

How to fill in a Leave Form:

For indeterminate or term employees please note to use the leave under “type” for most leave requests.

Government of Canada / Gouvernement du Canada

Leave Application and Absence Report / Demande de congé et rapport d'absence

Personal information will be protected under the provisions of the Privacy Act. / Les renseignements personnels seront protégés en vertu de la Loi sur la protection des renseignements personnels.

PROTECTED / PROTÉGÉ

Pay List No. – N° de Liste de paye: *1501

Type of application – Genre de demande: *☒ Original or Première ou ☐ Amendment to original / Modification de la première demande

Complete if amendment – Remplir seulement s'il s'agit d'une modification

Type of Leave (CODE) / Type de congé (CODE): *
Date of original request / Date de la première demande: *

Employee Surname – Nom de famille de l'employé: *
Given names / Initials – Prénom / Initiales: *
Personal Record Identifier / Code d'identification de dossier personnel: *

Department – Ministère: *DND
Branch / Division / Section – Direction / Division / Section: *Office of the DND/CAF Ombudsman
Address – Adresse: *100 Metcalfe Street

Type	Code	From – De		To – À		Hours and decimals / Heures et décimales
		Hour / Heure	Y-A M D-J	Hour / Heure	Y-A M D-J	
Vacation / Vacances	110					
Sick (Uncertified) / Congé de maladie (sans certificat)	210					
Sick (certified) / Congé de maladie (avec certificat)	220					
Sick without pay / Congé de maladie non payé	230					
Furlough / Congé d'ancienneté	310					
Leave without pay / Congé non payé	*999	*8:00	*2017-08-24	*4:00	*2017-08-24	*7.5

For all other leave types requested, give reason(s) here and/or quote article and sub-article of applicable agreement. / Pour tout autre type de congés, indiquez ci-dessous la(les) raison(s) et/ou citez l'article de la convention collective applicable.

On: I declare on my honour that due to illness or injury, I am unable to perform the duties of my position during the entire period of leave requested as indicated. / Je déclare sur mon honneur avoir été incapable de remplir les fonctions de mon poste pendant toute la période d'absence pour laquelle j'ai demandé un congé de maladie ou de blessure, de remplir les fonctions de mon poste pendant toute la période d'absence pour laquelle j'ai demandé un congé de maladie ou de blessure.

Form, NHW 500 – Certificat médical, formule SBS 500. / Formulaire, NHW 500 – Certificat médical, formule SBS 500.

Medical certificate attached / Certificat médical joint: ☐ Attached / Annexé ☐ To follow / À suivre ☐ Previously submitted / Soumis antérieurement

Approved by authorized officer – Approuvé par l'agent autorisé

Supervisor's signature – Signature du superviseur: *
Date: *

Report of accident on duty / Rapport relatif à un accident durant les heures de service

☐ Attached / Annexé ☐ To follow / À suivre ☐ Previously submitted / Soumis antérieurement

Employee's signature – Signature de l'employé(e): *
Date: *

I request leave as stated above / Je demande un congé pour la raison indiquée ci-dessus

Compressed work week / Semaine de travail comprimée: ☐ Yes / Oui ☐ No / Non

Employee's signature – Signature de l'employé(e): *
Date: *

Leave recorded / Congé enregistré: *
Init.: *
Date: *

Pay form (if applicable) / Formulaire de paye (au besoin): *
Init.: *
Date: *

QC-178 (94-02)

If you have been sick please **sign and date here**. If you have a Doctor's note please indicate and attach when sending it to your manager.

If you are only requesting leave please **sign and date here**.

Your **Supervisor** should sign and date as Recommended and their supervisor should sign and date as the **Authorized Officer**. This is sometimes the same person.