

POLITIQUE DE GARDE FAMILIALE

Alliance de la fonction publique

OBJECTIF

L'AFPC reconnaît que la famille ne se définit pas toujours comme étant composée d'une mère, d'un père et d'enfants. Elle prend bien des formes et comprend, entre autres, les familles monoparentales, celles dont les parents sont du même sexe et celles où un parent à charge fait partie du ménage.

La politique de garde familiale de l'AFPC a pour objet de lever un des obstacles qui empêchent les membres de participer pleinement aux activités du syndicat.

Cette politique a pour but d'aider les membres à couvrir les frais supplémentaires occasionnés directement par leur participation à une activité autorisée de l'AFPC.

Lorsque le membre a l'entière charge de la famille au moment de l'activité syndicale autorisée, la politique couvre les coûts se rattachant aux soins durant la journée, hors des heures scolaires normales et des heures normales de travail ou de garderie.

Afin que les membres bénéficient d'une plus grande souplesse, des services de garde d'enfants seront dispensés sur place lorsqu'on pourra embaucher des éducatrices ou des éducateurs de la petite enfance ou du personnel agréé. Ces personnes seront également disponibles pour la durée des séances en soirée qui font partie du programme d'activités.

FRAIS NON REMBOURSÉS

Les dépenses de garde familiale qui **seraient normalement engagées pendant les heures de travail** si le membre avait été à son lieu de travail.

Les frais liés aux soins dispensés par l'époux ou l'épouse/le conjoint ou la conjointe ou un parent qui fait partie du ménage.

QUI EST COUVERT

Les membres ont le droit de réclamer le remboursement des frais liés aux soins des membres de la famille qui demeurent en permanence ou à temps partiel avec eux :

1. un enfant âgé de moins de 18 ans
2. une personne ayant un handicap
3. un adulte à charge exigeant des soins.

FRAIS REMBOURSÉS

Les frais de garde familiale sont remboursés selon les critères suivants :

1. Lorsque les soins sont dispensés par une personne autre qu'une agence agréée/du personnel agréé ou par l'époux ou l'épouse/le conjoint ou la conjointe :
 - a) la **somme réelle** jusqu'à concurrence de 50 \$ par jour¹ pour le premier membre de la famille;
 - b) la **somme réelle** jusqu'à concurrence de 25 \$ par jour pour chaque membre de la famille additionnel;
 - c) la **somme réelle** jusqu'à concurrence de 30 \$ par nuit² par membre de la famille pour les soins *pendant la nuit*.
2. Si les soins sont dispensés par une agence agréée ou du personnel agréé, les frais sont remboursés.
3. Lorsque des services de garde d'enfants sont dispensés sur place, les frais de repas pour la durée de la garde et les frais supplémentaires liés à l'hébergement *partagé* sont couverts.
4. Les autres frais *raisonnables* préautorisés.
5. Sur demande, on tiendra compte des besoins particuliers ou des circonstances inhabituelles qui entraînent des frais supérieurs aux taux susmentionnés et aux frais admissibles. Des renseignements détaillés doivent être fournis **à l'avance** pour approbation.

COMMENT SOUMETTRE LA RÉCLAMATION

Soumettre le formulaire de réclamation des dépenses de garde familiale dûment rempli, accompagné d'un **reçu sur lequel figurent le nom de la personne qui dispense les services, son adresse, son numéro de téléphone, son numéro de permis (le cas échéant) et sa signature, en plus des dates et des heures de travail.**

LES FORMULAIRES INCOMPLETS NE SERONT PAS TRAITÉS POUR REMBOURSEMENT.

¹ Jour désigne la période entre 7 h 30 et 17 h 30.

² Nuit désigne la période entre 17 h 31 et 7 h 29.

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION DES DÉPENSES DE GARDE FAMILIALE

REmplir TOUTES LES PARTIES POUR OBTENIR UN REMBOURSEMENT

NOM DU MEMBRE: _____

ADRESSE: _____

CODE POSTAL _____

ACTIVITÉ DE L'AFPC: _____
(TITRE DE LA CONFÉRENCE, DU COURS, DE LA RÉUNION, ETC. - PRÉCISEZ)

DATE DE L'ACTIVITÉ : _____

LES RÉCLAMATIONS SERONT ACCEPTÉES UNIQUEMENT AU REGARD DES DÉPENSES ENGAGNÉES EN DEHORS DES HEURES DE TRAVAIL NORMALES

-----LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS SONT POUR L'USAGE EXCLUSIF DE L'AFPC ET SERONT TENUS CONFIDENTIELS-----

SOINS FORNIS PAR: DISPENSATEUR DE SOINS NON AGRÉÉ AGENCE DISPENSATEUR DE SOINS AGRÉÉ NO. DE PERMIS _____

NOM DE LA PERSONNE OU DE L'AGENCE ACCORDANT LES SOINS: _____

ADRESSE: _____ TÉLÉPHONE: _____

DATE ET HEURES DU SERVICE DE GARDE FAMILIALE : _____

PARTIE A – COÛT DES SOINS

TAUX:

SOINS NON AGRÉÉS

MAXIMUM DE 50 \$/JOUR POUR UN PREMIER MEMBRE DE LA FAMILLE; 25 \$/JOUR POUR CHAQUE MEMBRE DE LA FAMILLE ADDITIONNEL

MAXIMUM DE 30 \$ POUR LA NUIT POUR CHAQUE MEMBRE DE LA FAMILLE

SOINS AGRÉÉS

SELON LA FACTURE

MEMBRE DE LA FAMILLE	ÂGE	JOUR(S) @ _____	+ NUIT(S) @ _____	\$ _____	\$ _____
1. _____	_____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____	_____
TOTAL A					_____ \$

PARTIE B - FRAIS ADDITIONNELS (VOIR 4, FRAIS REMBOURSÉS, AU VERSO)

1. _____ \$

2. _____ \$

3. _____ \$

JOINDRE PIÈCES JUSTIFICATIVES. **TOTAL B** _____ \$

FRAIS APPROUVÉS AU PRÉALABLE PAR : _____ SIGNATURE : _____

PARTIE C - CIRCONSTANCES SPÉCIALES APPROUVÉES AU PRÉALABLE (VOIR 5, FRAIS REMBOURSÉS)

FRAIS APPROUVÉS AU PRÉALABLE (ANNEXER LES RENSEIGNEMENTS DÉTAILLÉS) **TOTAL C** _____ \$

TOTAL DE LA RÉCLAMATION (TOTAL A + TOTAL B + TOTAL C) _____ \$

ANNEXER LES REÇUS S.V.P.

JE CERTIFIE PAR LES PRÉSENTES QUE LES DÉPENSES SUSMENTIONNÉES SONT UNE CONSÉQUENCE DIRECTE DE MA PARTICIPATION À UNE ACTIVITÉ AUTORISÉE DE L'AFPC.

SIGNATURE DU MEMBRE _____ RÉCLAMATION RECOMMANDÉE _____

PAIEMENT AUTORISÉ _____ DATE : _____