

Demande de prestations

Personne mineure (âgée de moins de 18 ans)
victime d'un acte criminel

Comment remplir le formulaire?

De manière à vous aider à remplir correctement le formulaire de demande de prestations, la Direction de l'IVAC met à votre disposition sur son site Internet le *GUIDE POUR REMPLIR UNE DEMANDE DE PRESTATIONS À L'IVAC – Personne mineure (âgée de moins de 18 ans) victime d'un acte criminel*. Il fournit les informations à avoir en main avant de nous envoyer la demande pour la personne mineure. Il vous aidera à remplir le formulaire de demande de prestations ainsi qu'à réunir les pièces requises.

ATTENTION : Si la personne mineure a été victime de plusieurs actes criminels distincts et commis par différents agresseurs, veuillez déposer une demande de prestations pour chaque acte criminel subi.

Si vous pensez avoir besoin d'une aide additionnelle pour remplir la demande de prestations, veuillez vous adresser à un centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC), à un centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) ou à un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS). Vous trouverez sur Internet les coordonnées du CAVAC, du CALACS ou du CIUSSS de votre région.

Qui peut présenter une demande de prestations?

- Seule la personne détentrice de l'autorité parentale ou le Directeur de la protection de la jeunesse peut présenter une demande de prestations au nom d'une personne mineure âgée de moins de 18 ans qui est blessée en raison d'un acte criminel survenu au Québec et prévu à l'annexe de la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels :
- Si la victime mineure décède, la personne détentrice de l'autorité parentale ou le Directeur de la protection de la jeunesse ou un proche de la personne victime mineure peut présenter une demande de prestations. Une personne qui a acquitté les frais funéraires, les frais de transport du corps ou les frais de nettoyage de la scène de crime pourrait également déposer une demande de prestations.

Une personne mineure qui subit un préjudice matériel parce qu'elle est intervenue pour aider un agent de la paix à arrêter un contrevenant à la loi ou à empêcher qu'une infraction soit commise est considérée comme une victime, même si elle n'est ni tuée, ni blessée. Si, dans les mêmes circonstances, cette personne est blessée ou tuée, elle est considérée comme une victime.

Depuis le 24 novembre 2016, les parents mineurs d'enfants assassinés par l'un des parents sont reconnus à titre de victimes au sens de la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels. Le principal critère à retenir est que le geste posé par l'un des parents visait directement l'autre parent. Ainsi, l'acte en soi (l'assassinat) suffit pour démontrer que l'autre parent est une victime, et aucune preuve additionnelle n'est nécessaire à l'étude de l'admissibilité du dossier.

ATTENTION : Les victimes concernées par cette nouvelle directive mise en vigueur le 24 novembre 2016 peuvent présenter une demande de prestations même si l'acte criminel est survenu depuis plus de deux ans, **pour les crimes commis avant le 24 novembre 2016**. Pour les crimes commis après le 24 novembre 2016, le délai de prescription de deux ans, comme prévu par la loi, est applicable.

Toute personne mineure victime d'un crime ou, si elle est tuée, ses personnes à charge peuvent se prévaloir de la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels et bénéficier des avantages qui y sont prévus.

Cas particuliers : Il arrive que la personne victime soit blessée ou tuée dans certaines circonstances qui donnent ouverture en sa faveur ou en celle de ses personnes à charge à des indemnisations en vertu d'une autre loi, par exemple en cas d'accident du travail (CNESST) ou d'accident de la route (SAAQ).

À quel moment doit-on présenter une demande de prestations?

Pour les personnes victimes mineures, il n'y a pas de délai pour présenter une demande de prestations. Toutefois, dès que la personne victime a atteint ses 18 ans, le délai pour présenter la demande de prestations de deux ans, comme prévu par la loi, est applicable. Pour les crimes commis avant le 23 mai 2013, ce délai de présentation est d'un an.

Si votre enfant est âgé de 18 ans ou plus, c'est le formulaire de demande de prestations pour les personnes victimes majeures (âgées de plus de 18 ans) qui doit être utilisé. Il est disponible dans la section Formulaires et guides du site Web de la Direction de l'IVAC, au www.ivac.qc.ca.

Quels sont les documents obligatoires à joindre à une demande de prestations?

