Government of Northwest Territories
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest

APPLICATION
OVERTIME AVERAGING ORDER

DEMANDE D'ORDONNANCE POUR L'ÉTABLISSEMENT D'UNE MOYENNE DES HEURES SUPPLÉMENTAIRES

Employer's Name: Nom de l'employeur :		
Address (Street, Box No., Apt No.): Adresse (rue, case postale, n° d'app.) :		
Contact: Personne-ressource :		
Phone No.: N° de téléphone :	Fax No.: N° de télécopieur :	Email Address: Courriel :
Type of Business: Type d'entreprise :		Location of Work: Lieu de travail :
No. of Employess in the NWT: Nbre d'employés aux TNO :		No. of Employess Affected: Nbre d'employés touchés :

Is this work at a mine site? ☐ Yes / Oui ☐ No / Non
Le lieu de travail se trouve-t-il sur un site minier?

If "**Yes**" is Your Work: ☐ Underground / sous terre ☐ Surface / en surface
Si « **oui** », travaillez-vous :

Are employees represented by a Trade Union? ☐ Yes / Oui ☐ No / Non
Les employés sont-ils représentés par un syndicat?

If "**Yes**" Does this "Application to Overtime Averaging" coincide with Collective Agreement? ☐ Yes / Oui ☐ No / Non
Si « **oui** », la présente demande respecte-t-elle la convention collective?

Employees to be Affected: (specify job titles and description of duties – attach additional sheets if required)
Employés touchés : (Indiquez leur titre de poste et décrivez leurs fonctions – joignez des feuilles supplémentaires, si nécessaire.)

Special Conditions – *Employment Standards Act* – Subsection 11 (1) and 11 (2) – Employees could be required to work shifts of irregular lengths, or on a regular basis of more than eight hours per day, without the payment of overtime, as long as specified number of hours are not exceeded within a specified period. **Indicate the nature of the arrangement requested, and the basis on which overtime shall be paid.**	Conditions particulières en vertu des paragraphes 11(1) et 11(2) de la *Loi sur les normes d'emploi* – Les employés pourraient devoir travailler des quarts de durée irrégulière ou, de plus de huit heures par jour de façon régulière sans rémunération supplémentaire, à condition que, dans une période donnée, le nombre d'heures précisé ne soit pas dépassé. **Indiquez la nature de l'entente demandée, et la base sur laquelle les heures supplémentaires seront rémunérées.**

Period of Order Requested (**must be 1 year in length** unless there is a Collective Agreement)
Durée de l'ordonnance demandée (**doit être d'un an**, sauf si une convention collective s'applique)

From (YYYY/MM/DD):
Du (AAAA-MM-JJ) : _____

To (YYYY/MM/DD):
Au (AAAA-MM-JJ) : _____

An Order may be revoked at any time prior to the expiration date thereof by notification in writing from the Employment Standards Officer. **Submit completed application to:** **Employment Standards** Department of Education, Culture and Employment Box 1320 Yellowknife, NT X1A 2L9 Phone: (867) 767-9351 option 3 Toll-Free: 1-888-700-5707 Fax: (867) 873-0483 Email: employment_standards@gov.nt.ca	L'agent des normes d'emploi peut révoquer une ordonnance par écrit à tout moment avant sa date d'expiration. **Envoyez votre formulaire de demande rempli à l'adresse suivante :** **Normes d'emploi** Ministère de l'Éducation, de la Culture et de la Formation C. P. 1320 Yellowknife NT X1A 2L9 Téléphone : 867-767-9351, option 3 Sans frais : 1-888-700-5707 Télécopieur : 867-873-0483 Courriel : employment_standards@gov.nt.ca

A. To be Completed if Employees are Represented by a Trade Union
À remplir si les employés sont représentés par un syndicat

Employer Representative: Représentant patronal :	
Title: Titre :	
Signature: Signature : PLEASE PRINT FORM TO SIGN VEUILLEZ IMPRIMER LE FORMULAIRE POUR LE SIGNER	Date (YYYY/MM/DD): Date (AAAA-MM-JJ) :
Name of Union: Nom du syndicat :	
Address of Union: Adresse du syndicat :	
Business Agent (print): Agent syndical (en caractères d'imprimerie) :	
Signature: Signature : PLEASE PRINT FORM TO SIGN VEUILLEZ IMPRIMER LE FORMULAIRE POUR LE SIGNER	Date (YYYY/MM/DD): Date (AAAA-MM-JJ) :
President of Local (print): Président de la section locale (en caractères d'imprimerie) :	
Signature: Signature : PLEASE PRINT FORM TO SIGN VEUILLEZ IMPRIMER LE FORMULAIRE POUR LE SIGNER	Date (YYYY/MM/DD): Date (AAAA-MM-JJ) :
Please include copies of the sections of the Collective Agreement that address hours of work and payment of overtime with your application.	**Veuillez joindre à votre demande des copies de la partie de la convention collective qui traitent des heures de travail et du paiement d'heures supplémentaires.**

B. To be Completed if Employees are NOT Represented by a Trade Union
À remplir si les employés ne sont pas représentés par un syndicat

The consent of a majority of the employees affected is required.

