

**Déclaration de l'employé(e)  
Prestations d'assurance-emploi et  
indemnités de maternité ou parentales  
selon la convention collective**

Dans le cadre de mon congé (*sélectionner : de maternité ou parental*) :

(Motif du congé) \_\_\_\_\_ du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_,

(motif du congé) \_\_\_\_\_ du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_,

qui me rend admissible à des indemnités de maternité et/ou à des indemnités parentales selon la convention collective du groupe \_\_\_\_\_, je, \_\_\_\_\_, employé(e) du ministère \_\_\_\_\_, prévois demander les prestations suivantes prévues par la *Loi sur l'assurance-emploi* :

Maternité \_\_\_\_\_ semaines.

Parental ou adoption \_\_\_\_\_ semaines **et** \_\_\_\_\_ semaines à compter du \_\_\_\_\_.

OU congé parental prolongé avec prestations d'assurance-emploi au taux de 33 % \_\_\_\_\_ semaines.

Nom du parent qui observe la période d'attente : \_\_\_\_\_.

**OU**

Période d'attente annulée : \_\_\_\_\_

**Le nombre maximal de semaines combinées pendant lesquelles peut être versé le supplément portant les prestations à 93 % du salaire est de 52 semaines.**

Veuillez remplir la section **a)** ou **b)** si l'autre parent travaille pour un organisme dont l'employeur est le Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada.

\_\_\_\_\_ **a) L'autre parent** (Nom et ministère : \_\_\_\_\_), dont la province ou le territoire de résidence est \_\_\_\_\_, est un employé de \_\_\_\_\_ et a demandé ou demandera des indemnités de maternité ou parentales conformément à sa convention collective pour le nombre suivant de semaines :

Maternité \_\_\_\_\_ semaines à 93 % du salaire.

Parental \_\_\_\_\_ semaines à 93 % du salaire.

**OU**

\_\_\_\_\_ **b) L'autre parent** ne demandera aucune des indemnités susmentionnées.

**J'aviserai mon employeur de tout changement apporté au versement des prestations d'assurance-emploi que je recevrai ou que l'autre parent recevra.**

Je fournirai à mon conseiller en rémunération la preuve des prestations d'assurance-emploi que j'aurai reçues afin de justifier les paiements que mon employeur aura versés.

\_\_\_\_\_  
Signature de l'employé(e)

\_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone (domicile/cellulaire)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Adresse électronique à la maison

**DIRECTIVES :**  
**VEUILLEZ TRANSMETTRE LA PRÉSENTE DÉCLARATION À VOTRE CONSEILLER EN**  
**RÉMUNÉRATION AU PLUS TARD DEUX SEMAINES AVANT LE DÉBUT DE VOTRE CONGÉ.**