

**UNION OF VETERANS' AFFAIRS EMPLOYEES/
SYNDICAT DES EMPLOYÉ(E)S DES ANCIENS COMBATTANTS**

**TRAVEL EXPENSE VOUCHER/
PIÈCE JUSTIFICATIVE POUR FRAIS DE VOYAGES**

**SUBMITTED BY/
PRÉSENTÉ PAR:** _____

POSITION/POSTE: _____

**Social insurance number/
numéro de sécurité sociale:** _____

**PERIOD COVERED/(INCLUSIVE)/
PÉRIODE DE TEMPS/(INCLUSIVEMENT)**

FROM/Du	To/À

**PURPOSE OF TRIP/
OBJECTIF DU DÉPLACEMENT**

--

**OUT OF POCKET EXPENSES/DÉBOURS
UVAE Reg. 1, Sec. 1/SEAC Rég. 1, Art. 1**

	Number of Days/ nombre de jours	Per Diem Rate/ taux d'indemnité quotidienne	TOTAL
Breakfast/petit-déjeuner			
Lunch/déjeuner			
Dinner/diner			
Incidentals/Faux frais			
Child care expenses/ les frais de garde d'enfants			
		TOTAL	

**TRANSPORTATION COSTS/FRAIS DE TRANSPORT
UVAE Reg. 2, Sec. 2/SEAC Rég. 2, Art. 2**

From/De	To/À
	TOTAL
Air/Avion	
Other/Autre	
Single/Aller	
Return/Retour	
Kms	
	TOTAL

**SUBMITTED BY/
PRÉSENTÉ PAR:** _____

**PERIOD COVERED/(INCLUSIVE)/
PÉRIODE DE TEMPS/(INCLUSIVEMENT)**

FROM/Du	To/À

HOTEL COSTS/ FRAIS D'HÔTEL
UVAE Reg. 2, Sec. 3/SEAC Rég. 2, Art. 3

	TOTAL

OTHER EXPENSES/AUTRES (Specify/ Détailler)
UVAE Reg. 2, Sec. 6 / SEAC Rég. 2, Art. 6

	TOTAL

**Loss of Salary/
perte de salaire**

Classification/ classification	Level and Step/ Niveau et l'étape	Hours/Days heures/jours	

TOTAL

TOTAL EXPENSES/TOTAL DES FRAIS

CPP/PRC

ADVANCE/ AVANCE

TAX/TAXE

**BALANCE OWING/
SOLDE DU**

Signature of Claimant/Signature de requérant
CERTIFIED CORRECT/CERTIFIÉ CONFORME

Date _____

Cheque No./no du Chèque _____

Date _____

Amount _____

Charge to/débité à _____

Approved By/

Approuvé par _____

National President/Présidente nationale

**Authorized Payment/
Paiement Autorisé** _____

**Financial Administration Officer/
agent de l'administration financière**