

Objectif

L'ACEP 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 au sein desquelles un parent à charge fait partie du ménage.

La politique de garde familiale de l'ACEP a pour objet de lever un des obstacles qui empêchent les membres de participer 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'ACEP.

Afin que les membres bénéficient d'une plus grande souplesse, des services de garde d'enfants seront offerts 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 faisant partie du programme d'activités.

Admissibilité

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

Les frais de garde familiale que le membre aurait **normalement engagés pendant les heures de travail**, s'il avait été à son lieu de travail, **ne sont pas remboursés**.

Aucun remboursement n'est accordé lorsque la garde familiale est confiée à l'époux ou l'épouse/le conjoint ou la conjointe, l'ex-époux ou l'ex-épouse/l'ex-conjoint ou l'ex-conjointe ayant la garde légale ou à un parent faisant partie du ménage.

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.

Soumettre la demande

Soumettre la demande de remboursement des dépenses de garde familiale dûment remplie, accompagnée d'un **reçu sur lequel figurent les renseignements suivants**:

- nom complet de la personne qui assure les services;
- son adresse et numéro de téléphone;
- son numéro de permis (le cas échéant);
- les dates et les heures de garde pour chaque membre de la famille;
- la somme demandée;
- la signature de la personne qui assure les services.

Frais remboursés

1. Lorsque les soins sont assurés par une personne autre qu'une agence ou du personnel agréé, ou autre que l'époux ou l'épouse/le conjoint ou la conjointe ou l'ex-époux ou l'ex-épouse/l'ex-conjoint ou l'ex-conjointe ayant la garde légale:

a) la somme réelle jusqu'à concurrence de 12 \$ de l'heure et 80 \$ par période de 24 heures pour le premier membre de la famille;

b) la somme réelle jusqu'à concurrence de 12 \$ de l'heure et 55 \$ par période de 24 heures pour chaque membre de la famille additionnel.

Période de 24 heures : soins prodigués entre 7 h 30 et 7 h 29 le lendemain.

2. Si les soins sont assurés par une agence agréée ou par du personnel agréé, les **frais réels** sont remboursés.

3. Lorsque des services de garde d'enfants sont assurés **sur place aux activités de l'ACEP**, les frais supplémentaires liés à l'hébergement *partagé* sont couverts.

Approvisionnement préalable des cas exceptionnels

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 que le remboursement soit approuvé au préalable.**

Demande de remboursement des dépenses de garde familiale

Remplir toutes les sections pour obtenir un remboursement.

Les renseignements suivants sont pour l'usage exclusif de l'ACEP et seront tenus confidentiels.

INFORMATION DU MEMBRE			
NOM DE FAMILLE	PRÉNOM		
ADRESSE		VILLE	PROVINCE
CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	DATE DE L'ACTIVITÉ	
ACTIVITÉ DE L'ACEP (TITRE DE LA CONFÉRENCE, DU COURS, DE LA RÉUNION OU AUTRE - PRÉCISEZ)			

INFORMATION DE L'AGENCE OU DU PERSONNEL	
SOINS FOURNIS PAR <input type="checkbox"/> AGENCE OU PERSONNEL NON AGRÉÉ <input type="checkbox"/> AGENCE OU PERSONNEL AGRÉÉ	NUMÉRO DE PERMIS
NOM DE LA PERSONNE OU DE L'AGENCE QUI FOURNIT LES SOINS	
ADRESSE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

SECTION A – FRAIS ENGAGÉS (FRAIS REMBOURSÉS, VOIR LES SECTIONS 1 ET 2 POUR LES TAUX APPLICABLES)				
MEMBRE DE LA FAMILLE ET SON LIEN DE PARENTÉ	AGE	DATE(S)	HEURES	FRAIS ENGAGÉS
1.				
2.				
3.				
4.				
			TOTAL DES FRAIS ENGAGÉS (SECTION A)	

Si vous devez inscrire davantage de membres de la famille, faites-le sur une autre feuille, que vous joindrez à cette demande de remboursement.

SECTION B – APPROBATION PRÉALABLE DES CAS EXCEPTIONNELS		
PRÉCISEZ		
		TOTAL DES FRAIS ENGAGÉS (SECTION B)
X	FRAIS APPROUVÉS AU PRÉALABLE PAR	DATE

Joindre les reçus et les pièces justificatives

<input type="checkbox"/> Je certifie par les présentes que les dépenses susmentionnées sont une conséquence directe de ma participation à une activité autorisée de l'ACEP.	
X SIGNATURE DU MEMBRE	DATE

SECTION C – APPROBATION (À L'USAGE EXCLUSIF DE L'ACEP)		
NOTES EXPLICATIVES	TOTAL DU REMBOURSEMENT (SECTIONS A + B)	
	REMBOURSEMENT RECOMMANDÉ	
X	PAIEMENT AUTORISÉ PAR	DATE