

## Réclamation pour honoraires, frais de séjour et déplacement des interprètes

Nom et prénom ( <i>nom de la firme s'il y a lieu</i> )			
Adresse ( <i>ville</i> )			Code postal
Ind. rég.	N° de téléphone (résidence)	Ind. rég.	N° de téléphone (bureau)
N° de poste		Courriel	
Niveau d'expérience :			
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> Interprète auprès des communautés autochtones		
Endroit de l'affectation			Numéro d'assurance sociale
INTERPRÉTATION DE LA LANGUE ( <i>autre(s) langue(s)</i> ) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

### HEURES DE PRÉSENCE À LA COUR

N° dossier	Date	Avant-midi (heures)		Signature du greffier-aud.	Après-midi (heures)		Signature du greffier-aud.	Soir (heures)		Signature du greffier-aud.
		De	À		De	À		De	À	
Autre(s) langue(s) :										

### HONORAIRES, FRAIS DE SÉJOUR ET DE DÉPLACEMENT (JOINDRE LES PIÈCES JUSTIFICATIVES REQUISES SELON LA DIRECTIVE 7-74)

Je, soussigné, déclare avoir effectué le travail requis et en conséquence, réclame les sommes suivantes :			
<input type="text"/>	heures au taux de	<input type="text"/>	
Autre(s) langue(s)	<input type="text"/>	heures au taux de (25 % du taux horaire)	
<input type="text"/>	heures de déplacement au taux de	<input type="text"/>	
De ( <i>endroit, heure</i> )		À ( <i>endroit, heure</i> )	
De ( <i>endroit, heure</i> )		À ( <i>endroit, heure</i> )	
Traduction	<input type="checkbox"/> Textes réguliers (0.18) X	<input type="text"/>	mots
	<input type="checkbox"/> Textes scientifiques, techniques ou urgents (0.28) X	<input type="text"/>	mots
Automobile	<input type="text"/>	km au taux de	<input type="text"/>
Taxi ou stationnement ou autocar (taxables)		Montant	<input type="text"/>
Taxi ou stationnement ou autocar (pour personnes non taxables)			
Transport en commun ou traversier ou péage (non taxables)			
Indemnité journalière			
Repas			
Autres ( <i>préciser</i> )			
<input type="checkbox"/> Taxable	<input type="checkbox"/> Non-taxable	SOUS-TOTAL	\$
N° T.P.S. :		T.P.S. (5 %)	\$
N° T.V.Q. :		T.V.Q. (9,975 %)	\$
N° facture	Année	Mois	Jour
			N° séquentiel
			<b>TOTAL RÉCLAMÉ</b>
Signature de l'interprète			Date

0400	-	320	-	513010	-	100	-	13255	-	3202019	-	320299
Signature du responsable local										Date		