



UVAE FAMILY CARE EXPENSE CLAIM

Complete all sections to ensure payment of claim

NAME OF MEMBER:

UVAE FUNCTION:

The following information is for UVAE internal use only and will remain confidential. NAME OF CAREGIVER OR AGENCY:

_____ ADDRESS:

_____ - Licensed Agency/Caregiver

Care provided: - Unlicensed caregiver

Family member(s)	Age(s)		Day(s)	\$
1. _____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____

PLEASE ATTACH RECEIPT(S)

I hereby certify that the above claimed expenses were incurred as a direct result of attending an authorized UVAE activity.

Signature of member: _____

Recommended for payment: _____

Approved for payment: _____



As per UVAE Policy Statement No. 21, Child Care Policy child care expenses will be reimbursed as follow:

1. Where the care is provided by someone other than a licensed agency/caregiver or the spouse companion:

- a) Maximum of \$70 per day for the first family member;*
- b) Maximum of \$25 per day for each additional family member;*
- c) Maximum of \$30 per day per family member for overnight care. Overnight care will not be paid on the last day of an activity.*
- d) Certain costs will not be covered such as :*

Family care cost that would normally occur had the member been at his/her place of work (7:30am to 5:30pm). For overnight (5:31 pm to 7:29am);

Family care services provided by a partner/spouse or common-law partner;

Children who are in school;

In making a claim the following applies:

- a) A receipt must accompany the child care form when a member is claiming reimbursement of costs.*



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;*