

# POLITIQUE DE GARDE FAMILIALE

(Révisée en mai 2024)

## 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 au sein desquelles 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 aux activités du syndicat. Aucun remboursement n'est accordé lorsque la garde familiale est confiée à la personne conjointe, à l'ex-personne conjointe ayant la garde légale ou à un parent faisant partie du ménage.

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.

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 la personne 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 la personne membre aurait normalement engagés pendant les heures de travail, si elle avait été à son lieu de travail, ne sont pas remboursés.

Aucun remboursement n'est accordé lorsque la garde familiale est confiée à la personne conjointe ou 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 leur famille qui demeurent en permanence ou à temps partiel avec eux, à savoir :

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

## Demande de remboursement

Pour réclamer un remboursement, il faut soumettre une demande de remboursement des dépenses de garde familiale dûment remplie, accompagnée d'un **reçu sur lequel figurent les renseignements suivants** :

- le nom complet de la personne qui assure les services;
- son adresse postale;
- son adresse courriel;
- son 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 la personne conjointe ou ex-conjointe ayant la garde légale :
  - a) La somme réelle jusqu'à concurrence de 25 \$ de l'heure au taux maximal de 250 \$ par période de 24 heures pour une famille comptant une personne à charge.
  - b) La somme réelle jusqu'à concurrence de 50 \$ de l'heure au taux maximal de 250 \$ par période de 24 heures pour une famille comptant deux personnes à charge.
  - c) La somme réelle jusqu'à concurrence de 50 \$ de l'heure au taux maximal de 500 \$ par période de 24 heures pour une famille comptant trois personnes à charge.
  - d) La somme réelle jusqu'à concurrence de 50 \$ de l'heure + 25 \$ de l'heure par personne à charge supplémentaire, au taux maximal de 500 \$ pour une famille comptant quatre personnes à charge ou plus.

*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 sur place sont offerts aux activités de l'AFPC :
  - a) les frais supplémentaires liés à l'hébergement partagé sont couverts;
  - b) si un souper ne fait pas partie du programme sur place, un remboursement de 25 \$ par enfant, par jour, peut être accordé. *(Le remboursement se fera d'après l'horaire de voyage autorisé de la personne participante).*

## Approbation préalable des cas exceptionnels

Sur demande, on tiendra compte 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

(Révisée en mai 2024)

**Veillez remplir toutes les sections pour obtenir un remboursement.**

Les renseignements suivants sont réservés à l'usage exclusif de l'AFPC et seront tenus confidentiels.

SECTION A – INFORMATION DE LA PERSONNE MEMBRE			
Nom de famille	Prénom	Numéro de membre de l'AFPC	
Adresse		Ville	Province
Code postal	Numéro de téléphone	Adresse courriel	
Date de l'activité	Activité de l'AFPC (titre de la conférence, du cours, de la réunion ou autre – précisez)		
Horaire de travail quotidien de la personne membre (fournir une preuve officielle de l'horaire ou du quart de travail)			
Heure de début	Heure de fin		
Horaire de travail quotidien de la personne conjointe (fournir une preuve officielle de l'horaire ou du quart de travail)			
Heure de début		Heure de fin	
Horaire de garde habituel			
Heure de début		Heure de fin	
Raison pour laquelle la personne conjointe n'est pas en mesure de fournir les soins lors de l'activité :			

SECTION B – FRAIS ENGAGÉS (TAUX APPLICABLES SOUS « FRAIS ENGAGÉS », SECTIONS 1, 2 et 3)				
Membre de la famille et son lien de parenté	Date de naissance	Date(s)	Heures totales de garde	Frais engagés
1.				
2.				
3.				
4.				
			<b>TOTAL DES FRAIS ENGAGÉS (SECTION A)</b>	

*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 C – INFORMATION DE LA PERSONNE OU DE L'AGENCE QUI FOURNIT LES SOINS	
Soins fournis par <input type="checkbox"/> Personne ou agence non agréée <input type="checkbox"/> Personne ou agence agréée	Numéro de permis
Nom de la personne ou de l'agence qui fournit les soins	
Adresse postale	
Adresse courriel	Numéro de téléphone

SECTION D – CAS EXCEPTIONNELS
Précisez

*Joindre les reçus et les pièces justificatives*

SECTION E – ATTESTATION	
<input type="checkbox"/> <i>J'ai lu et compris les lignes directrices sur le remboursement des frais supplémentaires liés à la garde familiale. Je confirme par les présentes que les dépenses susmentionnées sont une conséquence directe de ma participation à une activité autorisée de l'AFPC.</i>	
Signature de la personne membre :	Date :

SECTION F – APPROBATION (À L'USAGE EXCLUSIF DE L'AFPC)	
Notes explicatives (pour l'autorisation des frais non couverts par la politique)	
Paiement autorisé par :	Date :