

Nom du service de garde: _____

Adresse: _____

Courriel: _____

Date MM/JJ/AAAA	Période de temps du remplacement	Raison pour le remplacement	Autorisation (SIJE seulement)

Section I

Nombre total d'heures de remplacement:	
Taux de base de suppléante:	
Total partiel:	
4% paye de vacance:	
Total partiel I:	

Section II

Portion de l'employeur - plan de pension du Canada (5.45%)	
Portion de l'employeur - assurance emploi (2.212%)	
Taxe de santé (s'il y a lieu) (après le premier 450 000 \$ de paye)	
Compensation pour employés - WCB (s'il y a lieu)	
Total partiel II:	

Montant total réclamé (section I et section II):		6275-600
--	--	----------

S.V.P. envoyer aux: **Services d'inclusion pour jeunes enfants**
 Attention: Tara Matte
 700, avenue Industrial, bureau 600 Ottawa, Ontario K1G 0Y9
 613-736-1913 poste 229 613-736-8378 (télécopieur)
painvoice@afchildrensservices.ca

février 2021