Au moment de déposer la demande de prestations, vous devez joindre une preuve de blessure. Si vous avez en votre possession un document produit par un professionnel membre d'un ordre professionnel ou produit par un établissement de santé qui constate les blessures causées par l'acte criminel dont la personne mineure a été la victime, vous devez le joindre à la demande de prestations. À titre d'exemple, ce document peut être un rapport médical ou un rapport d'évaluation psychologique ou psychosociale. La liste des documents qui pourraient être acceptés comme preuves objectives de blessure est disponible sur le site Internet de la Direction de l'IVAC.

Les autres documents demandés sont requis pour accélérer le traitement de votre demande et serviront à l'évaluation du droit à certaines indemnités et à leur calcul, le cas échéant.

ATTENTION : Dans le cas où la personne mineure est victime d'une agression sexuelle ou d'inceste, aucun document n'est exigé pour faire la preuve de la blessure **au moment du dépôt de la demande de prestations**. À l'étape du traitement du dossier, il se peut qu'un rapport médical ou un rapport d'évaluation psychologique soit demandé afin que les intervenants de la Direction de l'IVAC puissent autoriser les traitements adéquats pour soigner les blessures causées par l'acte criminel.

Quels sont les renseignements obligatoires que vous devez fournir?

Plusieurs éléments essentiels doivent se trouver dans la demande de prestations pour permettre l'ouverture du dossier. Si l'un ou plusieurs d'entre eux sont manquants, la demande de prestations sera retournée. Ainsi, vous devez obligatoirement fournir les renseignements sur l'identité, le numéro d'assurance maladie et le numéro d'assurance sociale de la personne mineure, ainsi que la date de l'acte criminel (événement unique ou sur une période de temps). À titre de réclamant, vous devez également obligatoirement signer l'avis d'option (section 13), même si aucune poursuite en dommages n'a été intentée. Vous devez aussi déclarer que les renseignements fournis sont véridiques et complets en signant à la section 15.

Avant de nous transmettre votre demande de prestations, assurez-vous d'en garder une copie.

Veillez expédier votre demande de prestations remplie, signée et accompagnée de tous les documents requis à l'adresse suivante :

Direction de l'indemnisation des victimes d'actes criminels
1199, rue De Bleury
Case postale 6056, succursale Centre-ville
Montréal (Québec) H3C 4E1

Pour toute information additionnelle, veuillez communiquer avec nous :

Région de Montréal : 514 906-3019

Sans frais, au Canada seulement : 1 800 561-4822

Courriel : info@ivac.qc.ca

Site Internet : www.ivac.qc.ca

Liste de contrôle des documents joints

De manière à accélérer l'étude de votre dossier, il est vivement conseillé d'y joindre toutes les pièces qui sont requises ou qui pourraient servir à l'appuyer et à le documenter. Il se peut qu'un intervenant de la Direction de l'IVAC communique avec vous pour demander tout autre document jugé utile.

Cochez la case si le document est joint à la demande de prestations	Pièces jointes
<input type="checkbox"/>	Attestation de fréquentation scolaire
<input type="checkbox"/>	Attestation médicale
<input type="checkbox"/>	Attestation médicale CNESST
<input type="checkbox"/>	Avis de cotisation de l'année précédant l'acte criminel ou l'incapacité
<input type="checkbox"/>	Copie des actes de naissance des personnes à charge, lesquels incluent les noms de leurs père et mère
<input type="checkbox"/>	Copie du certificat de décès
<input type="checkbox"/>	Copie du certificat de mariage ou d'union civile
<input type="checkbox"/>	Déclaration de revenus provinciale ou fédérale de l'année précédant l'acte criminel ou l'incapacité
<input type="checkbox"/>	Lettre de cessation d'emploi
<input type="checkbox"/>	Plan de traitement dentaire et radiographie panoramique
<input type="checkbox"/>	Rapport d'évaluation psychologique
<input type="checkbox"/>	Rapport d'évaluation psychosociale
<input type="checkbox"/>	Rapport de police
<input type="checkbox"/>	Rapport médical
<input type="checkbox"/>	Reçu original des frais de transport du corps
<input type="checkbox"/>	Reçu original du paiement des frais de nettoyage d'une scène de crime
<input type="checkbox"/>	Reçu original du paiement des frais funéraires
<input type="checkbox"/>	Reçu original ou facture du service ambulancier
<input type="checkbox"/>	Reçu pour une aide personnelle
<input type="checkbox"/>	Relevé d'assurance-emploi
<input type="checkbox"/>	Relevé R3 ou T5
<input type="checkbox"/>	Soumission pour des lunettes, des prothèses ou des orthèses
<input type="checkbox"/>	Soumissions pour des travaux d'entretien courant du domicile
<input type="checkbox"/>	Talons de paie des douze derniers mois ou lettre de l'employeur
<input type="checkbox"/>	Autre document officiel attestant le revenu, précisez :
<input type="checkbox"/>	Autre document, précisez :

