

Le traitement d'une demande comporte les étapes suivantes.

1. Réception de la demande à la Direction de l'IVAC
2. Ouverture du dossier
Le réclamant reçoit un accusé de réception sur lequel figure son numéro de dossier.
N. B. Vous devez mentionner le numéro de dossier chaque fois que vous communiquez par téléphone avec le personnel de la Direction de l'IVAC. Le numéro de dossier ainsi que le prénom et le nom du détenteur du dossier doivent également être inscrits sur les documents que vous nous transmettez par la poste.
3. Collecte de l'information
Un intervenant est chargé de recueillir l'information nécessaire à l'étude de la demande :
 - la preuve de l'acte criminel (rapport de police, jugement du tribunal, etc.);
 - la preuve de blessure (rapport médical, rapport psychologique, etc.).
4. Admissibilité légale
Le dossier complet est remis à un avocat décideur qui rend une décision.

Si la demande est acceptée :

le dossier est transmis à un intervenant qui évalue les besoins de la personne victime ou du sauveteur et détermine s'ils ont droit à des services ou à des indemnités.

Si la demande est refusée :

le réclamant insatisfait peut contester la décision.

Responsabilités du réclamant

- Fournir tous les renseignements demandés par la Direction de l'IVAC, car ils sont indispensables au traitement de la demande. **Ils ont un caractère obligatoire et toute personne qui refuse de les fournir pourra voir son droit aux indemnités annulé.**
- Informer sans délai la Direction de l'IVAC de tout changement pouvant entraîner une modification du montant des indemnités.

Suivi médical de la personne victime ou du sauveteur

- Suivre les traitements médicaux que le médecin estime nécessaires.
- Se soumettre aux examens médicaux demandés par la Direction de l'IVAC ou par son médecin, dans les limites prévues par la loi.

Protection des renseignements personnels

Les renseignements nominatifs recueillis dans ce formulaire de même que ceux versés au dossier par la suite (rapport de police, rapports médicaux, etc.) seront traités de façon confidentielle. Ils ne seront communiqués qu'aux personnes désignées dans les déclarations de fichiers de renseignements personnels de la CSST, que vous pouvez consulter à la Commission d'accès à l'information ou dans les autres organismes publics avec lesquels une entente a été conclue.

Vous avez le droit de consulter et de rectifier ces renseignements, conformément à la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*. Vous pouvez vous prévaloir de ces droits en vous adressant à la personne responsable du dossier ou en faisant une demande écrite à la personne responsable de l'application de cette loi à la CSST.



Indemnisation
des victimes
d'actes criminels

Demande de prestations

Loi sur l'indemnisation des
victimes d'actes criminels

Loi visant à favoriser
le civisme

Partie 1

Réservé à l'usage de la
Direction de l'IVAC

Numéro
de dossier

1 • Renseignements sur l'identité de la personne victime ou du sauveteur

Nom de famille selon l'acte de naissance

Prénom

Nom actuel, s'il est différent du nom de famille

Sexe F M

Nombre de personnes à charge (y compris le conjoint)

Numéro d'assurance maladie

Numéro d'assurance sociale

Date de naissance Année Mois Jour

Adresse du domicile de la personne victime ou du sauveteur

Numéro Rue Appartement

Case postale Ville / Municipalité

Province / État Pays Code postal

État civil
 Célibataire
 Marié
 Conjoint de fait
 Autre

Numéro de téléphone (domicile) Ind. rég.

Numéro de téléphone (bureau) Ind. rég.

Numéro de téléphone (autre) Ind. rég.

2 • Réclamant (À remplir uniquement si la personne victime ou le sauveteur est mineur, inapte ou décédé.)

Indiquez à quel titre vous présentez une demande de prestations.

Père ou mère d'un enfant mineur
 Tuteur d'un enfant mineur
 Tuteur d'une personne inapte
 Autre, précisez _____

En cas de décès de la victime ou du sauveteur, indiquez à quel titre vous présentez une demande de prestations.

Père ou mère d'un enfant mineur décédé
 Personne à charge (voir définition à l'annexe 3)
 Personne ayant acquitté les frais funéraires
 Tuteur d'une personne à charge
 Autre, précisez _____

Nom et prénom du réclamant

Adresse, si elle est différente de celle de la personne victime ou de celle du sauveteur

Numéro Rue Appartement

Case postale Ville / Municipalité

Province / État Pays Code postal

Numéro de téléphone (domicile) Ind. rég.

Numéro de téléphone (bureau) Ind. rég.

Numéro de téléphone (autre) Ind. rég.

