**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. |