**DEMANDE DE PAIEMENT**

**RÉTROACTIVITÉ SALARIALE DES EMPLOYÉS INACTIFS SYNDIQUÉS**

**SYNDICAT DE PROFESSIONNELLES ET
PROFESSIONNELS DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (SPGQ)**

|  |
| --- |
| **IDENTIFICATION DE L’EMPLOYÉ(E)** |
| Nom (en lettres moulées) | Prénom (en lettres moulées) | Numéro d’employé SAGIR ou trois derniers chiffres du NAS |
|        |       |       ou XXX XXX     |
| Adresse actuelle de l’employé ou adresse de la succession ou du mandataire |
|       |
| Ville | Province | Code postal |
|       |       |       |
| Adresse de courriel personnelle |
|       |
| Téléphone (maison) | Téléphone (autre) |
| (    )     -      | (    )     -      |
| **Date de fin d’emploi < 24 mois – Virement automatique du salaire si spécimen de chèque joint. Sinon, un chèque vous sera transmis à votre adresse de résidence.** **Date de fin d’emploi > 24 mois – Obligatoirement, nous devons émettre un chèque transmis à votre adresse de résidence.** Spécimen de chèque[ ] Oui [ ] Non |
|  |
| Nom du dernier ministère ou organisme employeur      | Numéro ministère (facultatif)      |

|  |
| --- |
| **SIGNATURE DE LA DEMANDE** |
|       |       |
| **Signature du demandeur 1-2-3** | **Date de la demande** |

|  |
| --- |
| **1** Cette demande doit être retournée à la Direction des ressources humaines de votre dernier employeur (ministère /organisme) avec la mention suivante : « Dossier de rétroactivité salariale ». |
| **2** Si vous êtes un ayant droit, vous devez écrire votre adresse personnelle, joindre l’acte de décès et une preuve attestant de votre droit de recevoir les sommes dues. |
| **3** Si vous êtes mandataire en vertu d’un mandat en cas d’inaptitude, vous devez écrire votre adresse personnelle et joindre une preuve d’homologation du mandat. |