



## APPLICATION ORDER FOR EXTENDED HOURS

## DEMANDE D'ORDONNANCE SUR LES HEURES DE TRAVAIL PROLONGÉES

Employer's Name: Nom de l'employeur :		
Contact: Coordonnées :		
Address (Street, Box No., Apt No.): Adresse (rue, case postale, n° d'app.) :		
City or Town: Ville ou municipalité :	Province/Territory: Province ou territoire :	Postal Code: Code postal :
Phone No.: N° de téléphone :	Fax No.: N° de télécopieur :	
Email Address: Courriel :		
Project Name: Nom du projet :		
General Contractor's Name: Nom de l'entrepreneur général :		
Location of Project: Lieu du projet :		
Name of Closest Community: Nom de la collectivité la plus près :		
Period of Order Requested ( <b>1 year maximum</b> ): Durée de l'ordonnance demandée ( <b>un an maximum</b> ) :	From (YYYY/MM/DD): Du (AAAA-MM-JJ) :	To (YYYY/MM/DD): Au (AAAA-MM-JJ) :
Classifications of labour to be affected by this Application (specify: Job Titles, description of duties and list all equipment/machines to be used) Catégories d'employés touchés par la présente demande d'ordonnance (Indiquez leur titre de poste, décrivez leurs fonctions et énumérez tout l'équipement et tous les appareils qu'ils utilisent)		

Number of Employees Affected by this Application: \_\_\_\_\_ Number of Hours Worked: \_\_\_\_\_ Per Day \_\_\_\_\_ Per Week  
 Nombre d'employés touchés par la présente demande : \_\_\_\_\_ Nombre d'heures travaillées : \_\_\_\_\_ Par jour \_\_\_\_\_ Par semaine

Details of Any Scheme the Employer May Have for Rotation of Staff:  
 Plan potentiel de l'employeur pour la rotation du personnel :

<b>Number of Rest Breaks Given per Day</b> (30 minute meal break required after 5 consecutive hours of work)  <b>Nombre de pauses données par jour</b> (Une pause-repas de 30 minutes est obligatoire après 5 heures de travail consécutives)	<b>Type of Rest Break – Minutes per Break</b> <b>Type de pause – Durée de la pause en minutes</b>	
	Breakfast Déjeuner – _____	Coffee Pause-café – _____
	Coffee Pause-café – _____	Supper Souper – _____
	Lunch Dîner – _____	Coffee Pause-café – _____

**Other Rest Breaks (specify type of break and minutes)**  
**Autres types de pause (précisez le type de pause et la durée en minutes)**

\_\_\_\_\_ – \_\_\_\_\_

Authorized by (please print name):  
 Autorisé par (écrire votre nom en caractères d'imprimerie) :

Authorized by (signature):  
 Autorisé par (signature) :

Date (YYYY/MM/DD):  
 Date (AAAA-MM-JJ) :

**NOTE:** This Application does not change the necessity of paying overtime. Overtime must be paid for all time worked in excess of eight (8) hours per day and forty (40) hours per week.  
**REMARQUE :** La présente demande n'empêche pas le fait que vous devez payer les heures supplémentaires d'un employé qui travaille plus de huit heures par jour ou 40 heures par semaine.

**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](mailto:employment_standards@gov.nt.ca)

**Envoyez le formulaire dûment rempli au :**  
**Bureau des normes d'emploi**  
 Ministère de l'Éducation, de la Culture et de la Formation  
 C. P. 1320  
 Yellowknife NT X1A 2L9  
 Tél. : 867-767-9351, option 3  
 Sans frais : 1-888-700-5707  
 Téléc. : 867-873-0483  
 Courriel : [employment\\_standards@gov.nt.ca](mailto:employment_standards@gov.nt.ca)

**Office Use Only / À usage interne seulement**