



PECHE RECREATIVE DU POISSON DE FOND TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR

Demande de designation d'un remplaçant pour cause d'invalidite (instructions)

Veillez remplir le formulaire de demande et le retourner par courriel.

NOTA: le document de designation approuve vous sera renvoye par courriel; vous DEVEZ done indiquer une adresse electronique de retour dans la presente demande. Si vous ne fournissez pas d'adresse electronique, le traitement de votre demande pourrait etre retarde.

Veillez révoir un delai de 10 jours ouvrables pour le traitement de votre demande.

Partie 1: Renseignements concernant le demandeur (personne en situation de handicap)

- Facultatif : Si vous avez obtenu une designation en 2024, indiquez votre numero de designation pour acclerer le traitement de votre demande.
- Si vos coordonnees (adresse et numero de telephone) n'ont pas change depuis 2024, vous n'avez pas a les inscrire de nouveau.
- Si vous n'avez pas presente une demande de designation en 2024, vous devez fournir votre adresse complete

Partie 2: Renseignements concernant le remplaçant designe et declaration

- Si vos coordonnees (adresse et numero de telephone) n'ont pas change depuis 2024, vous n'avez pas a les inscrire de nouveau.
- Facultatif : Indiquez le numero de la personne designee pour acclerer le traitement de votre demande.
- Si vous n'avez pas presente une demande de designation en 2024, vous devez fournir votre adresse complete.
- Une personne ne peut etre designee pour pecher que pour un seul demandeur pendant la periode specifiee

Si la presente demande est approuvee, le Ministere vous recommande de conserver votre numero et celui de la personne designee pour acclerer le traitement de vos futures demandes.

Partie 3 : Enonce de confidentialite

Partie 4: confirmation medicale

Les designations ne seront approuvees que dans les cas d'incapacite permanente (consulter la partie 4).

**Nota: Les demandeurs pour lesquels le MPO a deja approuve la partie 4 du formulaire de designation d'un remplaçant ne sont pas tenus de remplir la partie 4.*

La partie 4 doit etre remplie par un medecin pour une incapacite physique permanente ou par un optometriste pour une incapacite visuelle permanente. La partie 4 peut etre remplacee par un document distinct attestant de l'incapacite, signe par un medecin pour une incapacite physique permanente ou par un optometriste pour une incapacite visuelle permanente.



Demande de désignation d'un remplaçant pour cause d'invalidité

Partie 1: Renseignements concernant le demandeur (personne en situation de handicap)	
Nom complet: _____	Date de naissance: _____
Avez-vous reçu une désignation de handicap précédente? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si Oui, indiquez le numero _____ (facultatif)	
Adresse electronique (obligatoire): _____	
Signature du demandeur (obligatoire): _____	Date _____
Coordonnees (remplissez si vous êtes nouveau ou si vos coordonnées ont change)	
Adresse: _____	
Numero de telephone: _____	

Part 2 : Designate Information	
Nom du remplaçant designe: _____	Date de naissance: _____
DFIN #: _____	
Adresse electronique (obligatoire): _____	
Signature du remplaçant designe (obligatoire): _____	Date _____
Coordonnees (remplissez si vous êtes nouveau ou si vos coordonnées ont changé):	
Adresse: _____	
Numero de telephone: _____	

Partie 3 :Enonce de confidentiality
<p>En signant le present formulaire, le demandeur et le remplaçant designe comprennent et conviennent que les renseignements sont recueillis en vertu de la Loi sur les peches afin que soit delivree une designation de remplaçant pour cause d'invalidite pour la peche recreative du poisson de fond, conformement au fichier de renseignements personnels MPO PPU 415 (Peches recreatives, sportives et en eaux canadiennes reglementees a l'echelle nationale).</p>

Partie 4:Les designations ne sont approuvees que dans les cas d'incapacite « permanente »	
<p>J'ai examine le demandeur et je certifie par la presente que le demandeur (marquer d'un X)</p> <p>_____ a une incapacity physique permanente au niveau des membres inferieurs qui entrave fortement sa mobilite, de sorte que le demandeur est incapable de marcher sur une distance de plus de 50 metres sans l'aide d'une canne ou d'une autre aide, et qu'il est incapable de monter a bord d'une embarcation pour participer a la peche recreative du poisson de fond;</p> <p>_____ a perdu de faq:on permanente l'usage de ses membres superieurs (mains/bras) de sorte qu'il est incapable de participer a la peche recreative du poisson de fond;</p> <p>_____ meme avec la meilleure correction possible, voit moins bien a une distance de 20 pieds qu'une personne ayant une vision normale a une distance de 200 pieds (20/200), ou a un diametre apparent de champ de vision dans chaque ceil inferieur a 20 degres.</p>	
Norn du medecin (lettres moulees): _____	Numero de telephone de cabinet: _____



Signature du medecin: _____

Date: _____