

**GRIEVANCE PRESENTATION  
PRÉSENTATION DE GRIEF**



**UCCO-SACC-CSN**

PROTECTED WHEN COMPLETED  
PROTÉGÉ UNE FOIS REMPLI

**SECTION 1 TO BE COMPLETED BY EMPLOYEE  
À REMPLIR PAR L'EMPLOYÉ**

- PLEASE PRINT  
• EN LETTRES MOULÉES

REFERENCE NO / N° DE RÉFÉRENCE

<b>A</b>	SURNAME / NOM DE FAMILLE	GIVEN NAMES / PRÉNOMS	TELEPHONE NO. N° TÉLÉPHONE
	HOME ADDRESS / ADRESSE DU DOMICILE		JOB CLASSIFICATION CLASSIFICATION DE POSTE
	<b>Public Safety Canada Sécurité publique Canada</b>		<b>Correctional Service of Canada Service Correctionnel du Canada</b>
	SECTION	WORK LOCATION / LIEU DE TRAVAIL Institution	SHIFT / QUART DE TRAVAIL

<b>B</b>	DETAILS OF GRIEVANCE / DESCRIPTION DU GRIEF
	<p>Je conteste le défaut de l'employeur de me verser ma rémunération complète, à chaque période de deux (2) semaines, ce qui est contraire à la convention collective et à la Directive sur les conditions d'emploi émise par le Conseil du Trésor du Canada. Je dénonce également le fait que ce défaut de l'employeur de me payer mon salaire, mes primes et indemnités ou toute rémunération que je suis en droit de recevoir à chaque période de paye constitue une pratique discriminatoire fondée sur un motif interdit selon la <i>Loi canadienne des droit de la personne</i> et la convention collective.</p>

<b>C</b>	CORRECTIVE ACTION REQUIRED / MESURES CORRECTIVES DEMANDÉES
	<p>Je demande que l'employeur se conforme immédiatement à la convention collective et à la Directive sur les conditions d'emploi émise par le Conseil du Trésor du Canada, ainsi qu'à toute autre règle formelle ou implicite concernant les conditions d'emploi;</p> <p>Je demande de recevoir ma rémunération complète à chaque période de deux (2) semaines;</p> <p>Je demande de recevoir la rémunération complète que je n'ai pas reçue pour toute période passée;</p> <p>Je demande d'être payé(e) et compensé(e) pour tout intérêt ou frais que j'ai dû payer pour retard de versement sur mes cartes de crédit, retard de paiement d'hypothèque, chèques sans provision ou pour tout dommage résultant sur ma cote de crédit;</p> <p>Je demande une indemnité spéciale en vertu de la <i>Loi canadienne des droit de la personne</i>, du Règlement et du pouvoir de redressement de l'arbitre;</p> <p>Je demande _____ \$ à titre de dommages pour préjudice moral et _____ \$ à titre d'indemnité pour acte délibéré ou inconsidéré, selon la <i>Loi canadienne des droit de la personne</i>;</p> <p>Je demande de recevoir des intérêts sur les sommes qui me sont dues.</p> <p>And all other rights that I have under the Collective Agreement. As well as all real, moral or exemplary damages, to be applied retroactively with legal interest without prejudice to other acquired rights.</p> <p>et tous les autres droits que me donne la convention collective de travail, ainsi que tous dommages réels, moraux ou exemplaires, et ce, rétroactivement avec intérêts au taux légal, sans préjudice aux autres droits dévolus.</p>

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE OF EMPLOYEE / SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ

\_\_\_\_\_  
DATE

**SECTION 2 TO BE COMPLETED BY UNION REPRESENTATIVE  
À REMPLIR PAR LE REPRÉSENTANT SYNDICAL**

_____ SIGNATURE OF UNION REPRESENTATIVE / SIGNATURE DU REPRÉSENTANT SYNDICAL	_____ DATE
---	---------------

**SECTION 3 TO BE COMPLETED BY THE MANAGEMENT REPRESENTATIVE  
À REMPLIR PAR LE REPRÉSENTANT DE LA DIRECTION**

TITLE OF MANAGEMENT REPRESENTATIVE / TITRE DU REPRÉSENTANT DE LA DIRECTION	DATE RECEIVED DATE DE RÉCEPTION
SIGNATURE	COPY COPIE



## GRIEVANCE TRANSMITTAL FORM FORMULAIRE DE TRANSMISSION DES GRIEFS

SECTION 1 TO BE COMPLETED BY EMPLOYEE / À ÊTRE COMPLÉTÉ PAR L'EMPLOYÉ

DEPARTMENT USE ONLY  
À L'USAGE DU MINISTÈRE

LEVEL / PALIER 2  LEVEL / PALIER 3

REFERENCE NO. / NO DE RÉFÉRENCE

(PLEASE PRINT / EN LETTRES MOULÉES)