Réservé à l'usage de la
Direction de l'IVAC

N° de
dossier ▶

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1 - Renseignements sur l'identité de la personne mineure victime

Nom de famille (selon l'acte de naissance)	N° d'assurance maladie <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										
Prénom	N° d'assurance sociale <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										
Nom actuel, s'il est différent du nom de famille à la naissance	Sexe F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>										
Date de naissance <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;">A</td><td style="width: 20px; height: 20px;">A</td><td style="width: 20px; height: 20px;">A</td><td style="width: 20px; height: 20px;">A</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">M</td><td style="width: 20px; height: 20px;">M</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">J</td><td style="width: 20px; height: 20px;">J</td> </tr> </table>		A	A	A	A	M	M	J	J		
A	A	A	A	M	M	J	J				
En cas de décès de la personne victime, indiquez la date du décès : <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;">A</td><td style="width: 20px; height: 20px;">A</td><td style="width: 20px; height: 20px;">A</td><td style="width: 20px; height: 20px;">A</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">M</td><td style="width: 20px; height: 20px;">M</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">J</td><td style="width: 20px; height: 20px;">J</td> </tr> </table> Veillez joindre une copie du certificat de décès.		A	A	A	A	M	M	J	J		
A	A	A	A	M	M	J	J				
Adresse du domicile (endroit où habite la personne mineure la plupart du temps)											
Numéro	Rue	Appartement	Langue de correspondance								
Case postale	Ville/Municipalité		Français <input type="checkbox"/>								
Province/État	Pays	Code postal <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>					Anglais <input type="checkbox"/>				
Téléphone (domicile)	Téléphone (bureau)	Téléphone (autre)									
Hébergée en famille d'accueil ▶	Nom de la personne responsable de la famille d'accueil _____										
	Téléphone	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>									

2 - Réclamant

Indiquez à quel titre vous présentez une demande de prestations. Seule la personne détentrice de l'autorité parentale ou le Directeur de la protection de la jeunesse peut être réclamant, sauf en cas de décès. <input type="checkbox"/> Père ou mère d'un enfant mineur <input type="checkbox"/> Tuteur d'un enfant mineur <input type="checkbox"/> Directeur de la protection de la jeunesse	En cas de décès de la victime, indiquez à quel titre vous présentez une demande de prestations. <input type="checkbox"/> Père ou mère d'un enfant mineur <input type="checkbox"/> Tuteur d'un enfant mineur <input type="checkbox"/> Directeur de la protection de la jeunesse <input type="checkbox"/> Personne ayant acquitté les frais funéraires, les frais de transport du corps ou les frais de nettoyage d'une scène de crime dans une résidence privée <input type="checkbox"/> Proche d'une victime décédée (Voir définition de « proche » à l'annexe 2 pour vérifier si vous avez droit à l'aide aux proches.)						
Nom et prénom du réclamant		Madame <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/>					
Adresse de correspondance du réclamant (si différente de l'adresse de la personne mineure)							
Numéro	Rue	Appartement	Langue de correspondance				
Case postale	Ville/Municipalité		Français <input type="checkbox"/>				
Province/État	Pays	Code postal <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>					Anglais <input type="checkbox"/>
Téléphone (domicile)	Téléphone (bureau)	Téléphone (autre)					
Autorisez-vous le ou les parents à avoir accès au dossier de la personne mineure victime jusqu'à la fin du traitement de la demande de prestations?							
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>							
Noms des personnes autorisées : _____		Signature du réclamant (Signer à la main la version imprimée) : _____					

