

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 **recu 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 20 \$ de l'heure et 140 \$ par période de 24 heures pour le premier membre de la famille;

b) la somme réelle jusqu'à concurrence de 20 \$ de l'heure et 100 \$ 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.

Approbation 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		PRENOM	
ADRESSE		VILLE	PROVINCE
CODE POSTAL	NUMERO DE TELEPHONE		DATE DE L’ACTIVITE
ACTIVITE DE L’ACEP (TITRE DE LA CONFERENCE, DU COURS, DE LA REUNION OU AUTRE - PRECISEZ)			

INFORMATION DE L’AGENCE OU DU PERSONNEL	
SOINS FOURNIS PAR	NUMERO DE PERMIS
<input type="checkbox"/> AGENCE OU PERSONNEL NON AGREE <input type="checkbox"/> AGENCE OU PERSONNEL AGREE	
NOM DE LA PERSONNE OU DE L’AGENCE QUI FOURNIT LES SOINS	
ADRESSE	NUMERO DE TELEPHONE

SECTION A – FRAIS ENGAGES (FRAIS REMBOURSES, 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 ENGAGES (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 PREALABLE DES CAS EXCEPTIONNELS	
PRECISEZ	
	TOTAL DES FRAIS ENGAGES (SECTION B)
X	
FRAIS APPROUVES AU PREALABLE 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 (A L’USAGE EXCLUSIF DE L’ACEP)		
NOTES EXPLICATIVES	TOTAL DU REMBOURSEMENT (SECTIONS A + B)	
	REMBOURSEMENT RECOMMANDE	
X		
PAIEMENT AUTORISE PAR	DATE	