**Demande de transferts administratifs**

**(À remplir par le gestionnaire ou la comptabilité)**

**Joindre une copie du HSA (heures et salaires accumulés)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de l’ancien établissement :** |  |
| **Identification de la personne salariée** | No matricule : |       |  |
| Nom : |       | Prénom : |       |  |
| Titre d’emploi : |       | Statut : |       |  |
| Unité / service : |       | Téléphone : |       | Poste :  |       |  |
| Nom du supérieur immédiat (dép. d’origine) : |       |  |
|  |  |
|  |
| **Détail de la demande** |
| [ ]  | Transfert de la paie complète | Paie n° : |       |  |  |
| OU |  |
| [ ]  | Transfert partiel des items de rémunération suivants : | Nombre d’heures ou unités : |  |
|  |       |  |       |  |
|  |       |  |       |  |
|  |       |  |       |  |
|  |       |  |       |  |
|  |       |  |       |  |
|  |       |  |       |  |
|  |       |  |       |  |
| Parts patronales à transférer : | [ ]  Oui |  | [ ]  Non |  |  |
| **Acheminez ce formulaire dûment rempli au gestionnaire responsable du département destinataire.** |
|  |
| **Autorisation du gestionnaire responsable du département destinataire** |
| Département destinataire : |       |  |
| Nom du gestionnaire responsable du dép. destinataire : |       | Téléphone : |       |  |
| Signature :  |  | Poste : |       |  |
| **Autorisation de la comptabilité (optionnelle selon la structure interne)** |
| Nom : |       | Signature : |  |  |
| **Acheminez ce formulaire signé à l’adresse courriel : prase.paie.estrie@ssss.gouv.qc.ca** |
|  |
| **Section réservée au service de la paie** |
|  |
| [ ]  Transfert complet | No chèque : |       | Ou [ ]  items :  |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
|  |       |
| Si le transfert occasionne le paiement (ex. : primes), faire le calcul manuellement et passer les corrections au 3B. |
| Codé par :  |       | Paie no : |       | Vérifié par : |       |
|  |