IVAC
Indemnisation des victimes d'actes criminels

# BUREAU DE LA RÉVISION ADMINISTRATIVE
# DEMANDE DE RÉVISION OU DE RECONSIDÉRATION

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

## Renseignements sur l'identité de la personne qui demande la révision ou la reconsidération d'une décision

| Nom de famille (selon l'acte de naissance) | Prénom | N° d'assurance sociale |
|---|---|---|
| | | |

Adresse N°, Rue, App.

Ville

| Province / État | Code postal |
|---|---|
| | |

| Téléphone | Téléphone (autre) | Courriel |
|---|---|---|
| | | |

## Renseignements sur votre demande de révision ou de reconsidération

| N° de dossier IVAC | Date de la ou des décisions contestées |
|---|---|
| | |

Indiquez pourquoi vous êtes en désaccord avec la 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 ou de reconsidération

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 ou de reconsidération). 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**
**OU DE RECONSIDÉRATION**

# 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 ou de reconsidération et pourra discuter de tout sujet qui s'y rapporte. À cette fin, j'autorise la Direction de l'IVAC à communiquer à mon représentant tout renseignement dans le présent dossier.

| **Si vous êtes représenté par un avocat ou une avocate, ou une autre personne agissant à ce titre** | | |
|---|---|---|
| Nom de famille (selon l'acte de naissance) | Prénom | |
| Firme | | |
| Adresse N°, Rue, App. | | |
| Ville | | |
| Province / État | | Code postal |
| Téléphone | Téléphone (autre) | Courriel |

| **Signature** | **Date** |
|---|---|
| | A A A A M M J J |

**Deux façons de transmettre le document :**

**Service en ligne :** Télécopieur : 514 906-2937

**Poste :** Bureau de la révision administrative
Direction de l'indemnisation des victimes d'actes criminels
1199, rue De Bleury
C. P. 6056, succursale Centre-ville
Montréal (Québec) H3C 4E1
Téléphone : 514 906-2936
Sans frais : 1 800 931-7753