



## **FORMULAIRE DE RÉCLAMATION DES DÉPENSES DE GARDE FAMILIALE - UEDN**

Vous devez compléter ce formulaire et le joindre à votre demande de remboursement de dépenses. Toute rubrique non remplie occasionnera un retard dans le remboursement. Le remboursement des frais liés aux soins des membres de la famille qui demeurent en permanence ou à temps partiel avec eux: Un enfant âgé de moins de 18 ans, une personne ayant un handicap, un adulte à charge exigeant des soins.

Je demande le remboursement des frais de garde d'enfants que j'ai engagé pendant ma participation à l'activité suivante (course, conférence, colloque, etc.) pour le compte de l'Union de employés de la Défense nationale:	
Du:	Au:
Nom de famille:	Prénom:
Adresse:	Numéro de téléphone:
<b><u>Coût des soins</u></b> <u>Soins non agréés</u> <b>Maximum:</b> de 50\$ par jour pour le premier membre de la famille; 25\$ par jour pour chaque membre additionnel de la famille. <b>Maximum:</b> de 30\$ par nuit*, par membre de la famille (*nuit désigne la période entre 17h30 et 7h30) <u>Soins agréés: Selon la facture</u>	
Membre(s) de la famille	Âge - des enfants
1. _____	_____ Jour(s) @ _____ \$ + _____ Nuit(s) @ _____ \$ = _____ \$.
2. _____	_____ Jour(s) @ _____ \$ + _____ Nuit(s) @ _____ \$ = _____ \$.
3. _____	_____ Jour(s) @ _____ \$ + _____ Nuit(s) @ _____ \$ = _____ \$.
Signature	Numéro de membre de l'AFPC:
Nom de la personne ou de l'agence accordant les soins:	NAS ou no. de téléphone de l'agence assurant la garde
L'adresse de la personne assurant la garde	Signature de la personne assurant la garde

février 2007