

Demande de remboursement — Aide aux familles et préposés aux soins

Prière de remplir pour toutes les demandes de remboursement des frais pour obligations familiales

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 Demande de remboursement - Aide aux familles et préposés aux soins (jaune et blanc séparément).

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

J'affirme que sans ces services d'aide aux familles, j'aurais été incapable de participer à cette activité du SEFPO.

Signature: _____

Date : (jj/mm/aaaa)