3 - Acte criminel

Événement unique : <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;">A</td><td style="width: 20px; height: 20px;">A</td><td style="width: 20px; height: 20px;">A</td><td style="width: 20px; height: 20px;">A</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">M</td><td style="width: 20px; height: 20px;">M</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">J</td><td style="width: 20px; height: 20px;">J</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;">H</td><td style="width: 20px; height: 20px;">H</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">M</td><td style="width: 20px; height: 20px;">M</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> A.M. OU <input type="checkbox"/> P.M. Heure	A	A	A	A	M	M	J	J	H	H	M	M	Événements sur une période de temps : Date de début : <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;">A</td><td style="width: 20px; height: 20px;">A</td><td style="width: 20px; height: 20px;">A</td><td style="width: 20px; height: 20px;">A</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">M</td><td style="width: 20px; height: 20px;">M</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">J</td><td style="width: 20px; height: 20px;">J</td> </tr> </table> Date de fin : <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;">A</td><td style="width: 20px; height: 20px;">A</td><td style="width: 20px; height: 20px;">A</td><td style="width: 20px; height: 20px;">A</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">M</td><td style="width: 20px; height: 20px;">M</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">J</td><td style="width: 20px; height: 20px;">J</td> </tr> </table>	A	A	A	A	M	M	J	J	A	A	A	A	M	M	J	J
A	A	A	A	M	M	J	J																						
H	H	M	M																										
A	A	A	A	M	M	J	J																						
A	A	A	A	M	M	J	J																						
Lieu, ville et/ou adresse	Province	Pays																											
Décrivez les circonstances de l'acte criminel dont la personne mineure a été victime. Si nécessaire, utilisez l'espace supplémentaire à la fin du formulaire.																													

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Si la personne mineure est décédée, passez à la section 6 et remplissez l'annexe 2 – Proches de la victime décédée.

4 - Blessures physiques ou psychologiques

Décrivez les blessures physiques ou psychologiques subies par la personne mineure à la suite de l'acte criminel dont elle a été victime ou témoin :

Si vous avez une *Attestation médicale* CNESST ou tout autre document confirmant la présence d'une blessure, veuillez la joindre à votre demande de prestations (voir l'annexe du *Guide pour remplir une demande de prestations*).

5 - Suivi médical

Après l'acte criminel, la personne mineure a-t-elle consulté :

- un médecin
 un autre professionnel de la santé, précisez :

Date de la première consultation d'un professionnel de la santé

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Nom du professionnel de la santé consulté

Adresse du professionnel de la santé consulté

Nom de l'hôpital ou de l'établissement de santé où la personne mineure a été traitée ou hospitalisée

La personne mineure n'a pas consulté.

Un suivi médical est prévu pour les blessures.

Si l'espace est insuffisant, utiliser l'espace supplémentaire à la fin du présent formulaire.

6 - Service de police

L'acte criminel a-t-il été signalé à un service de police? Oui Non **Si oui**, fournissez les renseignements suivants :

Nom du service de police/N° du poste

N° du rapport de police

Nom du policier responsable de l'enquête

Téléphone du policier responsable

Si l'agresseur a fait l'objet d'une accusation au criminel, inscrivez le numéro de dossier à la cour criminelle :

7 - Témoins de l'acte criminel, s'il y a lieu

Noms

Adresses et numéros de téléphone

8 - Présumés responsables de l'acte criminel, si connus

Noms

Adresses et numéros de téléphone

9 - Frais et traitements

Cochez les frais ou traitements que vous souhaitez réclamer qui sont directement en lien avec les blessures causées par l'acte criminel.

Sachez que toutes les demandes doivent être préalablement évaluées et autorisées par la Direction de l'IVAC.

