



FORMULAIRE DE RAPPORT DE CONTRIBUTION

Envoyez un courriel à AR@iatsetrainingtrust.org si vous avez des questions.

COORDONNÉES DE L'EMPLOYEUR	
TYPE D'ENTREPRISE	<input type="radio"/> CINÉMA ET TÉLÉVISION <input type="radio"/> SCÉNOGRAPHIE <input type="radio"/> SALON PROFESSIONNEL
EMPLOYEUR SIGNATAIRE	TITRE DE PRODUCTION (S'IL Y A LIEU)
SOCIÉTÉ DE PAIE	NOM DE LA PERSONNE-RESSOURCE DE L'ÉMETTEUR DE CHÈQUES
ADRESSE E-MAIL DE CONTACT	TÉLÉPHONE DE CONTACT

RAPPORTS Sélectionnez le calendrier de déclaration applicable selon votre convention collective	
<input type="radio"/>	% DU SALAIRE BRUT VERSÉ À TOUS LES EMPLOYÉS COUVERTS
	MOIS ET ANNÉE DÉCLARÉS
	TOTAL DES SALAIRES BRUTS VERSÉS À TOUS LES EMPLOYÉS COUVERTS
	MONTANT TOTAL DES COTISATIONS DUES
<i>VEUILLEZ FOURNIR UNE LISTE DE TOUS LES EMPLOYÉS COUVERTS ET DE LEUR SALAIRE BRUT POUR CETTE PÉRIODE DE PAIE</i>	

<input type="radio"/>	PAR HEURE POUR CHAQUE HEURE TRAVAILLÉE OU GARANTIE À TOUS LES EMPLOYÉS COUVERTS
	MOIS ET ANNÉE DÉCLARÉS
	NOMBRE TOTAL D'HEURES TRAVAILLÉES OU GARANTIES
	MONTANT TOTAL DES COTISATIONS DUES
<i>VEUILLEZ FOURNIR UNE LISTE DE TOUS LES EMPLOYÉS COUVERTS ET LE NOMBRE TOTAL D'HEURES TRAVAILLÉES OU GARANTIES</i>	

CONTRIBUTIONS ET RAPPORTS DE VERSEMENT NON REÇUS PAR LEUR LES DATES D'ÉCHÉANCE SONT ASSUJETTIES À DES INTÉRÊTS, À DES FRAIS DE RETARD OU À DES DOMMAGES-INTÉRÊTS LIQUIDÉS

Veillez remettre un chèque à l'ordre du **IATSE Training Trust Fund** à l'ordre de :
PO Box 51317
Los Angeles, CA 90051-5617