

Nom et adresse du demandeur

File number	
Local employment centre	
Name of socio-economic aid officer	
Telephone	Extension

Application

I hereby ask the Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale for the assistance available to cover the funeral expenses related to the death of

Name of deceased _____
 who was _____
 Relationship to applicant

Departmental use only
 CP-12 de la personne décédée

I would like the amount to be paid directly to the supplier indicated below in the section "Attestation du fournisseur".

Yes No

Date _____ Applicant's signature _____

Authorization of the local employment centre

The Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale authorizes a special benefit to allow the applicant to cover funeral fees. The amount will be determined once all receipts required to study the application have been received.

The applicant has **30 days** from the date indicated here to present this authorization to a supplier.

▶ _____

Issue date of the authorization

Signature of the aid officer providing the authorization

Attestation du fournisseur

J'atteste avoir assuré l'organisation et la conduite des funérailles de la personne mentionnée ci-dessus.

Nom du fournisseur	
Adresse	
Code postal	
Indiquez : votre numéro d'entreprise du Québec ▶	ou votre numéro d'identification à notre ministère ▶

Téléphone _____ Date _____ Signature du fournisseur _____

CONDITIONS DE PAIEMENT

1. L'**original** de ce formulaire doit être retourné au centre local d'emploi mentionné ci-dessus, avec la facture détaillée, dans les 90 jours après que les frais ou les honoraires ont été engagés.
2. Le Ministère décline toute responsabilité à l'égard d'un contrat intervenu entre le demandeur et le fournisseur.

Departmental use only

Enregistrement	Code(s) du besoin	Faite
A S A S	_____	_____
Date		Signature de l'agent