



CANADA – WELLNESS PROGRAM/ PROGRAMME SANTÉ ET BIEN-ÊTRE

Application for Reimbursement/ Demande de remboursement

Employee Name/ Nom de l'employé:	Department/ Département:
MUID:	Date of Hire/ Date d'embauche:

Wellness Organization or Home Gym/ Salle de sport ou salle de sport à domicile

Name of Wellness Organization/ Nom de la salle de sport

Cost of Membership or Equipment/ Coûts de l'adhésion ou des équipements

Dates of Membership or Purchase Date/
Date de l'adhésion ou date d'achat

Description:

Indicate any dependents to be included in this membership/ Indiquez toute personne à charge incluse dans cette adhésion:

Dependent Name/ Nom de la personne à charge	Relationship/Relation

This form should be submitted to [HR4You](#). Attach documentation from the organization, which describes the facilities or services available through this program and **official receipts** for the associated fees. Applications that do not have the required documentation and receipts will not be processed./ Ce formulaire doit être envoyé à [HR4You](#). Veuillez y joindre les documents de la salle de sport décrivant les équipements ou services disponibles dans le cadre du programme et les **reçus officiels** pour les frais correspondants. Les demandes ne comportant pas les documents et reçus nécessaires ne seront pas traitées.

Employees must be actively employed at the time of reimbursement to receive payment./ Les employés doivent être activement employés au moment du remboursement pour pouvoir recevoir le paiement.

Reimbursement will be the cost of health club membership and/or any approved wellness-related program up to \$600 per year for Permanent Full-Time Employees. For all new employees, the reimbursement amount of \$600 per year will be pro-rated based on your start date./ Le remboursement porte sur le coût d'adhésion à une salle de sport et/ou de tout programme de santé approuvé jusqu'à un maximum de 600 \$ par an pour les employés à plein temps permanents. Pour tous les nouveaux employés, un prorata du montant de remboursement maximal de 600 \$ par an sera calculé en fonction de la date d'embauche.

Employees will be required to reimburse the Company if they voluntarily terminate employment within three (3) months after receiving reimbursement. I consent to the repayment of the reimbursed Wellness amounts owed through payroll deduction./ Les employés devront rembourser l'entreprise s'ils démissionnent volontairement dans les trois (3) mois suivant la réception du paiement. Je consens au remboursement du montant dû dans le cadre du programme de santé et bien-être par déduction sur mon salaire.

Signature

Date

Final submission date for annual Wellness Reimbursement Claims is **December 2**. Late submissions will not be accepted./ La date limite de soumission des demandes annuelles de remboursement des frais de bien-être est le **2 décembre**. Les soumissions tardives ne seront pas acceptées.

To be completed by HUMAN RESOURCES	
Reimbursement amount paid to Employee	
HR ticket Number	
HR Approver	
Date	