SURNAME / NOM DE FAMILLE

GIVEN NAMES / PRÉNOMS

Department of the Solicitor General /  
Ministère du Solliciteur général du Canada

Correctional Service of Canada /  
Service correctionnel du Canada

LOCATION / ENDROIT

SIGNATURE

DATE

SECTION 2 TO BE COMPLETED BY THE UNION REPRESENTATIVE / À ÊTRE COMPLÉTÉ PAR LE REPRÉSENTANT DU SYNDICAT

APPROVAL FOR REPRESENTATIVE OF GRIEVANCE RELATING TO COLLECTIVE AGREEMENT OR ARBITRAL AWARD AND AGREEMENT TO REPRESENT EMPLOYEE ARE HEREBY GIVEN. /  
AUTORISATION EST DONNÉE, PAR LES PRÉSENTES, DE PRÉSENTER LE GRIEF RELATIF À UNE CONVENTION COLLECTIVE OU À UNE DÉCISION ARBITRALE, ET NOUS ACCEPTONS DE REPRÉSENTER L'EMPLOYÉ.

SIGNATURE OF THE UNION REPRESENTATIVE / SIGNATURE DU REPRÉSENTANT SYNDICAL

DATE

NAME OF LOCAL REPRESENTATIVE / SIGNATURE DU REPRÉSENTANT LOCAL DU SYNDICAT

ADDRESS FOR CONTACT AND REPLY / ADRESSE POUR FINS DE COMMUNICATION

SECTION 3 TO BE COMPLETED BY IMMEDIATE SUPERVISOR / À ÊTRE COMPLÉTÉ PAR LE SUPERVISEUR IMMÉDIAT

DATE TRANSMITTAL RECEIVED /  
TRANSMISSION DU GRIEF REÇU LE

SIGNATURE OF MANAGEMENT REPRESENTATIVE /  
SIGNATURE DU REPRÉSENTANT DE LA DIRECTION



## GRIEVANCE TRANSMITTAL FORM FORMULAIRE DE TRANSMISSION DES GRIEFS

**SECTION 1** TO BE COMPLETED BY EMPLOYEE / À ÊTRE COMPLÉTÉ PAR L'EMPLOYÉ

**DEPARTMENT USE ONLY  
À L'USAGE DU MINISTÈRE**

LEVEL / PALIER    2     LEVEL / PALIER    3

REFERENCE NO. / NO DE RÉFÉRENCE

(PLEASE PRINT / EN LETTRES MOULÉES)

SURNAME / NOM DE FAMILLE

GIVEN NAMES / PRÉNOMS

Department of the Solicitor General /  
Ministère du Solliciteur général du Canada

Correctional Service of Canada /  
Service correctionnel du Canada

LOCATION / ENDROIT

SIGNATURE

DATE

**SECTION 2** TO BE COMPLETED BY THE UNION REPRESENTATIVE / À ÊTRE COMPLÉTÉ PAR LE REPRÉSENTANT DU SYNDICAT

APPROVAL FOR REPRESENTATIVE OF GRIEVANCE RELATING TO COLLECTIVE AGREEMENT OR ARBITRAL AWARD AND AGREEMENT TO REPRESENT EMPLOYEE ARE HEREBY GIVEN. /  
AUTORISATION EST DONNÉE, PAR LES PRÉSENTES, DE PRÉSENTER LE GRIEF RELATIF À UNE CONVENTION COLLECTIVE OU À UNE DÉCISION ARBITRALE, ET NOUS ACCEPTONS DE REPRÉSENTER L'EMPLOYÉ.

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE OF THE UNION REPRESENTATIVE / SIGNATURE DU REPRÉSENTANT SYNDICAL

\_\_\_\_\_  
DATE

NAME OF LOCAL REPRESENTATIVE / SIGNATURE DU REPRÉSENTANT LOCAL DU SYNDICAT

ADDRESS FOR CONTACT AND REPLY / ADRESSE POUR FINS DE COMMUNICATION

**SECTION 3** TO BE COMPLETED BY IMMEDIATE SUPERVISOR / À ÊTRE COMPLÉTÉ PAR LE SUPERVISEUR IMMÉDIAT

DATE TRANSMITTAL RECEIVED /  
TRANSMISSION DU GRIEF REÇU LE

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE OF MANAGEMENT REPRESENTATIVE /  
SIGNATURE DU REPRÉSENTANT DE LA DIRECTION