We, the employees of the above employer, hereby consent to our employer being issued an Order under the *Employment Standards Act*, subject to the above conditions. We acknowledge that these conditions have been explained to us by our employer and we understand that our employer must not pressure us to give our consent. We further understand that if any pressure has been put on us to give our consent, we may contact the Employment Standards Office at:

Employment Standards
Department of Education, Culture and Employment
Box 1320
Yellowknife, NT X1A 2L9

Phone: (867) 767-9351 option 3
Toll-Free: 1-888-700-5707
Fax: (867) 873-0483
Email: employment_standards@gov.nt.ca

Le consentement de la majorité des employés touchés est requis.

Nous, employés de l'employeur précité, consentons par la présente à ce que notre employeur reçoive une ordonnance en vertu de la *Loi sur les normes d'emploi*, selon les conditions précitées. Nous reconnaissons que notre employeur nous a expliqué ces conditions et nous comprenons que notre employeur ne doit pas exercer des pressions pour que nous donnions notre consentement. Nous comprenons également que s'il a exercé des pressions sur nous pour que nous donnions notre consentement, nous pouvons communiquer avec le Bureau des normes d'emploi à l'adresse suivante :

Normes d'emploi
Ministère de l'Éducation, de la Culture et de la Formation
C. P. 1320
Yellowknife NT X1A 2L9

Téléphone : 867-767-9351, option 3
Sans frais : 1-888-700-5707
Télécopieur : 867-873-0483
Courriel : employment_standards@gov.nt.ca

Name (print) Nom (en caractères d'imprimerie)	Signature	Name (print) Nom (en caractères d'imprimerie)	Signature
	PLEASE PRINT FORM TO SIGN VEUILLEZ IMPRIMER LE FORMULAIRE POUR LE SIGNER		PLEASE PRINT FORM TO SIGN VEUILLEZ IMPRIMER LE FORMULAIRE POUR LE SIGNER
	PLEASE PRINT FORM TO SIGN VEUILLEZ IMPRIMER LE FORMULAIRE POUR LE SIGNER		PLEASE PRINT FORM TO SIGN VEUILLEZ IMPRIMER LE FORMULAIRE POUR LE SIGNER
	PLEASE PRINT FORM TO SIGN VEUILLEZ IMPRIMER LE FORMULAIRE POUR LE SIGNER		PLEASE PRINT FORM TO SIGN VEUILLEZ IMPRIMER LE FORMULAIRE POUR LE SIGNER
	PLEASE PRINT FORM TO SIGN VEUILLEZ IMPRIMER LE FORMULAIRE POUR LE SIGNER		PLEASE PRINT FORM TO SIGN VEUILLEZ IMPRIMER LE FORMULAIRE POUR LE SIGNER
	PLEASE PRINT FORM TO SIGN VEUILLEZ IMPRIMER LE FORMULAIRE POUR LE SIGNER		PLEASE PRINT FORM TO SIGN VEUILLEZ IMPRIMER LE FORMULAIRE POUR LE SIGNER
	PLEASE PRINT FORM TO SIGN VEUILLEZ IMPRIMER LE FORMULAIRE POUR LE SIGNER		PLEASE PRINT FORM TO SIGN VEUILLEZ IMPRIMER LE FORMULAIRE POUR LE SIGNER
	PLEASE PRINT FORM TO SIGN VEUILLEZ IMPRIMER LE FORMULAIRE POUR LE SIGNER		PLEASE PRINT FORM TO SIGN VEUILLEZ IMPRIMER LE FORMULAIRE POUR LE SIGNER
	PLEASE PRINT FORM TO SIGN VEUILLEZ IMPRIMER LE FORMULAIRE POUR LE SIGNER		PLEASE PRINT FORM TO SIGN VEUILLEZ IMPRIMER LE FORMULAIRE POUR LE SIGNER
	PLEASE PRINT FORM TO SIGN VEUILLEZ IMPRIMER LE FORMULAIRE POUR LE SIGNER		PLEASE PRINT FORM TO SIGN VEUILLEZ IMPRIMER LE FORMULAIRE POUR LE SIGNER
	PLEASE PRINT FORM TO SIGN VEUILLEZ IMPRIMER LE FORMULAIRE POUR LE SIGNER		PLEASE PRINT FORM TO SIGN VEUILLEZ IMPRIMER LE FORMULAIRE POUR LE SIGNER

Office Use Only / À usage interne seulement