

**DEMANDE DE PAIEMENT  
RÉTROACTIVITÉ SALARIALE DES EMPLOYÉS INACTIFS SYNDIQUÉS  
SFPQ - UNITÉS FONCTIONNAIRES ET OUVRIERS**

<b>IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ(E)</b>		
Nom (en lettres moulées)	Prénom (en lettres moulées)	Numéro d'employé SAGIR ou trois dernières chiffres du NAS  ou XXX XXX
Adresse actuelle de l'employé ou adresse de la succession ou du mandataire		
Ville	Province	Code postal
Téléphone (maison) (    ) -	Téléphone (autre) (    ) -	
<b>Joindre un spécimen de chèques</b>  <input type="checkbox"/>		
Nom du dernier ministère ou organisme employeur		Numéro ministère (facultatif)

<b>SIGNATURE DE LA DEMANDE</b>	
<b>Signature du demandeur</b> <sup>1-2-3</sup>	<b>Date de la demande</b>

<sup>1</sup> Cette demande doit être retournée à la Direction des ressources humaines de votre dernier employeur (ministère /organisme) avec la mention suivante : « Dossier de rétroactivité salariale ».

<sup>2</sup> Si vous êtes un ayant droit, vous devez écrire votre adresse personnelle, joindre l'acte de décès et une preuve attestant de votre droit de recevoir les sommes dues.

<sup>3</sup> Si vous êtes mandataire en vertu d'un mandat en cas d'inaptitude, vous devez écrire votre adresse personnelle et joindre une preuve d'homologation du mandat.