



## Prestations de compassion - Annexe 5

Les renseignements qui figurent sur le présent formulaire sont recueillis aux fins du versement de prestations de compassion en vertu de la *Loi sur l'assurance-emploi*. En vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*, les individus ont le droit à la protection et à l'accès à leurs renseignements personnels. Les renseignements sont conservés pendant six ans après la dernière action administrative, comme indiqué dans le Fichier des renseignements personnels, PPU 150. La marche à suivre pour accéder aux renseignements est décrite dans la publication gouvernementale intitulée [Info Source](http://canada.ca/infosource-ESDC), disponible à l'adresse suivante : [Http://canada.ca/infosource-ESDC](http://canada.ca/infosource-ESDC). On peut également accéder en ligne à la publication Info Source dans tous les Centres Service Canada.

Les renseignements fournis sont recueillis en vertu de la *Loi sur l'assurance-emploi* et serviront à établir votre admissibilité à des prestations. **Vous êtes tenu de remplir ce formulaire; si vous ne fournissez pas les renseignements demandés, vous n'aurez pas droit aux prestations de compassion.** Ces renseignements peuvent également servir à des fins d'analyse décisionnelle, de recherche et/ou d'évaluation en matière de politiques. Pour mener ces activités, diverses sources d'information placées sous la garde et le contrôle de EDSC peuvent être reliées.

Il est possible que les renseignements que vous fournissez soient communiqués à d'autres membres de la famille de la personne malade qui présentent une demande de prestations de compassion de l'assurance-emploi (AE).

Renseignements sur le prestataire			
Nom de famille	Prénom	Initiales	Numéro d'assurance sociale (999 999 999)

### SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE DE LA FAMILLE MALADE

Nom de famille	Prénom(s) (souligner le nom le plus couramment utilisé)	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)
Adresse (Adresse résidentielle)		
Appart. no.	Numéro civique, rue, route rurale ou autre	Ville ou municipalité
Province/Territoire/État	Pays	Code postal (si au Canada) (A1A 1A1)

### SECTION 2 - LIEN DU PRESTATAIRE AVEC LE MEMBRE DE LA FAMILLE MALADE

La personne ayant besoin de soins ou de soutien est:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> l'époux ou le conjoint de fait   | <input type="radio"/> un grand-parent, son époux ou conjoint de fait                    | <input type="radio"/> un neveu, une nièce de l'époux ou du conjoint de fait                          |
| <input type="radio"/> un enfant, son époux ou conjoint de fait   | <input type="radio"/> un grand-parent de l'époux ou du conjoint de fait                 | <input type="radio"/> un parent d'accueil actuel ou ancien   |
| <input type="radio"/> l'enfant de l'époux ou du conjoint de fait, son époux ou conjoint de fait  | <input type="radio"/> un petit-fils, une petite-fille, son époux ou conjoint de fait    | <input type="radio"/> un parent d'accueil actuel ou ancien de l'époux ou du conjoint de fait         |
| <input type="radio"/> un parent, son époux ou conjoint de fait   | <input type="radio"/> un petit-fils, une petite-fille de l'époux ou du conjoint de fait | <input type="radio"/> un enfant en famille d'accueil actuel ou ancien, son époux ou conjoint de fait |
| <input type="radio"/> un parent de l'époux ou du conjoint de fait, son époux ou conjoint de fait   | <input type="radio"/> un oncle, une tante, son époux ou conjoint de fait                | <input type="radio"/> un enfant en tutelle actuel ou ancien  |
| <input type="radio"/> un frère ou une sœur, un frère ou une sœur par alliance, son époux ou conjoint de fait   | <input type="radio"/> un oncle, une tante de l'époux ou du conjoint de fait             | <input type="radio"/> un enfant en tutelle actuel ou ancien de l'époux ou du conjoint de fait        |
| <input type="radio"/> un frère ou une sœur, un frère ou une sœur par alliance de l'époux ou du conjoint de fait  | <input type="radio"/> un neveu, une nièce, son époux ou conjoint de fait                | <input type="radio"/> un responsable légal actuel ou ancien, son époux ou conjoint de fait           |
| <input type="radio"/> une personne considérée comme un proche parent, qu'elle soit ou non liée par le mariage, une union de fait, ou tout lien parent-enfant juridique |   |  |

### SECTION 3 - DURÉE DES PRESTATIONS

**Vous pouvez demander jusqu'à 26 semaines de prestations de compassion ou vous pouvez partager ces 26 semaines avec un autre membre de la famille.**

**A-**  Je donnerai des soins et/ou du soutien à la personne malade

Je désire recevoir \_\_\_\_\_ semaine(s).