Des pièces justificatives seront demandées en appui à chacune des demandes soumises.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ambulance | <input type="checkbox"/> Psychothérapie pour la personne victime mineure |
| <input type="checkbox"/> Frais de transport et/ou de séjour | <input type="checkbox"/> Psychothérapie pour un proche |
| <input type="checkbox"/> Frais de garde d'enfants | <input type="checkbox"/> Aide personnelle à domicile |
| <input type="checkbox"/> Déménagement | <input type="checkbox"/> Travaux d'entretien courant du domicile |
| <input type="checkbox"/> Système d'alarme | <input type="checkbox"/> Allocation de disponibilité |
| <input type="checkbox"/> Cours d'autodéfense | <input type="checkbox"/> Lunettes ou verres de contact endommagés |
| <input type="checkbox"/> Médicaments | <input type="checkbox"/> Prothèses ou orthèses endommagées |
| <input type="checkbox"/> Traitements dentaires | <input type="checkbox"/> Vêtements endommagés : |
| <input type="checkbox"/> Physiothérapie ou ergothérapie | Valeur estimée totale des vêtements endommagés : _____ \$ |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____ | |

Si vous avez déjà déboursé des sommes, vous devez joindre vos pièces justificatives à la présente demande.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10 - Incapacité à travailler, à étudier ou à vaquer à ses activités habituelles pour la personne mineure

Est-ce que la personne mineure a eu un arrêt de travail ou a-t-elle été incapable d'étudier ou de vaquer à ses activités habituelles à la suite de l'acte criminel?

Oui

Indiquez la date du début de l'incapacité :

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

(Joindre une attestation médicale confirmant l'incapacité à travailler, à étudier ou à vaquer à ses activités habituelles pour qu'elle soit évaluée.)

Non

Si la personne mineure est actuellement en arrêt de travail, a-t-elle une source de revenu?

Oui

Laquelle? _____

Non

11 - Situation familiale

Quelle était la situation familiale de la personne mineure, déclarée selon les lois fiscales à la date de l'acte criminel (événement unique) **OU** à la date de début de la période (événements sur une période de temps)?

Célibataire

Avec conjoint non à charge

Avec conjoint à charge

Famille monoparentale

Nombre de personnes mineures à charge : _____

Si vous avez indiqué une incapacité à la section 10, quelle était la situation familiale de la personne mineure déclarée selon les lois fiscales à la date de début de l'incapacité?

Célibataire

Avec conjoint non à charge

Avec conjoint à charge

Famille monoparentale

Nombre de personnes mineures à charge : _____

12 - Statut et sources de revenus de la personne mineure

Quels étaient le statut et les sources de revenus de la personne mineure à la date de l'acte criminel (événement unique) **OU** à la date de début de la période (événements sur une période de temps)?

(Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.)

En emploi

Salarié (Faire remplir l'annexe 1B par son employeur)

Travailleur autonome

Sans emploi

Aux études à temps plein

Prestataire :

d'aide financière de dernier recours (aide sociale)

d'assurance-emploi (chômage)

d'assurance salaire privée ou collective

d'indemnités de la CNESST

d'indemnités de la SAAQ

Autre, précisez : _____

Joindre une preuve de ses sources de revenus.

Voir le *Guide pour remplir une demande de prestations* pour plus d'information sur les preuves à fournir.

Si vous avez indiqué une incapacité à la section 10, quels étaient le statut et les sources de revenus de la personne mineure à la date de début de l'incapacité?

(Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.)

En emploi

Salarié (Faire remplir l'annexe 1A par son employeur)

Travailleur autonome

Sans emploi

Aux études à temps plein

Prestataire :

d'aide financière de dernier recours (aide sociale)

d'assurance-emploi (chômage)

d'assurance salaire privée ou collective

d'indemnités de la CNESST

d'indemnités de la SAAQ

Autre, précisez : _____

Joindre une preuve de ses sources de revenus.

Voir le *Guide pour remplir une demande de prestations* pour plus d'information sur les preuves à fournir.

13 - Avis d'option

ATTENTION : Vous devez cocher si oui ou non une poursuite en dommages a été intentée et vous devez obligatoirement signer cette section 13, même si vous cochez Non.

Une poursuite en dommages a-t-elle été intentée contre le ou les présumés responsables?

Oui Non

Montant réclamé ▶ \$

Montant reçu ▶ \$

Nom, adresse et numéro de téléphone de l'avocat qui vous représente

Par la présente, je fais option pour la personne mineure ou les personnes à charge mentionnées dans ce formulaire en vue de bénéficier des avantages de la Loi sur l'IVAC.

