



47th Annual CUPE Ontario

Convention - 2010

Family or Dependent Care Subsidy

This form is for delegates who have excess costs for Family or Dependent Care due to participating in Convention 2010. **CUPE only reimburses expenses in excess of regular fees.** (e.g. if your regular fees are \$30.00 per day and attendance at Convention 2010 requires you to pay \$40.00, you would therefore claim the "excess fee" of \$10.00). You may claim up to \$50.00 per day - *receipts must be attached*. Please indicate the dates for expenses incurred, and the **excess** daily cost.

Name of Claimant: _____ Local Union #: _____

<i>DATE</i>	<i>COST (per day)</i>
TOTAL	\$

Cheque to be made payable to : (check one)

Claimant

Local Union

Cheque Mailing Address Information:

Address: _____

City: _____ Postal Code: _____

Signatures:

Signature of Claimant:

(1) _____

(2) _____

*Signature of two officers of the Local,
one of whom is not the claimant*

Please complete and return this form **within 30 days following the dates claimed to:**

Family or Dependent Care Subsidy - CUPE Ontario Convention 2010
CUPE Regional, 305 Milner Ave., Suite 801 Scarborough, ON M1B 3V4
Phone: 416-299-9739 Fax: 416-299-3480

Chèque n° : _____
Date : _____



47ème Congrès annuel du

SCFP Ontario – 2010

Allocation pour obligations familiales ou de personne à charge

Ce formulaire est pour les délégués qui ont des frais supplémentaires car ils participeront au congrès de 2010 et ont des frais de soins de famille / garde de personnes à charge. **Le SCFP rembourse uniquement les dépenses qui dépassent les frais habituels.** (Par exemple : si vos frais habituels sont de 30,00 \$ par jour et que votre participation à l'activité du SCFP vous oblige à déboursier 40,00 \$, vous réclamerez donc les « frais supplémentaires » de 10,00 \$.) Vous pouvez réclamer jusqu'à 50,00 \$ par jour – les reçus doivent être joints à la demande. Veuillez indiquer les dates correspondant aux dépenses encourues et les frais quotidiens supplémentaires.

Nom de la personne requérante : _____ N° de section locale : _____

<i>DATE</i>	<i>COÛT (par jour)</i>
TOTAL	\$

Le chèque doit être fait à l'ordre de : (*en cocher un*) : La personne requérante

La section locale

Adresse à domicile du chèque:

Adresse : _____

Ville : _____ Code Postal : _____

Signatures :

Signature de la personne:

(1) _____

(2) _____

*signatures de deux dirigeants de la section locale,
dont un n'est pas la personne requérante*

Ce formulaire doit être rempli et envoyé **au plus tard 30 jours**

suivant les dates correspondant aux frais encourus au :

Allocation pour obligations familiales ou de personne à charge -

Congrès de SCFP Ontario en 2010

305, avenue Milner, bureau 801

Scarborough (ONTARIO) M1B 3V4

Téléphone : (416) 299-9739 Télécopieur : (416) 299-3480

Chèque n° : _____

Date : _____