Je demande des prestations de compassion à compter de la semaine qui commence le : (AAAA-MM-JJ) \_\_\_\_\_

**B-** D'autres personnes demanderont-elles des prestations de compassion pour cette personne malade?

- Oui  Non  Ne sais pas

#### SECTION 4 - REPORT DE LA PÉRIODE D'ATTENTE

Si plus d'une personne présente une demande de prestations de compassion pour le même membre malade de la famille, il est possible (si vous n'êtes pas la première personne à présenter une demande) de reporter la période d'attente jusqu'à ce que vous présentiez une demande pour un autre genre de prestations.

Souhaitez-vous faire reporter votre période d'attente?  Oui  Non

#### SECTION 5 - PREUVE MÉDICALE REQUISE

Un certificat médical intitulé "Certificat médical pour les prestations de compassion de l'assurance-emploi" doit être soumis comme preuve qu'un membre de la famille est gravement malade et risque de décéder.

**Cependant un seul certificat médical est exigé par personne malade au cours d'une période de 52 semaines.**

A. Est qu'une autre personne a présenté un certificat médical concernant cette personne malade?  Oui  Non  Ne sais pas

B. Si ce n'est pas le cas, présenterez-vous un certificat?  **Oui**  Non (Si vous avez répondu non, veuillez expliquer pourquoi).

**Note:** Si un [certificat médical](#) n'a pas été soumis, il peut être obtenu à partir de notre site Internet [www.canada.ca](http://www.canada.ca) en saisissant « INS5217 » dans le champ de recherche ou au Centre Service Canada près de chez vous.

#### SECTION 6 - EXEMPTION DE REMPLIR DES CARTES DE DÉCLARATION

**Note:** Si vous demandez des prestations de travailleurs autonomes, passez la section 6 et allez directement à la section "déclaration du prestataire".

L'exemption de l'obligation de remplir des cartes de déclaration permet à votre bureau local de traiter votre déclaration sans que vous ayez à remplir et à signer vos cartes.

- Je comprends qu'en indiquant que je désire me prévaloir de cette disposition, je présente une demande de prestations couvrant chaque semaine de la période demandée à la troisième partie, période à laquelle j'ai droit.
- Je comprends que je n'aurai pas à remplir de cartes de déclaration pendant cette période. J'accepte d'aviser le Centre Service Canada près de chez moi immédiatement si, au cours de la période de prestations :
  - je travaille;
  - je reçois de l'argent;
  - je voyage à l'extérieur du Canada;
  - je deviens travailleur(se) indépendant(e);
  - je débute un cours de formation ou d'apprentissage;
  - j'arrête de donner des soins au membre de ma famille; ou
  - il se produit tout autre événement qui pourrait avoir des répercussions sur mes prestations d'AE.

J'accepte également d'aviser le Centre Service Canada à la suite du dernier paiement de prestations de compassion à l'effet que j'ai déclaré toute situation ou sommes d'argent qui ont pour effet de réduire ou d'éliminer mes prestations. Je suis susceptible d'être pénalisé ou passible de poursuites pour avoir sciemment fait de fausses déclarations ou omis d'informer Emploi et Développement social Canada (EDSC) de toute nouvelle information.

J'accepte les modalités et conditions susmentionnées et je désire me prévaloir de la disposition d'exemption de l'obligation de présenter des cartes de déclaration.

#### SECTION 7 - DÉCLARATION DU PRESTATAIRE

Les renseignements fournis pourraient faire l'objet d'une vérification. Si vous retenez volontairement de l'information, ou si vous modifiez les faits afin de faire une déclaration fautive ou trompeuse, vous vous rendez responsable d'un geste ou d'une omission qui pourrait donner lieu à un trop-payé pour lequel nous pourrions vous imposer des pénalités sévères.

**Je déclare que les renseignements et les réponses fournies aux questions de la présente annexe sont véridiques et que j'ai répondu au meilleur de ma connaissance.**

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date (AAAA-MM-JJ)