

Indemnisation des victimes d'actes criminels

1. Inscrire les renseignements demandés dans les champs appropriés.



2. Faire parvenir le document rempli à la Direction générale de l'IVAC :

En ligne

www.ivac.qc.ca

Par la poste

1600, avenue d'Estimauville, CP 1400 Succ. Terminus
Québec (Québec) G1K 0K2

Par télécopieur

1 888 927-0003

Renseignements sur l'identité de la personne qui effectue le désistement

Nom de famille (selon l'acte de naissance)		Prénom	N° de dossier IVAC du client
Date de l'événement	Date de la ou des décisions		N° d'assurance sociale
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Adresse N°, Rue, App.			
Ville			
Province / État			Code postal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Téléphone	Téléphone (autre)	Courriel	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Est-ce que quelqu'un vous représente pour cette demande ?			
<input type="checkbox"/> Oui (veuillez remplir la 2 ^e section) <input type="checkbox"/> Non			

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		Code postal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Province / État		
Téléphone	Téléphone (autre)	Courriel
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Signature

Date

<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
----------------------	---