agglomération de Toronto).