**DEMANDE DE REMBOURSEMENT EN CAS DE BRIS DE BIENS PERSONNELS**

**D’UN MEMBRE DU PERSONNEL DANS L’EXERCICE DE SES FONCTIONS**

**DÉCLARATION**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom et prénom : | | | |  | | | | | |  | | | No d’employé : | | | | | | | | |  | | | | | |
| Titre d’emploi : | | | | | | | | |  | | |  | | | Syndicat : | | | | |  | | | | | | | |
| Adresse : |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No civique, rue, ville, code postal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adresse courriel : | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Direction : | |  | | | | | | | | |  | | | Installation : | | | | | | |  | | | | | | |
| Date de l’événement : | | | | | |  | | | |  | | | Lieu : | | | | |  | | | | | | | | | |
| **COMPTE RENDU DE L’ÉVÈNEMENT**  (indiquer tous les détails relatifs à la perte ou destruction de l’article ainsi que les personnes impliquées, s’il y a lieu) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom des témoins | | | | 1er |  | | | | | | 2e | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **RÉCLAMATION** | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | | | | | |  | | | | |
| Nature du bien endommagé\* ou perdu : | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | Valeur : | $ |
| Remboursement (*dans le cas de lunettes brisées et non-réparables, svp joindre une confirmation du fournisseur et la facture de remplacement*) | | | | | | | | |  | | |  | | | Réparation | | | | | | | |  | | | | |
| Dans le cas du remboursement d’un bien endommagé non-réparable, l’employé cède irrévocablement la propriété du bien au CISSS des Laurentides et l’envoie par courrier interne à la Direction adjointe aux opérations financières, Centre d’hébergement des Hauteurs,  707, boul. de Sainte-Adèle, Sainte-Adèle (Québec) J8B 2N1 pour que ce dernier puisse en disposer auprès d’organismes communautaires. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Remarque : |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Signature de l’employé | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | Date : | | | | |  | | | |

**RECOMMANDATION ET COMMENTAIRE DU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT**

(Attention : seules les réclamations accompagnées de pièces justificatives seront traitées. De plus, le bien détruit ou brisé est réputé adéquat et nécessaire en regard de la fonction exercée.)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Accepté |  | |  | Refusé | |  | | | | | | | |
| Événement déclaré par l’employé dans les 7 jours ? | | | | | | | | Oui |  | | Non |  | |
| Code d’imputation budgétaire : | | | | |  | | | | | | | | |
| Commentaires : | |  | | | | | | | | | | | |
| Signature du supérieur immédiat | | | | | |  | | | | Date : | | |  |
| Nom du supérieur immédiat en lettres moulées | | | | | | |  | | | | | | |

**Veuillez acheminer cette réclamation, les pièces justificatives et un spécimen de chèque de l’employé à la Direction des ressources financières par courriel :** [comptabilite-generale.cissslau@ssss.gouv.qc.ca](mailto:comptabilite-generale.cissslau@ssss.gouv.qc.ca)