



Family or Dependent Care Subsidy

Name of Claimant:	Local No.
--------------------------	------------------

CUPE only reimburses expenses in excess of regular fees. (e.g. if your regular fees are \$30.00 per day and attendance at the CUPE function 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 Function or Conference: 2012 Convention – Caesars Windsor
--

DATE	COST (per day)
TOTAL	\$

Cheque to be made payable to: **Claimant**

Local Union

Mailing Address:

Signature of Claimant

(1) _____

(2) _____

*signatures of 2 officers of the Local,
 one of whom is not the claimant*

This form must be completed and forwarded no later than 30 days following the dates claimed to:
CUPE Ontario
80 Commerce Valley Dr. E, Suite 1
Markham, ON L3T 0B2
Phone: 905-759-9739 Fax: 905-739-9740

Cheque # _____
Date: _____



Subvention pur garde de la famille ou d'une personne à charge

Nom de la personne requérante:	Section local:
---------------------------------------	-----------------------

Le SCFP ne rembourse que les dépenses excédant le coût habituel. (P. ex. s'il vous en coûte régulièrement 30,00 \$ par jour et que vous devez payer 40,00 \$ par jour assister à un événement du SCFP, vous devriez donc réclamer l'excédent de 10,00 \$). Vous pouvez réclamer jusqu' à 50,00 \$ par jour – *les reçus louvent être joints à la réclamation.* Veuillez indiquer les dates auxquelles les dépenses ont été encourues, ainsi que l'**excédent** quotidien.

Événement ou congrès: Congrès 2012 – Caesars Windsor

DATE	COÛT (par jour)
TOTAL	\$

Veuillez libeller le chèque au nom de la personne requérante

Section locale

Adresse postal :

_____ (1) _____
Signature de la personne requérante

(2) _____
*signature de deux dirigeants(es) de la section locale,
une de ces deux personnes n'étant pas la personne requérante*

Ce formulaire doit être rempli et acheminé au plus tard 30 jours après les dates de dépenses, à :

SCFP Ontario
80 Commerce Valley Dr. E, Suite 1
Markham, ON L3T 0B2
Tél.: 905-759-9739 Téléc: 905-739-9740

sepb343

N° chèque _____
Date: _____

sj/conv/famcaresubsidy