



FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES DÉPENSES

Appel du RPC:

Nom:

Adresse:

Date de l'audition:

Lieu:

Heure du départ du domicile	Audition	Heure d'arrivée au domicile
À _____ Date _____	Terminée à _____ Date _____	à _____ Date _____

Toutes les dépenses remboursables sont fixées par la politique du Conseil du Trésor et sont sujettes à changement. Les dépenses engagées par les témoins ne sont pas remboursables.

Les demandes de renseignements et de remboursement doivent être adressées à :

Commission d'appel des pensions
CP 8567, succursale <T>
Ottawa (Ontario) K1G 3H9
www.pab-cap.gc.ca

Tél: 1-888-640-8001

Fax: 1-877-666-8510

Courriel: info@pab-cap.gc.ca

DÉPENSES RECLAMÉES

FRAIS DE REPAS: Aucun reçu requis _____, ___ \$
Déjeuner **Dîner** **Souper**
15,05 \$ **14,15 \$** **39,85 \$**

FRAIS DE ROUTE: **Véhicule particulier:**
Total _____ kilomètres (aller-retour) @ _____, ___ \$
Les frais de route sont payés lorsque vous utilisez un véhicule particulier pour vous rendre à une audition. Si vous êtes incapable de vous présenter à l'audition et que quelqu'un d'autre s'y présentera tout seul en votre nom, veuillez appeler le bureau pour obtenir de plus amples renseignements.

STATIONNEMENT, TAXI, AUTOBUS, TRAVERSIER, PÉAGE: _____, ___ \$
Reçus originaux requis

HONORAIRES D'AVOCAT: Reçus originaux requis _____, ___ \$

TAUX: 200\$ par demi-journée ou 300\$ par jour

Payable uniquement si un avocat qualifié vous représente à l'audition ou que votre appel est accueilli.

Si la Ministre en appelle de la décision:

Les mêmes dépenses remboursables sont payées à votre avocat et à vous-même. Les honoraires d'avocat seront payées que votre appel soit accueilli ou NON.

PERTE DE SALAIRE: Payable uniquement sur production d'une confirmation _____, ___ \$
écrite de votre employeur.

TOTAL: _____, ___ \$

CHAMBRE D'HÔTEL ET LE BILLET D'AVION: Seront payées à l'avance, si l'audition a lieu à une grande distance de votre domicile

Je certifie que les dépenses indiquées dans la présente demande de remboursement ont été engagées pour me présenter à l'audition de la Commission d'appel des pensions

Signature: _____ **Date:** _____

A l'usage exclusive du bureau

Certifié conformément à l'article 34 de la Loi sur la gestion des finances publiques

Signature: _____ **Date:** _____