IVAC
Indemnisation
des victimes
d'actes criminels

DIRECTION DE L'INDEMNISATION DES VICTIMES D'ACTES CRIMINELS DEMANDE DE RECONSIDÉRATION

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

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

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 reconsidération

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

Détails concernant votre demande de reconsidération

Vous pouvez transmettre à la Direction de l'IVAC 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 reconsidération).

Signature	Date
	A A A A M M J J

IVAC
Indemnisation
des victimes
d'actes criminels

DIRECTION DE L'INDEMNISATION DES VICTIMES D'ACTES CRIMINELS
DEMANDE DE RECONSIDÉRATION

MANDAT DE REPRÉSENTATION

J'autorise la personne mentionnée ci-dessous à me représenter pour ma demande de reconsidération. Cette personne aura accès à tout renseignement touchant ma demande 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.

Renseignements sur l'identité de la personne qui demande la reconsidération d'une décision			
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	**Date**
	A A A A M M J J

Deux façons de transmettre le document :

Service en ligne : Télécopieur : 514 906-3029

Poste : 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