



# Demande de remboursement des frais des membres – Général

Coordonnées du membre  SP  CAAT  FPO  MCE  Autre

Renseignements sur la réunion  Nég.  Comm.  Div.  Camp.  Éduc  Grief

Nom : \_\_\_\_\_ N° d'adhérent : \_\_\_\_\_ Section locale n° : \_\_\_\_\_

Nom de la réunion : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Endroit : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Date : (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ Identificateur d'activité : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

Heure : \_\_\_\_\_

Téléphone : (à domicile) \_\_\_\_\_ Téléphone : (au travail) \_\_\_\_\_

Président/membre du personnel : \_\_\_\_\_

Si la réunion concerne un grief, prière d'indiquer le numéro de dossier : \_\_\_\_\_

Date (jj/mm/aaaa)	Explication/raison de la demande Décrire l'activité syndicale à laquelle vous avez participé	Temps libre 802	Salaires 804	Déplacements (voir page 2) 702			Repas 704			Obligations familiales (voir page 2) 805			Hôtel/ téléphone 705	Dépenses diverses Stationnement, etc.	Reçus joints		Réservé à l'usage interne
				Nbre de personnes	Km parcourus	Montant (total)	Déj 13\$	Dîn 19\$	Soup 29\$	Montant (total)	De (heure)	à (heure)					
Totaux																	

*Cet état des frais doit être rempli en entier. Veuillez entrer les données à l'ordinateur ou écrire en lettres moulées.*

Une compensation pour utilisation de temps libre sera accordée aux membres qui utilisent des jours de congé compensatoire, des crédits accumulés ou des jours de vacances. Aucune compensation de la sorte ne sera accordée pour les journées normalement non rémunérées. Les demandes de compensation de temps libre doivent être accompagnées de documents à l'appui confirmant le type de crédit utilisé.

Travailleur posté

Non  Oui Heure début du quart : \_\_\_\_\_ Heure fin du quart : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Remarque : Afin d'éviter les éventuels retards dans le traitement, prière de vérifier ce qui suit :

- (a) Ce formulaire est correctement rempli.
- (b) Tous les reçus exigés sont joints. Vous envoyez l'original au SEFPO. Vous conservez une copie pour vos dossiers.
- (c) Pour les demandes de grief, veuillez à ce que votre agent des griefs ait approuvé votre réclamation.

Moins la ou les avance(s) : \_\_\_\_\_

**Réservé à l'usage interne**

Code comptable

\_\_\_\_\_

Solde dû au membre (ou remboursement au SEFPO) : \_\_\_\_\_

Autorisé par le président/membre du personnel : \_\_\_\_\_

Paiement approuvé par : \_\_\_\_\_

Date d'approbation : (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

## Renseignements généraux

1. Ce formulaire doit être signé par le demandeur et être accompagné de l'original des reçus exigés (p. ex., billet d'avion, note d'hôtel). On vous demande de dresser une liste chronologique de vos frais et d'inclure un bref justificatif.
2. Vos demandes doivent nous parvenir au plus tard quatre-vingt-dix (90) jours après que les frais aient été engagés et doivent être accompagnées du remboursement du solde non utilisé de l'avance, s'il y a lieu.
3. Toute avance reçue doit être déduite du montant total des frais pour arriver au solde dû par le SEFPO ou par le membre.
4. Afin que la rémunération et les frais de garde d'enfants soient calculés correctement, les travailleurs postés doivent indiquer les heures exactes du quart qu'ils ont manqué.

## Repas

(a) Lorsqu'un membre/représentant est autorisé à assister à une activité syndicale, il peut avoir droit au remboursement de ses repas en vertu de la politique du SEFPO.

## Hôtel/téléphone (hébergement)

- (a) Les membres qui doivent s'absenter pour des activités syndicales et rester une nuitée sur place ont droit au remboursement de leurs frais d'hébergement.
- (b) Le SEFPO rembourse le prix de la chambre d'hôtel et les taxes, ainsi que les appels téléphoniques pour affaires syndicales ou autrement autorisés en vertu de la politique de remboursement des dépenses du SEFPO. Le SEFPO ne remboursera aucune autre dépense figurant sur la note d'hôtel.

## Déplacements

- (a) Un membre sera remboursé des frais réels qu'il engage pour ses déplacements en transports en commun. Conformément aux politiques du syndicat, on utilisera le moyen de transport le plus économique.
- (b) La location de véhicules automobiles doit être approuvée à l'avance par le premier vice-président/trésorier du SEFPO.
- (c) Lorsqu'un membre doit utiliser son propre véhicule, il peut réclamer le remboursement de ses frais de déplacement au taux courant. La distance totale parcourue et les points de destination doivent être indiqués sur la demande de remboursement des frais.
- (d) Seuls les frais qui ont fait l'objet d'une autorisation préalable appropriée seront remboursés.

KM	Nom du ou des passagers	Section locale n°
Conducteur seul 55¢		
1 passager 60¢		
2 passagers 65¢		
3 passagers 70¢		
4 passagers 75¢		

## Obligations familiales (enfants/personnes âgées/personnes à charge) :

Pendant leurs déplacements pour activité syndicale, les membres peuvent réclamer le remboursement des frais raisonnables rattachés aux soins prodigués à des membres de leur famille/personnes à charge, pour autant que le fournisseur de soins ne soit pas un partenaire ou un conjoint. Une telle indemnité n'est pas destinée à couvrir les frais que le membre engage normalement pour prendre soin de membres de sa famille/personnes à charge pendant qu'il travaille, sauf là où son absence excède la journée ou la semaine de travail normale.

Les soins à la famille/auxiliaires seront remboursés au tarif de 15 \$ de l'heure jusqu'à concurrence de 220 \$ par période de 24 heures; les services doivent être attestés par le fournisseur de soins. Veuillez préciser les heures réclamées pour chaque jour.

Les membres qui emmènent leurs enfants aux activités syndicales ont droit à une chambre individuelle et aux repas. Veuillez inclure ces frais dans la colonne des obligations familiales de la demande de remboursement des frais, avec une description détaillée.

Important : Prière de remplir la section ci-dessous - Aide aux familles et préposés aux soins (jaune et blanc séparément).

Demande de remboursement - Aide aux familles et préposés aux soins  
*Prière de remplir ce formulaire pour toutes les demandes de remboursement des frais pour obligations familiales*

Fournisseur de soins	
Nom :	
Adresse :	
Ville :	Code postal :
Téléphone:	
Signature du fournisseur de soins : _____	
Enfants/personnes à charge	
Nom :	Âge
Nom :	Âge
Nom :	Âge
Nom :	Âge
Confirmation du membre <i>J'affirme que sans ces services d'aide aux familles, j'aurais été incapable de participer à cette activité du SEFPO. .</i>	

Signature: \_\_\_\_\_ Date : (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_