

# CSHO

## Formulaire de capitation mensuel

ISSUE PAR: LA SECRÉTAIRE TRÉSORIÈRE DU CSHO

ADRESSÉ À: LE (LA) TRÉSORIER (ÈRE) DE LA SECTION LOCALE \_\_\_\_\_ SCFP.

Veuillez s.v.p. remettre le formulaire, ainsi que votre chèque, à la secrétaire trésorière du CSHO. Ce formulaire peut être téléchargé et rempli en ligne à <https://ochu.on.ca/resources-for-locals/>. Nous vous prions de bien vouloir garder une copie, pour vos dossiers, et veuillez envoyer la copie originale à [admin@ochu.on.ca](mailto:admin@ochu.on.ca) ou:

CSHO/SCFP  
OCHU, Dupont RPO, P.O Box 40009, Toronto, ON, M5R 0A2

La suivante doit être rempli par le (la) trésorier(ère) de votre section locale:

Date de l'envoi du rapport: \_\_\_\_\_

Comptant le mois de: \_\_\_\_\_

Le montant de capitation est en vigueur à compter du 1e Oct 1, 2024 - Sep 30, 2024

Description	NOMBRE DE MEMBRES	LA CAPITATION*	TOTAL
TEMPS PLEIN (30h et plus, par mois)		X 3,43 \$	
TEMPS PARTIEL (30h et plus, par mois)		X 3,43 \$	
TEMPORAIRE (moins de 30h, par mois)		X 1,78 \$	
TOTAL			

\*Tel que l'indique l'article 6.1 et 6.2 du Règlement du CSHO, le montant de la capitation augmentera du pourcentage d'augmentation salariale négocié de façon central.

CERTIFIÉ: \_\_\_\_\_  
(Signature du (de la) trésorier(ère) de la section locale)

Adresse du (de la) trésorier (ère):

Nom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_ Province: \_\_\_\_\_

Section Locale: \_\_\_\_\_ Code Postal: \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone:

Maison: \_\_\_\_\_ Travail: \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_