



## DÉSIGNATION D'UN REPRÉSENTANT

À REMPLIR PAR LE PRESTATAIRE OU AU NOM DU PRESTATAIRE QUI, EN RAISON D'UNE MALADIE, BLESSURE OU MISE EN QUARANTAINE, EST INCAPABLE DE GÉRER SES PROPRES AFFAIRES.

NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE DU  
PRESTATAIRE

À L'USAGE DU BUREAU

APPROUVÉ  REFUSÉ

POUR LE DIRECTEUR

### PARTIE 1

### DÉSIGNATION D'UN REPRÉSENTANT

Je, \_\_\_\_\_ étant actuellement incapable de gérer mes propres affaires en raison  
(NOM DU PRESTATAIRE)  
d'une maladie, blessure ou mise en quarantaine, désigne par les présentes, \_\_\_\_\_  
pour me représenter aux fins de demander et de recevoir en mon nom les prestations d'assurance-emploi auxquelles je pourrais avoir droit pendant la durée de mon incapacité.

PREMIER TÉMOIN (personne autre que le représentant)	DATE	SIGNATURE DU PRESTATAIRE (Si le prestataire est incapable de signer, il faut remplir la Partie 3.)
SECOND TÉMOIN (Un second témoin ne doit contresigner que si le prestataire a fait une croix (X) ou toute autre marque en guise de signature)	NOTA : IL FAUT INFORMER LE CENTRE DES RESSOURCES HUMAINES DU CANADA DU CHANGEMENT DE REPRÉSENTANT, QUELLE QU'EN SOIT LA RAISON.	

### PARTIE 2

### ENGAGEMENT DU REPRÉSENTANT

JE DÉCLARE PAR LES PRÉSENTES que le prestataire prénommé est actuellement incapable de gérer ses propres affaires en raison d'une maladie, blessure ou de quarantaine et que je consens à le représenter aux fins de demander et de recevoir les prestations d'assurance-chômage auxquelles il pourrait avoir droit pendant la durée de son incapacité.

Je suis le \_\_\_\_\_ du prestataire et je connais celui-ci depuis \_\_\_\_\_ années.  
(lien de parenté)

JE M'ENGAGE à rembourser à Ressources humaines et Développement des compétences Canada toute somme qu'il m'aura versée au nom du prestataire si, pour quelque raison, il doit verser à nouveau des prestations au prestataire pour une période visée par les présentes.

JE M'ENGAGE à rembourser le Receveur général du Canada toute somme qu'il m'aura versée à tort par suite de déclarations ou de démarches que j'aurai faites au nom du prestataire.

JE M'ENGAGE d'informer immédiatement Ressources humaines et Développement des compétences Canada de la guérison ou du décès du prestataire.

JE DÉCLARE que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts à tous égards, sachant que cette déclaration a la même force et le même effet que si elle avait été faite sous serment.

DÉCLARÉ DEVANT MOI	SIGNATURE DU REPRÉSENTANT
À _____ ce _____ jour de _____	ADRESSE DU REPRÉSENTANT
UN COMMISSAIRE, UN NOTAIRE PUBLIC OU TOUT AUTRE PERSONNE AUTORISÉE PAR LA LOI À FAIRE PRÊTER SERMENT OU COMPÉTENTE EN LA MATÈRE . ADRESSE :	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU REPRÉSENTANT ( ) -

### PARTIE 3

### ATTESTATION DU MÉDECIN TRAITANT (À remplir si le prestataire n'a pas signé à la Partie 1)

JE DÉCLARE, par les présentes, que le prestataire susnommé ne peut signer ou remplir le présent formulaire pour cause de maladie, d'aliénation ou d'invalidité.

DATE \_\_\_\_\_ SIGNATURE \_\_\_\_\_