

## Estimation des indemnités de grève – 1<sup>ère</sup> semaine

Ce formulaire doit être complété le premier jour de grève et envoyé immédiatement au SCFP National.

N° de la section locale : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_

Date où le formulaire a été rempli : \_\_\_\_\_

Paiement prévu pour la première semaine d'admissibilité :

Du : \_\_\_\_\_ (date) au : \_\_\_\_\_ (date)

Nombre de membres au début de la grève : \_\_\_\_\_

Commentaires :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Membres à 350 \$ par semaine (pour au moins 20 heures de tâches approuvées reliées à la grève)

**TOTAL POUR LA SEMAINE** \_\_\_\_\_ \$

<b>Comptabilité de grève de la section locale</b>
---

Montant transféré au fonds de grève de la section locale \_\_\_\_\_ \$

Autres montants transférés au fonds de grève de la section locale \_\_\_\_\_ \$

**Total A** \_\_\_\_\_ \$

**Détails de tous les revenus de grève :**

_____	\$	
_____	\$	
_____	\$	<b>Total B +</b> _____ \$

**Total C (A+B)** \_\_\_\_\_ \$

**Détails des dépenses de grève :**

_____	\$	
_____	\$	
_____	\$	<b>Total D -</b> _____ \$

**Solde (C-D)** \_\_\_\_\_ \$

Les renseignements ci-dessus sont exacts et vérifiés. Signé le \_\_\_\_ du mois d(e) \_\_\_\_\_ 20\_\_

Président(e) du comité de grève: \_\_\_\_\_  
(lettres moulées et signature)

Conseiller(ère) syndical(e) du SCFP: \_\_\_\_\_  
(lettres moulées et signature)