

# Programme Équipe verte en milieu urbain/locale

## Formulaire de demande de remboursement 2024



Date limite : le 1 novembre 2024

Envoyer par courriel à : [greenteam@gov.mb.ca](mailto:greenteam@gov.mb.ca)

### 1. RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYEUR

Nom de l'organisme : \_\_\_\_\_ N° de dossier : \_\_\_\_\_

### 2. RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ (veuillez utiliser une feuille supplémentaire s'il y a plus de 6 employés)

Nom de l'employé(s)	Première journée de travail pour l'Équipe verte en 2024	Dernière journée de travail pour l'Équipe verte en 2024	Salaire horaire payé par l'organisme (hors congés payés)	Nombre total d'heures travaillées dans le cadre de l'Équipe verte en 2024	Indiquez si l'employé travaillait principalement à temps plein (25 à 40 heures / semaine) ou à temps partiel (jusqu'à 24 heures / semaine)

### 3. COÛTS DES SALAIRES (remboursés en fonction du nombre total d'heures indiqué ci-dessus multiplié par le taux de salaire minimum plus 4 % d'indemnité de congés).

Veuillez joindre ce qui suit à cette demande de remboursement :

- Les documents de paie pour chaque employé de l'Équipe verte indiquent : la date de paiement (y compris l'année), les heures travaillées, le salaire brut (y compris les indemnités de jours fériés et de congé), les retenues salariales et le salaire net. Les sommaires de paie cumulatifs seront acceptés à condition que la date de début en 2024 soit indiquée sur le sommaire. N'envoyez pas de feuilles de temps à moins que nous ne les demandions.  
**REMARQUE : Veuillez noircir tous les numéros d'assurance sociale qui sont visibles sur les registres de paie.**

### 4. COTISATIONS VERSÉES PAR L'EMPLOYEUR AU RÉGIMES D'ASSURANCE-EMPLOI ET DE PENSIONS DU CANADA (indiquer 0 \$ si vous ne réclamez aucun montant)

Détails	Total demandé
Cotisations versées par l'employeur au régimes d'assurance-emploi et de pensions du Canada : <ul style="list-style-type: none"><li>• Peut demandé des remises pour la période pendant laquelle l'employé a été employé dans le cadre du programme Équipe verte.</li></ul>	

### 5. FRAIS DE SOUTIEN (indiquer 0 \$ si vous ne réclamez aucun montant)

Détails	Total demandé
Indemnisation des accidents du travail : <ul style="list-style-type: none"><li>• Inclure un document actuel de la Commission des accidents du travail indiquant le taux de l'année en cours.</li></ul>	
Projet (p. ex., équipement de protection individuelle, vérifications du casier judiciaire, matériaux du projet) : <ul style="list-style-type: none"><li>• Inclure les reçus et une explication des dépenses (la date et année des reçus doit être visible) ou une facture avec une preuve de paiement.</li></ul>	

## 6. SUIVI DES EMPLOYÉS

Si un ou plusieurs employés souhaitent faire une déclaration, cette section peut être complétée par l'employeur en discutant avec les employés énumérés à la section 2 à la fin de leur période d'emploi dans l'Équipe verte.

prénom du (des) employé (s) (lister dans le même ordre que la question 2)	Après votre emploi avec l'Équipe verte cette année, êtes-vous :					Si coché «Employé», combien d'heures par semaine travailliez-vous?	Si coché «Employé», quel est votre salaire horaire?
	Employé	Travailleur autonome	Sans emploi (prends d'autres études)	Sans emploi (à la recherche d'un emploi)	Sans emploi (ne cherche pas de travail)		

prénom du (des) employé (s) (lister dans le même ordre que la question 2)	Veuillez répondre aux trois affirmations ci-dessous en utilisant l'une des notes suivantes: 1-Tout à fait d'accord 2-D'accord 3-Ni en désaccord ni d'accord 4-Pas d'accord 5-Pas du tout d'accord		
	À la suite de ma participation avec l'Équipe verte, ma situation d'emploi s'est améliorée.	À la suite de ma participation avec l'Équipe verte, je suis mieux préparé à trouver et à conserver un emploi.	À la suite de ma participation avec l'Équipe verte, j'ai développé et / ou amélioré mes compétences pour l'emploi.

## 7. SATISFACTION DE L'EMPLOYEUR

Question	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni en désaccord ni d'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Mon organisme a bénéficié de notre participation au programme et aimerions y participer de nouveau dans l'avenir.					
Le programme a répondu aux attentes de mon organisme.					
Suggestions d'amélioration :					

## 8. DÉCLARATION

Je déclare par la présente avoir lu et compris les conditions du programme et je certifie que les renseignements indiqués sur la Demande de remboursement sont vrais et exacts. La signature, à la main ou dactylographiée, de votre nom apparaissant ci-dessous constitue la signature légale de cette Demande de remboursement.

Nom du représentant autorisé de l'organisme : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_