

# **STEWARD FACTSHEET**

## **FEUILLE DE ROUTE SYNDICALE**

PUBLIC SERVICE ALLIANCE OF CANADA

ALLIANCE DE LA FONCTION PUBLIQUE DU CANADA

.....

1. **WHO**

**QUI**

A **UNION REPRESENTATIVE**

**REPRÉSENTANT-E SYNDICAL-E**

(Who completed the fact sheet)

(Qui a complété la feuille de route)

Name - Nom \_\_\_\_\_

Home Address - Adresse à domicile \_\_\_\_\_

Postal Code postal \_\_\_\_\_

Work Address - Adresse au travail \_\_\_\_\_

Postal Code postal \_\_\_\_\_

Tel - Tél. Home - À domicile \_\_\_\_\_

Work - Au travail \_\_\_\_\_

Fax - Téléc. Home - À domicile \_\_\_\_\_

Work - Au travail \_\_\_\_\_

Component - Élément \_\_\_\_\_

Local No. - No. de la section locale \_\_\_\_\_

**B GRIEVOR(S)/COMPLAINANT(S) - REQUÉRANT-E(S)**

(If more than one, attach list with name, address, phone no. for each)

(Si plus d'un, joindre des noms, adresses, nos de téléphone)

Name in full - Nom et prénom(s) \_\_\_\_\_

Home Address - Adresse à domicile \_\_\_\_\_

Code postal code \_\_\_\_\_

Tel - Tél. Home - À domicile \_\_\_\_\_

Work - Au travail \_\_\_\_\_

Fax - Téléc. Home - À domicile \_\_\_\_\_

Work - Au travail \_\_\_\_\_

Bargaining Unit - Unité de négociation \_\_\_\_\_

Classification \_\_\_\_\_

Employer or Department - Employeur ou Ministère \_\_\_\_\_

Branch - Direction (Section) \_\_\_\_\_

**C EMPLOYER REPRESENTATIVE OR IMMEDIATE SUPERVISOR**

**REPRÉSENTANT-E DE LA GESTION OU SURVEILLANT-E IMMÉDIAT-E**

Name - Nom \_\_\_\_\_

Title - Titre \_\_\_\_\_

Address - Adresse \_\_\_\_\_



**D WITNESSES - TÉMOINS**

1) Name - Nom \_\_\_\_\_

Address - Adresse \_\_\_\_\_

Tel. - Tél. \_\_\_\_\_ Union Witness  Employer Witness   
Témoïn syndical Témoïn patronal

Provided statement - Willing to testify Yes  No  Unknown   
A produit une déclaration -  
Consent à témoigner Oui  Non  Non connu

2) Name - Nom \_\_\_\_\_

Address - Adresse \_\_\_\_\_

Tel. - Tél. \_\_\_\_\_ Union Witness  Employer Witness   
Témoïn syndical Témoïn patronal

Provided statement - Willing to testify Yes  No  Unknown   
A produit une déclaration -  
Consent à témoigner Oui  Non  Non connu

3) Name - Nom \_\_\_\_\_

Address - Adresse \_\_\_\_\_

Tel. - Tél. \_\_\_\_\_ Union Witness  Employer Witness   
Témoïn syndical Témoïn patronal

Provided statement - Willing to testify Yes  No  Unknown   
A produit une déclaration -  
Consent à témoigner Oui  Non  Non connu

4) Name - Nom \_\_\_\_\_

Address - Adresse \_\_\_\_\_

Tel. - Tél. \_\_\_\_\_ Union Witness  Employer Witness   
Témoïn syndical Témoïn patronal

Provided statement - Willing to testify Yes  No  Unknown   
A produit une déclaration -  
Consent à témoigner Oui  Non  Non connu

List names, addresses and telephone numbers of any additional witnesses on a separate sheet, indicating whether for the grievor or management.

Consigner sur un feuillet distinct les noms, adresses et numéros de téléphone des autres témoins en précisant si ce sont les témoins du requérant ou de l'employeur s'il y en a d'autres.

**2 FACTS OF THE COMPLAINT OR GRIEVANCE - FAITS SE RAPPORTANT À LA PLAINTÉ  
OU AU GRIEF**

A The minimum required here is:  
Minimum de renseignements à recueillir sous cette rubrique:

WHEN the act or omission occurred (times and dates). WHERE it occurred (exact location, department and section) and WHAT occurred.  
QUAND l'acte ou l'omission s'est-il produit (nombre de fois et dates). OÙ l'incident s'est produit (lieu exact, ministère et section) et QUE s'est-il produit.

B List any pertinent documents, and when received or dispatched by grievor or Union.  
Indiquer quels sont les documents pertinents et quand le syndicat ou le plaignant-e les a reçus ou envoyés.

3 **WHY IS THIS CONSIDERED TO BE A COMPLAINT OR GRIEVANCE?**  
**POURQUOI L'INCIDENT EST-IL CONSIDÉRÉ COMME MOTIF À PLAINTE OU À GRIEF?**

Include the ARTICLE of the collective agreement or SECTION of the legislation if applicable.  
Citer l'ARTICLE de la convention collective ou l'ARTICLE de la loi, s'il y a lieu.

---

4 **WANT - (CORRECTIVE ACTION REQUESTED)**  
**DEMANDE - (REDRESSEMENT DEMANDÉ)**

- should place the complainants or grievors in exactly the same position in which they would have been, had the incident not occurred. **(Do not forget to request that grievor(s) be made whole).**
- pour que les plaignant-e-s ou les requérant-e-s soient exactement dans la même position où ils auraient été si l'incident ne s'était pas produit. **(N'oubliez pas d'inscrire une demande de redressement intégral/total).**

---

5 **TIME LIMITS - DÉLAIS IMPARTIS**

Date of incident - Date de l'incident \_\_\_\_\_

- |  |  |
|--|--|
| 1. Deadline for filing grievance/complaint<br>Dernier jour pour déposer le grief/plainte _____ | 4. Date reply received<br>Date de la réception de la réponse _____                                     |
| 2. Date filed<br>Déposé(e) le _____  | 5. Deadline for transmittal to next level<br>Dernier jour pour la transmission au palier suivant _____ |
| 3. Deadline for reply<br>Dernier jour pour la réponse _____                                    | 6. Date transmitted to next level<br>Date de transmission au palier suivant _____                      |