IVAC
Indemnisation des victimes d'actes criminels

DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE
visant à contribuer aux besoins d'un enfant né à la suite d'une agression à caractère sexuel

1. Inscrire les renseignements demandés dans les champs appropriés.

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

En ligne	Par la poste	Par télécopieur
www.ivac.qc.ca	1600, avenue d'Estimauville, CP 1400 Succ. Terminus Québec (Québec) G1K 0K2	1 888 927-0003

1. Identification du demandeur

Nom de famille (selon l'acte de naissance)	Prénom	Date de naissance (D.D.N.) A A A A M M J J
N° d'assurance sociale (N.A.S)	N° d'assurance maladie (N.A.M.)	Langue de correspondance Français ☐ Anglais ☐

Adresse			Téléphone
Numéro	Rue	Appartement	Principal
Case postale	Ville/Municipalité		Autre
Province/État	Pays	Code postal	

2. Renseignements

A. Enfant(s) pour lequel ou lesquels l'aide est demandée (*veuillez joindre une copie du certificat de naissance de chaque enfant concerné*)	Nom / Prénom N° d'assurance maladie (N.A.M.) Date de naissance (D.D.N.) A A A A M M J J	Nom / Prénom N° d'assurance maladie (N.A.M.) Date de naissance (D.D.N.) A A A A M M J J
B. Êtes-vous la personne qui a donné naissance à chaque enfant concerné ?	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐
Si non, veuillez indiquer pour chaque enfant concerné :		
le nom de la mère :		
le nom du père *(si connu)* :		
votre lien avec l'enfant :		
C. Êtes-vous la seule personne qui prend soin de chaque enfant concerné ?	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐
Si vous avez répondu « non », veuillez indiquer le nom de l'autre personne qui prend soin de chaque enfant concerné.	Nom / Prénom Téléphone principal / Autre téléphone Lien avec l'enfant :	Nom / Prénom Téléphone principal / Autre téléphone Lien avec l'enfant :
D. Décrivez brièvement les circonstances de l'agression sexuelle et/ou expliquez la ou les raisons qui vous ont mené(e) à prendre soin de chaque enfant concerné.		

Si nécessaire, utilisez l'espace supplémentaire à la page 2 du formulaire

3. Signature

En signant ce formulaire, je déclare que les renseignements fournis dans la présente demande d'aide financière sont véridiques et complets.

Signature obligatoire du demandeur

A A A A M M J J