Signature obligatoire du réclamant (Signer à la main la version imprimée)

▶

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Nom (en caractères d'imprimerie)

Nom et adresse du témoin à la signature

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

14 - Autorisation de recueillir des renseignements relatifs à mon état de santé

J'autorise tout médecin ou autre professionnel de la santé, tout intervenant de la santé, tout établissement de la santé et des services sociaux ou toute clinique à communiquer à la Direction de l'indemnisation des victimes d'actes criminels les renseignements relatifs à l'état de santé de la personne victime mineure concernant le traitement de sa demande de prestations. À moins d'une révocation écrite de ma part, la présente autorisation demeure valide jusqu'à la fin du traitement de la demande de prestations.

Certains renseignements concernant la personne mineure victime pourraient être transmis à d'autres organismes gouvernementaux qui ont signé avec la CNESST des ententes sur l'échange d'information, conformément à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels.

Signature (Personne mineure de 14 ans ou plus ou réclamant) (Signer à la main la version imprimée)

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

15 - Déclaration

Je déclare que les renseignements fournis dans la présente demande de prestations sont véridiques et complets.

Signature obligatoire (Réclamant) (Signer à la main la version imprimée)

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Renseignements sur la rémunération de l'employé à la date de l'arrêt de travail

Important:

Ce formulaire s'adresse à l'employeur.

Il doit le remplir et le transmettre le plus tôt possible à la Direction de l'indemnisation des victimes d'actes criminels.

Réservé à l'usage de la
Direction de l'IVAC

N° de dossier ▶

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Veuillez cocher Oui si les renseignements sont identiques à la date de l'arrêt de travail et à la date de l'acte criminel.

Oui Non

Si vous avez coché Oui, l'employeur peut remplir un seul annexe, l'annexe 1A ou l'annexe 1B.

Autorisation

J'autorise la Direction de l'IVAC à communiquer avec mon employeur afin d'obtenir les renseignements nécessaires à l'évaluation de ma présente demande de prestations, notamment pour obtenir et vérifier les renseignements figurant dans le présent formulaire. J'autorise également la Direction de l'IVAC à communiquer avec mon employeur au sujet de toute mesure de réinsertion professionnelle. Cette autorisation est valide jusqu'à la fin du traitement de ma demande de prestations.

Date de l'arrêt de travail

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Signature de l'employé
(Signer à la main la version imprimée) ▶

Renseignements sur l'employé

Nom	Prénom	N° d'assurance sociale																				
		<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				

Renseignements sur l'employeur

Nom de l'entreprise																																										
Numéro	Rue	Bureau																																								
Case postale	Ville/Municipalité																																									
Province/État	Pays	Code postal																																								
<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																						<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				
Téléphone	Télécopieur																																									
<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																																										

Renseignements sur la fonction de l'employé

Poste occupé à la date de l'arrêt de travail	Horaire de travail : cochez les jours habituellement travaillés								
_____	L M M J V S D <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
Date d'entrée en fonction : <table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	A	A	A	A	M	M	J	J	Autre horaire : _____
A	A	A	A	M	M	J	J		
Description des tâches									

Renseignements sur l'emploi

Nature de l'emploi à la date de l'arrêt de travail	Mode de rémunération																																
<input type="checkbox"/> À temps plein <input type="checkbox"/> À contrat à durée déterminée <input type="checkbox"/> À temps partiel <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Sur appel <input type="checkbox"/> Saisonnier	Salaire de l'employé à la date de l'arrêt de travail : _____ \$ <input type="checkbox"/> À taux fixe : <input type="checkbox"/> heure <input type="checkbox"/> semaine <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> À la commission <input type="checkbox"/> À forfait <input type="checkbox"/> Au pourboire <input type="checkbox"/> Autre : _____																																
Semaine normale de travail de l'employé <table border="1"><tr><td>H</td><td>H</td><td>M</td><td>M</td></tr></table>	H	H	M	M	Salaire annuel brut : _____ \$																												
H	H	M	M																														
Date de fin de contrat : <table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	A	A	A	A	M	M	J	J	<input type="checkbox"/> Contrat de travail OU <input type="checkbox"/> Gagné au cours des 12 derniers mois précédant la date de l'arrêt de travail																								
A	A	A	A	M	M	J	J																										
Le contrat est-il renouvelable? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	A	A	A	A	M	M	J	J																								
A	A	A	A	M	M	J	J																										
L'employé s'est-il absenté?	Y a-t-il eu par la suite d'autres arrêts de travail?																																
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Du <table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table> Au <table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	A	A	A	A	M	M	J	J	A	A	A	A	M	M	J	J	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Du <table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table> Au <table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	A	A	A	A	M	M	J	J	A	A	A	A	M	M	J	J
A	A	A	A	M	M	J	J																										
A	A	A	A	M	M	J	J																										
A	A	A	A	M	M	J	J																										
A	A	A	A	M	M	J	J																										
Nom de l'employeur ou de son représentant (en caractères d'imprimerie)																																	
Signature de l'employeur ou de son représentant (Signer à la main la version imprimée) ▶	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																																

