

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. Renseignements sur l'identité de la personne victime				
Nom de famille (selon l'acte de naissance)		Prénom		
N° de dossier IVAC	N° d'assurance maladie (N.A.M.)		Date de naissance	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Adresse			Téléphone	
Numéro	Rue	Appartement		Principal
Case postale	Ville/Municipalité		Autre	
Province/État	Pays	Code postal	<input type="text"/>	
Père	Nom	Prénom		
Mère	Nom	Prénom		
2. Autorisation				
<p>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 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 par la Direction générale de l'IVAC.</p> <p>À moins d'une révocation écrite de ma part, la présente autorisation demeure valide jusqu'à la fin du traitement de mes demandes.</p> <p>Signature</p>				
			<input type="text"/>	