



Formulaire de réclamation de remboursement du coût des services de conseils fiscaux

Énoncé de confidentialité

Les renseignements personnels demandés sur ce formulaire le sont en vertu de la Loi sur la gestion des finances publiques et serviront à évaluer votre réclamation conformément à la Directive sur les paiements. Le refus de fournir les renseignements demandés pourrait retarder ou bloquer le traitement de votre réclamation. Nous pourrions partager les renseignements personnels que vous fournirez avec le Bureau des réclamations du Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada et avec Services publics et Approvisionnement Canada. Vos renseignements personnels seront protégés, utilisés et communiqués conformément à la Loi sur la protection des renseignements personnels et selon les indications données dans le Fichier de renseignements personnels POU 931 (comptes créditeurs). Vos renseignements pourront aussi être utilisés aux fins de rapports financiers et d'évaluation de programmes. Les renseignements seront conservés pendant sept ans après la dernière intervention administrative, puis détruits. La Loi permet aux particuliers de demander accès à leurs renseignements personnels et d'y apporter des corrections. Si vous désirez exercer ce droit ou avez besoin de clarifications au sujet du présent avis de confidentialité, veuillez communiquer avec le coordonnateur de l'accès aux renseignements personnels de votre organisation à <https://www.tbs-sct.gc.ca/hgw-cgf/oversight-surveillance/atip-aiprp/coord-fra.asp>. Si vous n'êtes pas satisfait de la réponse à votre question sur la protection des renseignements personnels, vous pourrez communiquer avec le Commissariat à la protection de la vie privée, par téléphone au 1-800-282-1376 ou par courriel à info@priv.gc.ca.

Le présent formulaire est destiné au traitement des réclamations des employés actuels ou antérieurs qui ont connu des problèmes de paye causés par le système de paye Phénix et qui demandent un remboursement du coût des services de conseils fiscaux. **Vous devez soumettre un formulaire distinct pour chaque année que vous souhaitez réclamer.**

Veuillez noter que le présent formulaire peut être utilisé uniquement pour les réclamations de remboursement du coût des services de conseils fiscaux. Toutes les autres réclamations de dépenses personnelles liées au système de paye Phénix doivent être effectuées à l'aide du formulaire **TBS/SCT 330-0321**.

Section 1 : Coordonnées du réclamant

CIDP	Nom	Prénom
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ministère ou institution	Direction, division ou section	Courriel
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse (numéro et rue, numéro d'appartement)	Ville, province ou territoire, code postal	Numéro de téléphone
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Section 2 : Année d'imposition (en choisir seulement une) et montant réclamé

Services de conseils fiscaux pour l'année d'imposition (veuillez mentionner l'année d'imposition applicable)	<input type="text"/>	Montant réclamé (maximum de 200 \$, taxes incluses)	\$ <input type="text"/>
---	----------------------	--	-------------------------

Important : En plus du présent formulaire, vous devez présenter un reçu valide du montant réclamé délivré par un comptable professionnel accrédité ou un particulier ou un cabinet qui se spécialise en prestation de conseils fiscaux ou de services de préparation. Il se peut que des renseignements supplémentaires vous soient demandés concernant des détails de tout reçu fourni.

Remarque : Les services de rapprochement de la paye ne sont pas admissibles à un remboursement.

Section 2.1 : Décrivez brièvement votre problème de paye et son lien avec l'année d'imposition sélectionnée à la Section 2 (ci-dessus)

Section 3 : Attestation, consentement et certifications

3.1 Attestation des problèmes liés au système de paye Phénix

J'atteste que j'ai éprouvé des problèmes de paye causés par le système de paye Phénix au cours de l'année mentionné ci-dessus [la même année d'imposition que la Section 2 ci-dessus] et que j'ai eu recours à des services de conseils fiscaux pour m'aider à comprendre les répercussions de ces problèmes sur ma situation fiscale et/ou pour m'aider à procéder aux rapprochements requis ou à produire ma déclaration de revenus. Je reconnais qu'une validation et une vérification séparées de ces problèmes causés par le système de paye Phénix peuvent être menées par mon ministère ou institution d'attache, le Bureau des réclamations du Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada ou Services publics et Approvisionnement Canada, et qu'il est possible qu'on me demande de fournir d'autres documents à l'appui.

Initiales de l'employé

Section 3 : Attestation, consentement et certifications (suite)

3.2 Consentement quant à l'utilisation des renseignements

En signant ce formulaire, je consens à la communication de mes renseignements personnels au Bureau des réclamations du Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada. Aux fins du traitement de cette réclamation, mes renseignements peuvent être partagés avec Services publics et Approvisionnement Canada.

Initiales de l'employé

3.3 Certification en matière de griefs

Avez-vous, vous-même ou une autre personne qui est aussi fonctionnaire fédéral, déposé un grief au sujet des dépenses indiquées dans cette réclamation pour le remboursement du coût de services de conseils fiscaux?

Initiales de l'employé

Oui Non Si oui, veuillez indiquer le numéro de référence du grief : _____

3.4 Certification en matière de quittance

Le réclamant accepte de régler la présente réclamation pour le remboursement du coût des services de conseils fiscaux pour l'année mentionné ci-dessus [la même année d'imposition que la Section 2 ci-dessus] d'un montant de _____ \$. Le réclamant convient que les conditions suivantes satisfont pleinement à la présente réclamation :

Initiales de l'employé

- Le réclamant convient de ne déposer ou de ne continuer aucun grief ni aucune plainte, poursuite et réclamation contre l'employeur relativement à cette réclamation pour le remboursement du coût de services de conseils fiscaux pour l'année d'imposition indiquée.
- La quittance est établie sans préjudice à la position que l'employeur pourrait adopter dans des cas semblables ou identiques et elle ne constitue pas un précédent.
- Par la présente quittance, l'employeur ou ses représentants ne reconnaissent aucun acte répréhensible, aucune responsabilité ni aucune obligation.

Il est entendu et convenu que la présente quittance ne prend effet que lorsque la somme de _____ \$ aura été payée au réclamant au nom de l'employeur.

Certification de la réclamation

- Je certifie que les dépenses réclamées sur le présent formulaire n'ont pas été réclamées auparavant par moi ou par une autre personne qui est aussi fonctionnaire fédéral.
- Je certifie que les énoncés faits sur ce formulaire sont véridiques et complets.
- En apposant mes initiales aux sections 3.1 à 3.4, je confirme que j'ai lu et que j'accepte chacune des sections.

Prière de noter que les réclamations soupçonnées frauduleuses pourront être renvoyées aux autorités compétentes au sein de votre ministère ou institution, y compris à son agent de sécurité ou dirigeant principal des finances, à des fins d'examen plus approfondi conformément à la législation applicable.

Si vous n'êtes pas satisfait de la décision concernant votre réclamation, vous pouvez contester la décision en déposant un grief, conformément à votre convention collective ou à la Loi sur les relations de travail dans la fonction publique et à ses Règlements.

Date	Signature du réclamant	Numéro de téléphone
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Section 4 : Attestation de l'autorité ministérielle chargée des réclamations

Ma signature apposée ci-dessous atteste ce qui suit :

Montant réclamé

- Le réclamant a rempli correctement le présent formulaire.
- Le réclamant a présenté les pièces justificatives requises à l'appui du remboursement du coût des services de conseils fiscaux.
- En vertu de l'article 34 de la Loi sur la gestion des finances publiques, j'ai le pouvoir d'attestation afin d'émettre le paiement au nom de l'administrateur général de mon organisation.

Nom	Titre
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Signature	Date
<input type="text"/>	<input type="text"/>