Renseignements sur la rémunération de l'employé à la date de l'acte criminel

Important :

Ce formulaire s'adresse à l'employeur.

Il doit le remplir et le transmettre le plus tôt possible à la Direction de l'indemnisation des victimes d'actes criminels.

Réservé à l'usage de la
Direction de l'IVAC

N° de
dossier ▶

Autorisation

J'autorise la Direction de l'IVAC à communiquer avec mon employeur afin d'obtenir les renseignements nécessaires à l'évaluation de ma présente demande de prestations, notamment pour obtenir et vérifier les renseignements figurant dans le présent formulaire. J'autorise également la Direction de l'IVAC à communiquer avec mon employeur au sujet de toute mesure de réinsertion professionnelle. Cette autorisation est valide jusqu'à la fin du traitement de ma demande de prestations.

Date de l'acte criminel

Signature de l'employé
(Signer à la main la version imprimée) ▶

Renseignements sur l'employé

Nom Prénom

N° d'assurance sociale

Renseignements sur l'employeur

Nom de l'entreprise

Numéro Rue Bureau

Case postale Ville/Municipalité

Province/État Pays Code postal

Téléphone Télécopieur

Renseignements sur la fonction de l'employé

Poste occupé à la date de l'acte criminel

Horaire de travail : cochez les jours habituellement travaillés

L M M J V S D

Date d'entrée en fonction :

Autre horaire : _____

Description des tâches

Renseignements sur l'emploi

Nature de l'emploi à la date de l'acte criminel

- À temps plein À contrat à durée déterminée
 À temps partiel Autre : _____
 Sur appel _____
 Saisonnier

Mode de rémunération

- À taux fixe : heure À la commission
 semaine À forfait
 mois Autre : _____
 Au pourboire

Salaire de l'employé
à la date de l'acte
criminel

_____ \$

Semaine normale de
travail de l'employé

Salaire annuel brut

_____ \$

Contrat de travail **OU** Gagné au cours des 12 derniers
mois précédant la date de l'acte
criminel

Date de fin de contrat

Le contrat est-il
renouvelable? Oui ▶

Non

L'employé s'est-il absenté?

Oui ▶ Du Au
 Non

Y a-t-il eu par la suite d'autres arrêts de travail?

Oui ▶ Du Au
 Non

Nom de l'employeur ou de son représentant (en caractères d'imprimerie)

Signature de l'employeur
ou de son représentant
(Signer à la main la version imprimée) ▶

Aide aux proches de la victime décédée

Réservé à l'usage de la
Direction de l'IVAC

N° de
dossier ▶

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Prénom et nom de la personne décédée

Définition de « proches »

On entend par « proche » le conjoint, le père et la mère de la victime ou la personne lui tenant lieu de père ou de mère, l'enfant de la victime ainsi que l'enfant de son conjoint, le frère et la sœur de la victime, le grand-père et la grand-mère de la victime ainsi que l'enfant du conjoint de son père ou de sa mère.

Le proche d'une victime décédée qui subit un préjudice psychologique peut bénéficier du nombre de séances de psychothérapie prévu selon le règlement.

Remplissez la section ci-dessous pour chaque personne voulant bénéficier de l'aide aux proches.

