

Refer to completion directions

4 digit code (9 for Alberta plus region and D.O code)

Completed when cancelling an AOB balance

Completed when client requires a second month IS pending EI or when amending a previous AOB form

IS File Number

Full Legal Name

Office Stamp (needed on all 3 copies)

Phone number of worker who completed AOB

Date completed

Client Signature

DATE

Total IS payment (before IS recovery when applicable)

Total IS amount paid divided by number of Sundays in IS benefit period (round down)

First and last Sundays in IS benefit period. If backdating IS to first of the month, use the first Sunday

If the weekly amount does not divide into the number of Sundays evenly, add the outstanding balance to the last week amount

Same day as signature or day after issue

DO NOT USE

DO NOT USE

DO NOT USE

Subsequent requests: See AOB Section

MLA Codes (11-17) + 25%  
4  
based on full month (round up)  
First Sunday in IS benefit period

Date must be the same as, or before cheque issue date

Human Resources Development Canada / Développement des ressources humaines Canada

ASSIGNMENT OF BENEFIT - CESSIION DE PRESTATIONS

CASE NUMBER - NUMÉRO DU CAS

SOCIAL SERVICES OFFICE CODE - INDICATIF DU BUREAU DES SERVICES SOCIAUX

SOCIAL INSURANCE NUMBER - NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE

SIN NUMBER

APPLICANT'S FAMILY NAME - NOM DE FAMILLE DU DEMANDEUR OU DE LA DEMANDEUSE

GIVEN NAME - PRÉNOM

SOCIAL SERVICES AGENCY - ORGANISME DES SERVICES SOCIAUX

NAME AND ADDRESS OF THE SOCIAL SERVICES OFFICE - NOM ET ADRESSE DU BUREAU DES SERVICES SOCIAUX

TELEPHONE NUMBER - NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

SOCIAL SERVICES AUTHORITY - PERSONNE AUTORISÉE DES SERVICES SOCIAUX

SIGNATURE

DATE

I hereby authorize the Human Resources Development Canada to deduct from any benefits payable to me an amount equal to the assigned payments made to me for any week for which I am entitled to payment of employment income benefits.

Par les présentes, j'autorise le Développement des ressources humaines Canada à déduire de toute prestation qui m'est payable une somme égale au montant des paiements alloués qui me sont versés pour toute semaine qui me donne droit à de prestations d'emploi.

I understand that (1) the said deduction will under no circumstances exceed the sum of employment benefits payable during the period for which the assignment is valid, (2) any excess of employment income benefits payable, over the previously mentioned deduction, will be paid directly to me.

Il est entendu que: 1) la somme déduite ne sera en aucun cas supérieure à celle de prestations d'emploi payables au cours de la période visée par les présentes, et 2) le solde des prestations d'emploi qui me sont payables me sera versé directement une fois que les déductions susmentionnées auront été effectuées.

Moreover, I do hereby consent that my personal information, taken from my claim for benefit and dealing with the assignment of my benefits, be disclosed and/or used by the identified Social Services Office only for the purpose of establishing my entitlement to social assistance.

De plus, je consens à ce que les renseignements personnels fournis dans ma demande de prestations et ayant trait à la cession de mes prestations soient divulgués à l'organisme des services sociaux concerné et utilisés par celui-ci aux seules fins d'établir mon admissibilité à l'aide sociale.

SIGNATURE OF APPLICANT - SIGNATURE DU DEMANDEUR OU DE LA DEMANDEUSE

DATE

FOR SOCIAL SERVICES OFFICES AND HRDC USE - SOCIAL ASSISTANCE PAYMENT ALLOCATION

RÉSERVÉ AUX BUREAUX DES SERVICES SOCIAUX ET AU DRHC - RÉPARTITION DU PAIEMENT D'AIDE SOCIALE

TOTAL AMOUNT(S) PAID - MONTANT TOTAL PAYÉ

DATE(S) PAYMENT(S) ISSUED - DATE(S) DE L'ÉMISSION DU (S) PAIEMENT(S)

MINIMUM LIVING ALLOWANCE - ALLOCATION DE BASE

1. D - J M Y - A

2. D - J M Y - A

3. D - J M Y - A

AMOUNT - MONTANT

EFFECTIVE DATE - DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR

IF EACH WEEKLY ASSIGNMENT (EXCEPT THE LAST) IS EQUAL, PLEASE COMPLETE SECTION A; IF IT VARIES FROM ONE WEEK TO ANOTHER, PLEASE COMPLETE SECTION B.

SI LE MONTANT DE CHAQUE CESSIION HEBDOMADAIRE (SAUF LE DERNIER) EST ÉGAL, VEUILLEZ REMPLIR LA PARTIE A; S'IL VARIE D'UNE SEMAINE À L'AUTRE, VEUILLEZ REMPLIR LA PARTIE B.

A - WEEKLY BREAKDOWN COMMENCING FROM SUNDAY DATE - VENTILATION HEBDOMADAIRE COMMENÇANT LE

FOR HRDC USE ONLY - RÉSERVÉ AU DRHC

WEEKLY AMOUNT - MONTANT HEBDOMADAIRE

START WEEK - PREMIÈRE SEMAINE

LAST WEEK - DERNIÈRE SEMAINE

LAST WEEK AMOUNT - MONTANT DE LA DERNIÈRE SEMAINE

THE ASSIGNMENT OF BENEFIT REQUEST HAS BEEN RETURNED FOR THE FOLLOWING REASON - LA DEMANDE DE CESSIION DE PRESTATIONS EST RETOURNÉE POUR LE MOTIF SUIVANT

FORM INCOMPLETE - FORMULAIRE INCOMPLÉT

NO APPLICANT SIGNATURE - PAS DE SIGNATURE DU DEMANDEUR OU DE LA DEMANDEUSE

THE ASSIGNMENT OF BENEFIT REQUEST WAS SIGNED BY THE APPLICANT AFTER HE OR SHE HAD RECEIVED THE SOCIAL SERVICES PAYMENT. - LA DEMANDE DE CESSIION DE PRESTATIONS A ÉTÉ SIGNÉE PAR LE DEMANDEUR OU LA DEMANDEUSE APRÈS QU'IL OU QU'ELLE AIT REÇU L'ALLOCATION DES SERVICES SOCIAUX

HRDC CLERK SIGNATURE - SIGNATURE DU COMMISS DU DRHC

DATE

Canada

INS 3113 (05-97) B

NOTE TO APPLICANT: AU DEMANDEUR OU À LA DEMANDEUSE

THE REVERSE OF PART 2 CONTAINS IMPORTANT INFORMATION. DES RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS SONT FOURNIS AU VERSO DE LA PARTIE 2.

1 - ITC COPY - COPIE DU CTI

2 - APPLICANT COPY - COPIE DU DEMANDEUR OU DE LA DEMANDEUSE

3 - SOCIAL SERVICES AGENCY COPY - COPIE DE L'ORGANISME DES SERVICES SOCIAUX