3 • Revenu de la personne victime ou du sauveteur au moment où l'acte criminel ou de civisme est survenu

Statut au moment de l'événement	Source de revenu au moment de l'événement	Montant	Employeur au moment où l'acte criminel ou de civisme est survenu.
<input type="checkbox"/> En emploi	<input type="checkbox"/> Revenus d'emploi	_____ \$	Faire remplir l'annexe 1 Renseignements sur la rémunération de l'employé par l'employeur.
<input type="checkbox"/> Aux études	<input type="checkbox"/> Prestations d'assistance-emploi (aide sociale)	_____ \$	
<input type="checkbox"/> Sans emploi	<input type="checkbox"/> Prestations d'assurance-emploi (chômage)	_____ \$	Emploi au moment où l'acte criminel ou de civisme est survenu.
<input type="checkbox"/> À la retraite	<input type="checkbox"/> Assurance salaire privée ou collective	_____ \$	
<input type="checkbox"/> Invalide	<input type="checkbox"/> Indemnités de la CSST	_____ \$	
<input type="checkbox"/> Autre, précisez _____	<input type="checkbox"/> Indemnités de la SAAQ	_____ \$	
	<input type="checkbox"/> Autres revenus, précisez _____	_____ \$	

4 • Acte criminel ou de civisme

Date Année Mois Jour

Heure A.M. P.M.

Lieu, ville ou municipalité

La demande de prestations doit être présentée au cours de l'année où surviennent le préjudice, la blessure ou le décès de la personne victime ou du sauveteur. Si vous soumettez une demande à l'expiration de ce délai, veuillez remplir l'annexe 2 Demande de prestations présentée après l'expiration du délai prévu.

Décrivez les circonstances de l'acte criminel ou de civisme. Si nécessaire, utilisez des pages supplémentaires.

Suite partie 2

Renseignements sur la rémunération de l'employé

Réservé à l'usage de la Direction de l'IVAC		
Numéro de dossier	Date de l'événement	
	Année	Mois Jour

Important :

Ce formulaire s'adresse à l'employeur.

Il doit le remplir et le transmettre le plus tôt possible à la Direction de l'indemnisation des victimes d'actes criminels.

Identification de l'entreprise

Nom de l'entreprise

Adresse

Numéro Rue Bureau

Case postale Ville / Municipalité

Province / État Pays Code postal

Identification de l'employé

Nom Prénom

Numéro d'assurance sociale Date d'entrée en fonction

Année Mois Jour

Renseignements

Poste occupé au moment de l'événement

Description des tâches

Statut au moment de l'événement Temps

Sur appel Permanent Plein

Saisonnier Occasionnel Partiel

Date de fin de contrat

Année Mois Jour

Le contrat est-il renouvelable ? Oui Non

Année Mois Jour

Salaire brut versé à l'employé durant les 12 mois qui ont précédé la date de l'événement \$

Semaine normale de travail de l'employé heures

Salaire de l'employé au moment de l'événement \$

Taux horaire quotidien hebdomadaire bimensuel

L'employé s'est-il absenté immédiatement après l'événement ? Oui Non

Du Année Mois Jour Au Année Mois Jour

Y a-t-il eu par la suite d'autres arrêts de travail liés à l'événement ? Oui Non

Du Année Mois Jour Au Année Mois Jour

Depuis la date de l'événement, avez-vous versé des sommes à cet employé au cours de sa période d'incapacité de travail ?

Oui Non Précisez \$

Remarques

Nom de l'employeur ou de son représentant (en caractères d'imprimerie)

Fonction

Numéro de téléphone Ind. rég.

Signature de l'employeur ou de son représentant



IVAC Indemnisation
des victimes
d'actes criminels

1199, rue De Bleury
C. P. 6056, succursale Centre-ville
Montréal (Québec) H3C 4E1
Tél. : (514) 906-3019
1 800 561-4822

ANNEXE 3

Personnes à charge de la victime ou du sauveteur décédé

Acte criminel ou de civisme

Date de l'acte criminel ou de civisme	Année	Mois	Jour	Date du décès de la personne victime ou du sauveteur	Année	Mois	Jour

Prénom et nom de la personne décédée

Réservé à l'usage de la
Direction de l'IVAC

Numéro
de dossier

Renseignements sur les personnes à charge (conjoint, enfant ou autres personnes à charge) Voir la définition de personnes à charge ci-dessous.