Renseignements sur les proches

1	Nom de famille (selon l'acte de naissance)		Lien de parenté	
	Prénom		Date de naissance A A A A M M J J	
	Adresse Numéro	Rue	Appartement	N° d'assurance sociale □ □ □ □ □ □ □ □
	Case postale	Ville/Municipalité		N° d'assurance maladie □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
	Province/État	Pays		Code postal □ □ □ □ □
2	Nom de famille (selon l'acte de naissance)		Lien de parenté	
	Prénom		Date de naissance A A A A M M J J	
	Adresse Numéro	Rue	Appartement	N° d'assurance sociale □ □ □ □ □ □ □ □
	Case postale	Ville/Municipalité		N° d'assurance maladie □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
	Province/État	Pays		Code postal □ □ □ □ □
3	Nom de famille (selon l'acte de naissance)		Lien de parenté	
	Prénom		Date de naissance A A A A M M J J	
	Adresse Numéro	Rue	Appartement	N° d'assurance sociale □ □ □ □ □ □ □ □
	Case postale	Ville/Municipalité		N° d'assurance maladie □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
	Province/État	Pays		Code postal □ □ □ □ □
4	Nom de famille (selon l'acte de naissance)		Lien de parenté	
	Prénom		Date de naissance A A A A M M J J	
	Adresse Numéro	Rue	Appartement	N° d'assurance sociale □ □ □ □ □ □ □ □
	Case postale	Ville/Municipalité		N° d'assurance maladie □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
	Province/État	Pays		Code postal □ □ □ □ □

Personnes à charge de la victime décédée

Réservé à l'usage de la
Direction de l'IVAC

N° de
dossier ▶

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Prénom et nom de la personne décédée

Définition de « personnes à charge » de la victime décédée

1 - Conjoints. Les personnes :

- A. liées par un mariage ou une union civile et qui cohabitent ; ou
- B. qui vivent ensemble maritalement, qu'elles soient de sexe différent ou de même sexe, et qui, au moment de l'événement,
 - résidaient ensemble depuis trois ans ou depuis un an si un enfant était issu de leur union, et
 - étaient publiquement représentées comme conjoints.

2 - Une personne liée à la victime par un mariage ou une union civile ou qui lui était ainsi liée, et

- qui en est séparée de fait ou légalement ou dont le mariage ou l'union civile avec celui-ci est dissout ou déclaré nul par un jugement définitif ou dont l'union civile est dissoute par une déclaration commune notariée de dissolution ; et
- qui, au moment de l'événement, avait le droit de recevoir de la victime une pension alimentaire en vertu d'un jugement ou d'une convention.

3 - Un enfant de la victime, âgé de moins de 18 ans.

4 - Une autre personne liée à la victime par le sang ainsi que toute personne étrangère qui tenait lieu de parent à la victime (*in loco parentis*) ou à l'égard de qui la victime tenait lieu de parent (*in loco parentis*) et qui, lors de l'événement, vivait entièrement ou partiellement du revenu de la victime.

Renseignements sur les personnes à charge (conjoint, enfant ou autres personnes à charge).

Voir la définition de personnes à charge ci-dessus.

1	Nom de famille (selon l'acte de naissance)		Lien de parenté	
	Prénom		Date de naissance A A A A M M J J	
	Adresse Numéro	Rue	Appartement	N° d'assurance sociale □ □ □ □ □ □ □ □
	Case postale	Ville/Municipalité		N° d'assurance maladie □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
	Province/État	Pays		Code postal □ □ □ □ □ □
2	Nom de famille (selon l'acte de naissance)		Lien de parenté	
	Prénom		Date de naissance A A A A M M J J	
	Adresse Numéro	Rue	Appartement	N° d'assurance sociale □ □ □ □ □ □ □ □
	Case postale	Ville/Municipalité		N° d'assurance maladie □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
	Province/État	Pays		Code postal □ □ □ □ □ □
3	Nom de famille (selon l'acte de naissance)		Lien de parenté	
	Prénom		Date de naissance A A A A M M J J	
	Adresse Numéro	Rue	Appartement	N° d'assurance sociale □ □ □ □ □ □ □ □
	Case postale	Ville/Municipalité		N° d'assurance maladie □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
	Province/État	Pays		Code postal □ □ □ □ □ □

Joindre le ou les documents suivants :

● Copie du
certificat
de décès

● Reçu original des
fraîs funéraires

● Copie des actes de naissance
des personnes à charge,
lesquels incluent les noms
de leurs père et mère

● Copie du certificat
de mariage ou
d'union civile

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Description (feuille supplémentaire)

Empty area for description.