

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

1. Identification du demandeur											
Nom de famille (selon l'acte de naissance)		Prénom									
		Date de naissance <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td> <td>M</td><td>M</td> <td>J</td><td>J</td> </tr> </table>		A	A	A	A	M	M	J	J
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 <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>									
Adresse			Téléphone								
Numéro	Rue	Appartement									
			Principal								
Case postale	Ville/Municipalité		Autre								
Province/État	Pays	Code postal <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> </table>									
Êtes-vous la personne qui a subi directement l'infraction criminelle ?			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>								
<i>Si non, veuillez indiquer le prénom et le nom de cette personne (si connu) :</i>											
Quel est votre lien avec cette personne ?											
Afin de permettre à l'IVAC de déterminer si certains services peuvent vous être offerts, vous pouvez répondre à la question suivante :											
Êtes-vous une personne autochtone ?			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/>								

2. Événement															
PARTIE 1															
Événement unique		Événements sur une période													
Date	Heure (am/pm)	OU	Date de début												
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td> <td>M</td><td>M</td> <td>J</td><td>J</td> </tr> </table>	A	A	A	A	M	M	J	J	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>H</td><td>H</td> <td>M</td><td>M</td> </tr> </table>	H	H	M	M		Date de fin
A	A	A	A	M	M	J	J								
H	H	M	M												
			<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td> <td>M</td><td>M</td> <td>J</td><td>J</td> </tr> </table>	A	A	A	A	M	M	J	J				
A	A	A	A	M	M	J	J								
Lieu															
Rue	Ville/Municipalité	Province/État	Pays												
Décrivez les circonstances de l'événement.															
<i>Si nécessaire, utilisez l'espace supplémentaire disponible à la fin du formulaire.</i>															
Témoins de l'événement															
Noms		Coordonnées													
_____		_____													
_____		_____													
_____		_____													
_____		_____													
Si l'événement a été rapporté à un corps de police, précisez les informations suivantes :		Nom du corps de police	N° du rapport d'événement												

PARTIE 2 - À remplir seulement si l'infraction criminelle a été perpétrée à l'extérieur du Québec

A. Si vous êtes la personne victime ayant subi l'infraction, veuillez indiquer quel était votre statut :

au moment de la perpétration de l'infraction criminelle :

- Citoyen canadien
 Résident permanent
 Indien inscrit (au sens de la *Loi sur les Indiens* (Lois révisées du Canada (1985), c. I-5)
 Réfugié au sens de la *Convention de Genève*
 Autre (veuillez préciser) : _____

à la date du dépôt de la demande de qualification :

- Citoyen canadien
 Résident permanent
 Indien inscrit (au sens de la *Loi sur les Indiens* (Lois révisées du Canada (1985), c. I-5)
 Réfugié au sens de la *Convention de Genève*
 Autre (veuillez préciser) : _____

OU

Veuillez indiquer le statut de la personne victime ayant subi l'infraction au moment de la perpétration de l'infraction criminelle :

- Citoyen canadien
 Résident permanent
 Indien inscrit (au sens de la *Loi sur les Indiens* (Lois révisées du Canada (1985), c. I-5)
 Réfugié au sens de la *Convention de Genève*
 Autre (veuillez préciser) : _____

B. Si vous êtes la personne victime ayant subi l'infraction, veuillez indiquer si vous étiez domiciliée au Québec :

au moment de la perpétration de l'infraction criminelle :

Oui Non

à la date du dépôt de la demande de qualification :

Oui Non

OU

Veuillez indiquer si la personne victime ayant subi l'infraction était domiciliée au Québec au moment de la perpétration de l'infraction criminelle :

Oui Non

**C. Si vous êtes la personne victime ayant subi l'infraction, veuillez indiquer si vous avez séjourné à l'extérieur du Québec plus de 183 jours durant l'année précédant la perpétration de l'infraction criminelle.
Sinon, veuillez indiquer si la personne ayant subi l'infraction, a séjourné à l'extérieur du Québec plus de 183 jours durant l'année précédant la perpétration de l'infraction criminelle.**

Oui Non

PARTIE 3 - Indemnités, prestations et autres avantages obtenus en vertu d'un autre régime public

Avez-vous déposé une demande auprès d'un autre organisme gouvernemental au Québec (ex : SAAQ, CNESST), dans une autre province, un État ou un pays étranger pour cet événement ?

Oui Non

Si oui, quel est le nom de l'organisme ? : _____

Avez-vous reçu ou bénéficiez-vous d'indemnités, de prestations ou d'autres avantages en vertu de ce régime ?

Oui Non

3. Préjudice

Veuillez décrire la nature des atteintes physique, psychique ou préjudices subis.

4. Évaluation de santé

Aucune évaluation de santé n'est requise pour la qualification. Toutefois, une évaluation de santé pourra être exigée pour avoir droit à des aides financières prévues par la loi. Si vous avez déjà en main cette évaluation de santé, vous pouvez la joindre à votre demande de qualification.

5. Cueillette et échange d'information

J'autorise la Direction générale de l'IVAC à obtenir ou à divulguer tout renseignement jugé nécessaire au traitement de ma demande de qualification et des aides financières avec un professionnel de la santé. Il peut s'agir de toute information ou de toute documentation administrative ou médicale qui se trouvent dans mon dossier et qui peuvent provenir du dossier administratif ou de toute documentation obtenue par la Direction générale de l'IVAC par une autre ressource externe. Cette communication sera effectuée uniquement lorsque jugée nécessaire par la Direction générale de l'IVAC.

Je comprends que les renseignements demandés seront traités en conformité avec la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* (RLRQ c. A-2.1) et que ceux-ci sont nécessaires pour établir le droit à une aide financière et, si tel est le cas, pour déterminer le montant de l'aide financière accordée. Ces renseignements sont obligatoires, et toute omission de les fournir pourrait entraîner la suspension, l'arrêt ou le refus du versement d'une aide financière.

À moins d'une révocation écrite de ma part, la présente autorisation demeure valide jusqu'à la fin du traitement de mes demandes.

Signature du demandeur



6. Demande en justice

Si une demande en justice a été exercée, vous devez obligatoirement remplir et signer cette section.

À votre connaissance, une demande en justice a-t-elle été exercée contre le ou les présumés responsables ?

Oui Non

Montant demandé	\$
Montant reçu	\$

Si vous connaissez le numéro de dossier à la cour, veuillez nous l'indiquer :

Nom, adresse et numéro de téléphone de l'avocat qui vous représente

Autorisation de communiquer et de recueillir des renseignements

J'autorise mon représentant désigné à cette section, à divulguer, à la Direction générale de l'IVAC, les renseignements personnels me concernant et ceux relatifs à toute demande en justice que j'ai exercée en lien avec la présente demande. J'autorise également la Direction générale de l'IVAC à divulguer les renseignements contenus à mon dossier qui sont nécessaires à l'obtention des renseignements demandés auprès de mon représentant.

À moins d'une révocation écrite de ma part, la présente autorisation demeure valide jusqu'à la fin du traitement de mes demandes.

Signature du demandeur



7. Signature

Je déclare que les renseignements fournis dans la présente demande de qualification sont véridiques et complets.

Signature obligatoire du demandeur



Nom (en caractères d'imprimerie)

