



## Certificat médical - Prestations de compassion de l'assurance-emploi

- Les renseignements fournis sur ce certificat sont obtenus par Ressources humaines et Développement des compétences Canada (RHDC) en vertu du pouvoir conféré par la Loi sur l'assurance-emploi pour déterminer l'admissibilité aux prestations de compassion d'un ou plusieurs membres de la famille de l'individu gravement malade (patient).
- Le fait de ne pas remplir ce certificat a pour effet de rendre le membre de la famille inadmissible aux prestations.
- Les renseignements fournis peuvent servir à l'analyse de politiques ou à des buts de recherches et/ou d'évaluation et dans ces cas, des liens peuvent être établis entre différentes sources de renseignements sous la garde et le contrôle de RHDC.
- Dans certaines situations, les informations peuvent être divulguées sans le consentement exigé par la Loi de L'Assurance-Emploi.
- Les renseignements personnels demandés par RHDC sur ce formulaire sont recueillis en vertu de la Loi sur la protection des renseignements personnels qui stipule que les individus ont le droit à la protection, ont accès à leurs renseignements personnels et ont le droit de demander des modifications aux informations inexactes. Ces renseignements seront retenus pour six ans après la dernière action administrative tel que décrit dans la banque de données, la demande de prestations - Le bureau local, HRSDC PPU 150. La marche à suivre pour accéder à ces renseignements est décrite dans INFO SOURCE à l'adresse Internet suivante : <http://infosource.gc.ca> Une copie est disponible dans les Centres de Ressources humaines du Canada.
- Si vous désirez des informations additionnelles concernant cette annotation, veuillez S.V.P. rejoindre notre coordonnateur responsable par courriel au [nc-fas-sfa-atip-aiprp@hrdc-drhc.gc.ca](mailto:nc-fas-sfa-atip-aiprp@hrdc-drhc.gc.ca) ou, en composant le (819) 994-0416 ou, écrire à l'adresse 140 Promenade du Portage, Phase IV, 1ier étage, Gatineau, Québec K1A 0J9.

**Nota :**

- Médecins et Professionnels de la santé peuvent exiger des frais pour remplir ce certificat, RHDC ne rembourse pas ces frais. Un prestataire peut éviter ces coûts en ne soumettant pas ce certificat si un tel certificat a déjà été soumis par un membre de la famille du même patient a cours des 26 dernières semaines (six mois).

### Partie 1 - RENSEIGNEMENTS SUR LE/LA PATIENT(E). Patient sera utilisé ci-après.

Si le patient n'est pas en mesure de consentir à la divulgation d'informations médicales, son représentant légal ou désigné doit remplir les parties 1 et 2. Le médecin ou le professionnel de la santé doit remplir la partie 3C

Nom de famille	Prénom et surnom usuel	Date de naissance (j-m-a)

### Adresse de résidence

Appartement.	No civique. Rue, route, chemin ou autre	Ville ou municipalité
Province/Territoire	Pays	Code postal (Canada)

**Par la présente, j'autorise la divulgation des renseignements médicaux contenus à la partie 3, à tous les membres de la famille qui demandent des prestations de compassion d'assurance-emploi ainsi qu'à RHDC.**

Signature ►

Date (j-m-a) ►

### Partie 2 - REPRÉSENTANT DU PATIENT

À remplir par le représentant légal ou désigné si dû à sa maladie, le patient n'a pas signé la partie 1.

**Nota : La présente partie NE CONSTITUE PAS une autorisation de divulgation conférée par la Loi sur l'assurance emploi afin de communiquer des renseignements concernant le patient. RHDC décline toute responsabilité et engagement à l'égard du caractère légal du contenu de cette partie.**

Si le patient ne peut pas consentir à la divulgation de renseignements médicaux, une personne légalement assignée ou autorisée par Loi pour divulguer des renseignements concernant le patient, doit lire et signer ce qui suit :

Représentant du patient (caractères d'imprimerie)	Lien de parenté ou légal	No de tél. avec l'indicatif régional