1

Nom de famille selon l'acte de naissance	Date de naissance Année Mois Jour	Lien de parenté
Prénom		
Adresse		
Numéro	Rue	Appartement
Case postale	Ville / Municipalité	
Province / État	Pays	Code postal

2

Nom de famille selon l'acte de naissance	Date de naissance Année Mois Jour	Lien de parenté
Prénom		
Adresse		
Numéro	Rue	Appartement
Case postale	Ville / Municipalité	
Province / État	Pays	Code postal

3

Nom de famille selon l'acte de naissance	Date de naissance Année Mois Jour	Lien de parenté
Prénom		
Adresse		
Numéro	Rue	Appartement
Case postale	Ville / Municipalité	
Province / État	Pays	Code postal

4

Nom de famille selon l'acte de naissance	Date de naissance Année Mois Jour	Lien de parenté
Prénom		
Adresse		
Numéro	Rue	Appartement
Case postale	Ville / Municipalité	
Province / État	Pays	Code postal

5

Nom de famille selon l'acte de naissance	Date de naissance Année Mois Jour	Lien de parenté
Prénom		
Adresse		
Numéro	Rue	Appartement
Case postale	Ville / Municipalité	
Province / État	Pays	Code postal

6

Nom de famille selon l'acte de naissance	Date de naissance Année Mois Jour	Lien de parenté
Prénom		
Adresse		
Numéro	Rue	Appartement
Case postale	Ville / Municipalité	
Province / État	Pays	Code postal

Joindre le ou les documents suivants :

le certificat
de décès

les reçus originaux
des frais funéraires

les certificats de naissance
des personnes à charge
incluant les noms de leurs
père et mère

le certificat de
mariage ou
d'union civile

Définition de personnes à charge

- Conjoints. Les personnes :
 - liées par un mariage ou une union civile et qui cohabitent; ou
 - qui vivent ensemble maritalement, qu'elles soient de sexe différent ou de même sexe et qui, au moment de l'événement,
 - résidaient ensemble depuis trois ans ou depuis un an si un enfant était issu de leur union, et
 - étaient publiquement représentées comme conjoints.
- Une personne liée à la victime ou au sauveteur par un mariage ou une union civile ou qui lui était ainsi liée, et
 - qui en est séparée de fait ou légalement ou dont le mariage ou l'union civile avec celui-ci est dissous ou déclaré nul par un jugement définitif ou dont l'union civile est dissoute par une déclaration commune notariée de dissolution; et
 - qui, au moment de l'événement, avait le droit de recevoir de la victime ou du sauveteur une pension alimentaire en vertu d'un jugement ou d'une convention.
- Un enfant de la victime ou du sauveteur, âgé de moins de 18 ans.
- Un enfant de la victime ou du sauveteur, âgé de plus de 18 ans, qui fréquente assidûment un établissement d'enseignement selon les modalités prévues par règlement ou qui est invalide.
- Une autre personne liée à la victime ou au sauveteur par le sang ainsi que toute personne étrangère qui était à l'égard de la victime ou du sauveteur *in loco parentis* (qui tient lieu de parent) ou à l'égard de qui la victime ou le sauveteur était *in loco parentis* (qui tient lieu de parent) et qui, lors de l'événement, vivait entièrement ou partiellement du revenu de la victime ou du sauveteur selon les critères prévus par règlement.

Autorisation de transmettre une copie du dossier

N. B. Une photocopie de cette autorisation
a la même valeur que l'original.

Numéro d'assurance maladie

Numéro de dossier IVAC

Date de naissance

Année

Mois

Jour

Identification de la personne victime ou du sauveteur

Nom

Prénom

Adresse

Numéro

Rue

Appartement

Case postale

Ville / Municipalité

Province / État

Pays

Code postal

Nom du père

Nom de la mère

Remplir un formulaire d'autorisation pour chaque organisme ou professionnel consulté.

Organisme (hôpital, CLSC, clinique privée, autres) ou professionnel consulté

Nom

Adresse complète

Documents demandés

Autorisation

L'autorisation doit être signée par la personne victime ou le sauveteur si ceux-ci sont âgés de 14 ans et plus ou par le tuteur s'ils ont moins de 14 ans. J'autorise par la présente le ou les détenteurs du dossier désignés dans ce formulaire à transmettre à la Direction de l'IVAC une copie des documents mentionnés ci-dessus.

Signature :

Date

Année

Mois

Jour

1711 (04-05)

Autorisation de transmettre une copie du dossier

N. B. Une photocopie de cette autorisation
a la même valeur que l'original.

Numéro d'assurance maladie

Numéro de dossier IVAC

Date de naissance

Année

Mois

Jour

Identification de la personne victime ou du sauveteur

Nom

Prénom

Adresse

Numéro

Rue

Appartement

Case postale

Ville / Municipalité

Province / État

Pays

Code postal

Nom du père

Nom de la mère

Remplir un formulaire d'autorisation pour chaque organisme ou professionnel consulté.

Organisme (hôpital, CLSC, clinique privée, autres) ou professionnel consulté

Nom

Adresse complète

Documents demandés

Autorisation

L'autorisation doit être signée par la personne victime ou le sauveteur si ceux-ci sont âgés de 14 ans et plus ou par le tuteur s'ils ont moins de 14 ans. J'autorise par la présente le ou les détenteurs du dossier désignés dans ce formulaire à transmettre à la Direction de l'IVAC une copie des documents mentionnés ci-dessus.

Signature :

Date

Année

Mois

Jour

1711 (04-05)