



FORMULAIRE DE RÉCLAMATION DES DÉPENSES DE GARDE FAMILIALE

Remplir toutes les parties pour obtenir un remboursement

NOM DU MEMBRE : _____

ACTIVITÉ DU SEAC : _____

Les réclamations suivant sont pour l'usage exclusif du SEAC et seront tenus confidentiels.

Nom de la personne ou de l'agence accordant les soins : _____

ADRESSE : _____

Soins fournis par : - soignant non agréé
- agence / soignant agréé

Membre(s) de la famille	Âge des enfants	
1. _____	_____	_____ jours _____ \$
2. _____	_____	_____ jours _____ \$
3. _____	_____	_____ jours _____ \$

Annexer les reçus

Je certifie par les présentes que les dépenses susmentionnées sont une conséquence directe de ma participation à une activité autorisée du SEAC.

Signature du membre : _____

Reclamation recommandée : _____

Paiement autorisé : _____



D'après l'énoncé de principe n° 21 du SEAC sur l'indemnité de garde familiale les montants seront remboursés comme suit :

1. Quand les services de garde sont fournis par une personne autre qu'un garde d'enfants agréé ou bien par l'époux/l'épouse/partenaire :

- a) Un maximum de 70,00 \$ par jour pour le premier membre de la famille;*
- b) Un maximum de 25,00 \$ par jour pour chaque membre additionnel de la famille;*
- c) Un maximum de 30,00 \$ par jour pour chaque membre de la famille pour services de garde pour la nuit. La garde pour la nuit ne sera pas remboursée pour la dernière journée d'un activité.*
- d) Certains frais ne seront pas couverts, notamment :*

Les frais de garde familiale engagés pendant des périodes au cours desquelles le membre aurait normalement été au travail;

Les services de garde fournis par les partenaires/époux/épouses ou conjoint(e) de fait;

Lorsque les enfants sont en classe;

Lorsque vous soumettrez votre demande les points suivants appliqueront :

- a) Un reçu doit accompagner le formulaire de réclamation de dépenses pour indemnité de garde familiale lorsqu'un membre réclame un remboursement de frais encourus;*