



Expense Claim

Name: _____ PSAC ID: _____
 Address: _____ Province: _____ Local: _____
 City: _____ Postal Code: _____
 Email address: _____
 Place of Travel/Meeting including address: _____
 Purpose of Travel/Meeting: _____
 Date of Travel/Meeting: _____ From: _____ To: _____
 Time of travel: on _____ Left at: _____ Arrived at: _____
 Time of event/meeting: From: _____ To: _____

Method of payment:	Cheque	Direct Deposit	
Payment paid by (Select one):	_____	_____	

Transportation:

**Airfare _____
 **Taxi (tip max 20%) _____ \$ - *Unionized taxi*
 Kilometres _____ *Travel by personal automobile must be pre-approved*
 KM Rate _____ \$ - *Copy of Google or MapQuest map required.*
 **Parking _____
 Notes: _____
 **Other (max tip 20%) _____
 Total _____ \$ -

Accommodation:

**Hotels	Dates	# nights	Amount
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
			\$ -

Per Diems:

	PROVINCES	YK	NWT	NUNAVUT		
	#	#	#	#		
Breakfast	_____	_____	_____	_____	\$ -	Provide dates: _____
Lunch	_____	_____	_____	_____	\$ -	Provide dates: _____
Dinner	_____	_____	_____	_____	\$ -	Provide dates: _____
Incidentals	_____	_____	_____	_____	\$ -	Provide dates: _____
Total					\$ -	

Family Care:

Please attach the completed UNE Family Care Form and receipt.

Training:

Please provide your training certificate and your leave form/or schedule for training that occurred on a day other than Saturday or/and Sunday.

Loss of Salary:

(Please attach your leave letter.)

Applicable Rate	Hrs	Hourly Rate	
	0.00	\$ -	
Minimum Rate	0.00	\$ 38.00	
Total			\$ -
Income Tax Requested/(minimum 25%)	25	%	

Total \$ -

Employee/Member Signature _____ Less Advance _____

Date _____ Due to Claimant \$ -

Recommended by _____ Less Salary Deductions \$ -

Approved by _____ Net Claim \$ -

For Office Use Only

				Cheque/EFT #	Date	Amount
LOS	\$ 0.00					
CPP	\$ -	5.95 %				
EI	\$ -	1.64 %				
Inc. Taxes	\$ -	25 %				
\$ -						

****To initiate payment, receipts are required for all items except meals.**

Copy of WE Travel itinerary is required for travel, and for pre-approval to use personal automobile.

Submit your claims online, along with receipts/back-up to:

claims-reclamations@une-sen.org

or mail to:

Instructions pour votre Formulaire de remboursement des dépenses

Expense Claim Instructions



TRANSPORTS

Lorsque les frais de déplacement n'ont pas été payés d'avance, les délégué·e·s peuvent en demander le remboursement pour un montant qui ne doit pas excéder le tarif le plus bas ou de classe économique, tel que déterminé par la président.e national.e ou représentant.e désigné.e. L'équivalent du montant du déplacement doit être approuvé au préalable. Pour obtenir l'approbation, svp envoyer votre demande à events@une-sen.org.

TRANSPORTATIONS

Where transportation has not been prepaid, delegates may claim transportation costs at economy or lower rates as determined by the National President or their designate. Equivalent to travel amount must be pre-approved. For pre-approval, please send request to events@une-sen.org.

HÉBERGEMENT

Votre chambre d'hôtel avec les taxes seront portées sur un compte principal et réglées directement par le SEN. Il vous appartient de régler toutes les dépenses personnelles avant de quitter l'hôtel. Un reçu doit être fourni pour le remboursement des frais d'hébergement autorisés. Lorsque vous remplissez la demande de remboursement, veuillez indiquer le nom de l'hôtel, les dates, le nombre de nuits et le montant pour chaque hôtel. Le taux pour hébergement privé est de 50 \$ par nuit.

ACCOMMODATION

Your room and tax will be charged to a master account and paid directly by UNE. You are responsible for any personal charges which you should pay prior to your departure. Approved accommodation while travelling requires a receipt. When filling out the claim please enter the hotel name, the dates, the number of nights and the amount per hotel. The private accommodation rate is \$50.00 per night.

REMBOURSEMENT POUR PERTE DE SALAIRE

On peut demander le remboursement du salaire quotidien pour chaque journée où il y a eu une perte de salaire réelle. Les remboursements pour perte de salaire sont soumis aux déductions du RPC, du régime d'assurance-chômage et de l'impôt sur le revenu. Ce dernier sera déduit au taux de 25%, à moins d'indication contraire. Toutes ces déductions seront effectuées et le montant net vous sera remis. Veuillez soumettre les copies de demandes de congés autorisés ainsi que du bordereau de paie démontrant la perte de salaire, afin d'accélérer et d'assurer l'exactitude du remboursement de votre perte de salaire.

S'il vous plaît compléter le formulaire d'information salarial du demandeur et indiquer le nombre d'heures/de jours pour lesquels il y a eu perte de salaire, sans cette information nous ne pourrions vous rembourser. Les formules T4 vous seront envoyées avant le fin de février. Veuillez nous aviser des changements d'adresse.

REIMBURSEMENT FOR LOSS OF SALARY

Daily salary may be claimed for each day an actual loss occurs. Reimbursement for Loss of Salary is subject to deductions for CPP, EI and Income Tax. Income Tax will be deducted at 25% unless otherwise indicated. These deductions will be calculated, and the net amount of the claim paid. Copies of the approved leave forms or pay stubs showing loss of salary will assist in the prompt and correct payment of these monies.

Please complete the Claimant Salary Information form and indicate the number of hours/days for which loss of salary has been incurred, without this information we cannot reimburse you. Appropriate forms, T4's, will be mailed by the end of February of next year. Please keep us informed of changes in your address.