

Nom du prestataire :	NAS :
----------------------	-------

Attestation - Prestations de compassion

Les renseignements fournis dans ce certificat sont recueillis, en vertu du pouvoir conféré par la Loi sur l'assurance emploi, en vue de déterminer l'admissibilité aux prestations de compassion.

Omettre de remplir ce formulaire rend inadmissible aux prestations de compassion.

Les renseignements fournis peuvent également servir à des fins d'analyse des politiques, de recherche ou d'évaluation. À cet effet, des liens peuvent être établis entre différentes sources de renseignements dont RHDCC a la charge et le contrôle.

Les renseignements personnels contenus dans ce formulaire sont administrés en vertu de la Loi sur l'assurance emploi et de la Loi sur la protection des renseignements personnels. Chaque personne a droit à la protection des renseignements personnels la concernant et d'avoir accès à ceux-ci. Ces renseignements seront conservés dans les fichiers de renseignements personnels. La marche à suivre pour accéder à ces renseignements est décrite dans Info Source, publication gouvernementale dont une copie est disponible dans tous les Centres de Service Canada. On peut également consulter Info Source à l'adresse Internet suivante : <http://infosource.gc.ca>.

Pour de plus amples renseignements sur cette attestation, veuillez communiquer avec notre coordinateur de la protection des renseignements personnels, par courriel à l'adresse électronique suivante : nc-fas-sfa-atip-aiprp@hrdc-drhc.gc.ca; par téléphone, au (819) 994 0416; ou par lettre, à l'adresse postale suivante : 140, Promenade du Portage, Phase IV, 1er étage, Gatineau (Québec) K1A 0J9.

Partie 1- RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT/LA PATIENTE

Si le patient/la patiente est dans l'incapacité de signer cette attestation, la personne légalement nommée pour représenter le patient/la patiente, ou autorisée par la Loi, doit remplir la partie 2.

Nom de famille :	Prénom(s) : du patient/de la patiente	Date de naissance (j-m-a)
------------------	---------------------------------------	---------------------------

Adresse de résidence

App.	No civique, rue, chemin ou autre	Ville ou municipalité
Province/Territoire	Pays	Code postal (Canada)

Partie 2- REPRÉSENTANT/REPRÉSENTANTE DU PATIENT/DE LA PATIENTE

Doit être remplie par la personne légalement nommée pour représenter le patient/la patiente, ou autorisée à le faire par la Loi. Si le patient/la patiente est dans l'incapacité de signer cette attestation, la personne légalement nommée pour agir en son nom, ou autorisée à le faire par la Loi, et dûment autorisée par la Loi à divulguer des renseignements concernant le patient/la patiente, doit remplir ce qui suit :

Je suis la personne légalement nommée pour représenter le patient/la patiente, ou autorisée par la Loi à le faire. Le patient/la patiente mentionné(e) à la Partie 1 n'est actuellement pas en mesure de signer cette attestation.

Représentant/Représentante du patient/de la patiente (en caractères d'imprimerie)	No de téléphone avec l'indicatif régional () -
--	--

Je, soussigné/soussignée, certifie que
Patient/Patiente ou son représentant
(en caractère d'imprimerie) Nom du prestataire
(en caractère d'imprimerie)
est considéré(e) comme étant un membre de la famille aux fins des prestations de compassion d'assurance emploi.

signature

date

Service Canada assure la prestation des programmes et des services de Ressources humaines et Développement social
Canada (aussi connu sous le nom de Ressources humaines et Développement des compétences Canada) pour le
gouvernement du Canada.