**Je suis légalement habilité(e) ou autorisé(e) à consentir à la divulgation d'informations mentionnées à la partie 3 se reportant à la santé du patient.**

**Le patient mentionné à la partie 1 n'est actuellement pas en mesure de donner son consentement à la communication de renseignements concernant son état de santé.**

**J'autorise la communication des renseignements d'ordre médical uniquement pour faciliter l'émission d'un certificat médical aux fins des prestations de compassion de l'assurance emploi. J'ai signé les parties 1 et 2 autorisant la communication des renseignements contenus dans ce formulaire.**

Signature	Date (j-m-a)

Nom du patient	Date de naissance (j-m-a)
----------------	---------------------------

### Partie 3 - À REMPLIR PAR UN MÉDECIN OU UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

Les prestations de compassion de l'assurance-emploi sont disponibles aux travailleurs admissibles qui donnent des soins ou du soutien à un membre de leur famille gravement malade et qui encourt un risque significatif de décéder dans les 26 prochaines semaines. Pour en connaître plus au sujet des prestations de compassion, veuillez consulter le site Web suivant :

[http://www.rhdcc.gc.ca/fr/ae/genres/prestations\\_compassion.shtml](http://www.rhdcc.gc.ca/fr/ae/genres/prestations_compassion.shtml)

Nota : Aux fins des prestations d'assurance-emploi, on définit «requiert des soins ou du soutien» de la façon suivante:

- le membre de la famille donne entièrement ou en partie les soins au patient ;
- le membre de la famille apporte un soutien psychologique ou émotionnel au patient; - le membre de la famille planifie qu'une tierce personne donne les soins nécessaires au patient.

#### Important:

Un professionnel de la santé, autre qu'un médecin, peut remplir la partie 3 lorsque le patient  
- se trouve dans un lieu géographique où il n'a pas accès à un traitement par un médecin

ET

- si le professionnel de la santé est désigné par un médecin pour traiter le patient

A. J'ai examiné pour la dernière fois le patient nommé à la partie 1, le : \_\_\_\_\_ et je certifie que les deux conditions suivantes existent.

(j-m-a)

1. Le patient est gravement malade **et risque de décéder au cours des 26 prochaines semaines (six mois).**

Oui  Non

2. Le patient nécessite des soins ou du soutien d'un ou de plusieurs membres de sa famille **au cours de cette période de 26 semaines (six mois).**

Oui  Non

**B. Les prestations de compassion sont payables aux membres de la famille admissibles à partir de la date inscrite en A ci-dessus ou à compter de la semaine dans laquelle ce certificat est rempli.**

Dans certaines situations, ces prestations sont demandées pour une période antérieure et peuvent être payées à compter de cette période antérieure si

vous certifiez que les deux conditions précisées en A ci-dessus s'appliquaient au patient à une telle date.

Ces deux conditions s'appliquaient-elles à votre patient à une date antérieure **mais au cours des six derniers mois?**

Oui  Non

Si oui Veuillez inscrire la date antérieure

\_\_\_\_\_ (j-m-a)

#### C. (S'il y a lieu)

Selon mon opinion professionnelle et au mieux de ma connaissance, le patient indiqué à la partie 1 ne peut pas consentir à la divulgation de renseignements médicaux en raison de sa condition physique ou mentale.

Oui

Signature (Médecin ou Professionnel de la santé désigné par un médecin) ►

Date (j-m-a) ►

### Information personne ressource

Médecin ou Professionnel de la santé identifié ci-dessus, désigné par un			
médecin Nom	Spécialité	No. de permis	
Appartement	No. civique. Rue, route, chemin ou autre	Ville ou municipalité	
Province/Territoire	Pays	No. de tél. avec l'indicatif régional	Code postal (Canada)

#### Médecins ou Professionnels de la santé non canadiens.

Veuillez fournir les renseignements suivants :

- le nom de l'université, le pays et l'année où vous avez obtenu votre diplôme;
- L'établissement auquel vous êtes affilié (hôpital ou clinique d'affiliation); et
- votre numéro de permis.

Université	Pays	Année
Hôpital/Clinique d'affiliation	No. de permis	