IVAC
Indemnisation des victimes d'actes criminels

BUREAU DE LA RÉVISION ADMINISTRATIVE
DEMANDE DE RÉVISION

Remplissez le formulaire en inscrivant les renseignements demandés dans les champs appropriés.

Identification du requérant ou de la requérante

Nom de famille (selon l'acte de naissance)	Prénom	N° de dossier IVAC

Adresse N°, Rue, App.

Ville

Province / État | Code postal

Téléphone | Téléphone (autre) | Courriel

Renseignements sur votre demande de révision

Date de la décision contestée et objet de la décision	Date de la décision contestée et objet de la décision
Date de la décision contestée et objet de la décision	Date de la décision contestée et objet de la décision

Indiquez pourquoi vous êtes en désaccord avec chaque décision.

Avez-vous l'intention de soumettre d'autres documents que ceux contenus dans votre dossier ?

☐ Oui (indiquez la nature des documents)

☐ Non

Désirez-vous que le réviseur communique avec vous avant qu'une décision ne soit rendue ? ☐ Oui ☐ Non

Détails concernant votre demande de révision

Vous pouvez transmettre au Bureau de la révision administrative tout document que vous jugez pertinent à l'appui de votre demande (ex. : attestation médicale, rapport médical, rapport médical d'évolution, expertise médicale, dossier médical, déclarations fiscales ou tout autre document pertinent et en lien avec votre demande de révision). Le réviseur peut également vous demander des documents spécifiques pour l'étude de votre dossier.

Comme les démarches pour obtenir certains documents peuvent être longues, nous vous suggérons de les entreprendre le plus tôt possible.

Signature	Date
	A A A A M M J J

IVAC
Indemnisation des victimes d'actes criminels

BUREAU DE LA RÉVISION ADMINISTRATIVE
DEMANDE DE RÉVISION

MANDAT DE REPRÉSENTATION

J'autorise la personne mentionnée ci-dessous à me représenter pour ma demande de révision. Cette personne aura accès à tout renseignement touchant ma demande de révision et pourra discuter de tout sujet qui s'y rapporte. À cette fin, j'autorise la Direction générale de l'IVAC à communiquer à mon représentant tout renseignement dans le présent dossier.

Identification du représentant		
Nom de famille (selon l'acte de naissance)	Prénom	N° de dossier IVAC
Firme		
Adresse N°, Rue, App.		
Ville		
Province / État		Code postal
Téléphone	Téléphone (autre)	Courriel

Signature du requérant ou de la requérante	**Date**
	A A A A M M J J

Veuillez s.v.p. imprimer le document et le faire parvenir à la Direction générale de l'IVAC au :

Bureau de la révision administrative
Direction générale de l'indemnisation des victimes d'actes criminels
1199, rue De Bleury
C. P. 6056, succursale Centre-ville
Montréal (Québec) H3C 4E1

Télécopieur : 514 906-3029