

**DEMANDE DE REMBOURSEMENT  
EN CAS DE BRIS DE BIENS PERSONNELS  
D'UN MEMBRE DU PERSONNEL DANS L'EXERCICE DE SES FONCTIONS**

**Déclaration**

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ N° d'employé : \_\_\_\_\_

Titre d'emploi : \_\_\_\_\_ Syndicat : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
N° civique, rue, ville, code postal

Direction : \_\_\_\_\_ Installation : \_\_\_\_\_

Date de l'évènement : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_

**Compte rendu de l'évènement**

(Indiquer tous les détails relatifs à la perte ou destruction de l'article ainsi que les personnes impliquées, s'il y a lieu)

Nom des témoins      1<sup>er</sup> \_\_\_\_\_ 2<sup>e</sup> \_\_\_\_\_

**Réclamation**

Nature du bien endommagé ou perdu : \_\_\_\_\_ Valeur : \_\_\_\_\_ \$

Remboursement       Réparation

Dans le cas du remboursement d'un bien endommagé, l'employé cède irrévocablement la propriété du bien au CISSS des Laurentides pour que ce dernier puisse en disposer auprès d'organismes communautaires.

Remarque : \_\_\_\_\_

Signature de l'employé \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**Recommandation et commentaire du supérieur immédiat**

(Attention : seules les réclamations accompagnées de pièces justificatives seront traitées. De plus, le bien détruit ou brisé est réputé adéquat et nécessaire en regard de la fonction exercée.)

Accepté       Refusé

Code d'imputation budgétaire : \_\_\_\_\_

Commentaires :

Signature du supérieur immédiat \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom du supérieur immédiat en lettres moulées \_\_\_\_\_

**Veillez acheminer cette réclamation et les pièces justificatives à la Direction des ressources financières  
au CHSLD des Hauteurs 707, boul. de Sainte-Adèle, Sainte-Adèle (Québec) J8B 2N1. Merci!**