



Numéro de contrôle : (*usage interne seulement*)

DIRECTION DES COMITÉS
COMMITTEES DIRECTORATE

Taux en vigueur le 1^{er} octobre 2024

Formulaire de demande de remboursement des frais des témoins devant un comité du Sénat

Instructions

1. Examinez la procédure et les lignes directrices relatives aux demandes de remboursement des frais des témoins devant un comité du Sénat.
2. Remplissez tous les champs pertinents du présent formulaire avec les renseignements sur vos dépenses.
3. Signez le formulaire.
4. Envoyez le formulaire avec toutes les pièces justificatives au greffier du comité **dans les 60 jours civils** suivant votre comparution. Vous pouvez l'envoyer par courriel ou par courrier ordinaire (en franchise postale) à l'adresse suivante :

Direction des comités
Le Sénat du Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 0A4
Canada

A. Renseignements sur les témoins (*obligatoires*)

Nom :

Comité :

Organisation : (*le cas échéant*)

Date de comparution :

B. Renseignements relatifs au remboursement (*obligatoires*)

Remboursement payable à :

Mode de paiement du remboursement :

Téléphone :

Courriel :

Adresse postale

Rue et numéro :

Appartement/pièce :

Ville :

Province/État :

Code postal :

Pays :

C. Dépenses (obligatoires)

Transport

Voir la section 1.0 des lignes directrices. Assurez-vous de joindre des copies des reçus et des pièces justificatives lorsque vous présentez votre demande.

Avion : Train : Autobus : Total :

Véhicule personnel : Kilométrage : Total :

Frais de stationnement et/ou de péage :

Taxis, navettes et traversiers :

Autre : (veuillez préciser)

Montant réclamé pour le transport :

Hébergement

Voir la section 2.0 des lignes directrices. Assurez-vous de joindre des copies des reçus et des pièces justificatives lorsque vous présentez votre demande.

Hôtel :

Logement privé non commercial :
(50 \$/nuit; aucun reçu requis)

Montant réclamé pour l'hébergement :

Repas et frais accessoires

Voir la section 3.0 des lignes directrices sur les dépenses admissibles. Aucun reçu n'est requis.

Petit déjeuner Date(s) : Nombre : Taux : Total :

Déjeuner Date(s) : Nombre : Taux : Total :

Dîner Date(s) : Nombre : Taux : Total :

Frais accessoires Date(s) : Nombre : Taux : Total :

Montant total réclamé au titre des repas et des frais accessoires :

Casque d'écoute

Voir la section 4.0 des lignes directrices. Assurez-vous de joindre des copies des reçus lorsque vous présentez votre demande.

Montant réclamé pour un Casque d'écoute approuvé :

Mesures d'adaptation pour l'accessibilité (*l'autorisation préalable du greffier du comité est requise*)

Voir la section 5.1 des lignes directrices. Assurez-vous de joindre des copies des reçus lorsque vous présentez votre demande.

Montant réclamé pour l'adaptation :

Services de soutien et de consultation en santé mentale (*usage interne : 8310*)

(l'autorisation préalable du greffier du comité est requise)

Voir la section 5.2 des lignes directrices. Assurez-vous de joindre des copies des reçus lorsque vous présentez votre demande.

Montant réclamé pour les services de soutien et de consultation en santé mentale :

Autre – veuillez préciser (*l'autorisation préalable du greffier du comité est requise*)

Autre montant réclamé :

Remboursement total demandé :

Renseignements supplémentaires : (*le cas échéant*)

D. Attestation du témoin (*obligatoire*)

Je certifie par la présente que j'ai dépensé les montants indiqués, ou qu'ils ont été dépensés en mon nom par l'organisation que je représente, que ces derniers sont exacts et finaux à tout point de vue, et que ces frais sont directement afférents à cette comparution devant le comité susmentionné. En outre, je certifie que je n'ai demandé et ne demanderai aucun remboursement d'une autre source pour ces dépenses.

Date :

Signature du témoin :

E. Autorisation de dépôt direct (*facultatif*)

Veillez remplir cette section si vous souhaitez vous inscrire au dépôt direct (ou pour mettre à jour vos renseignements bancaires). Veuillez joindre un chèque annulé de votre banque (ou une photocopie/image). Cette option ne peut être utilisée que pour les paiements déposés au Canada. Un courriel vous avisant du dépôt direct vous sera transmis à l'adresse indiquée à la section B du présent formulaire.

À titre de bénéficiaire des paiements ou de représentant, j'autorise le receveur général à déposer les paiements directement dans le compte bancaire associé au chèque (ou à la photocopie) en pièce jointe, et ce, jusqu'à nouvel ordre.

Date :

Signature du témoin :

F. Attestation interne (*à remplir par le greffier du comité*)

Conformément à l'article 12-24 du *Règlement du Sénat*, je certifie que le témoin s'est présenté devant le comité sur invitation ou citation à comparaître.

Date :

Signature du président ou du greffier du comité :

Numéro de référence du comité :

Ordre de renvoi : (*numéro du projet de loi ou de l'étude spéciale*)

Date de la réception par le greffier :

Date de l'envoi aux Finances :

Notes :