



## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CRIME

Veillez indiquer la nature du crime\*

Voies de fait  Meurtre  Vol qualifié  Agression sexuelle  Autre (veuillez préciser) \_\_\_\_\_

Lieu du crime \_\_\_\_\_

Adresse de voirie

\_\_\_\_\_ Ville

\_\_\_\_\_ Province

Nom de l'organisme d'application de la loi \_\_\_\_\_

Nom de l'accusé \_\_\_\_\_

Date à laquelle le crime a été signalé \_\_\_\_\_ N° du dossier de la police (si connu) \_\_\_\_\_

**\* Les infractions donnant droit à indemnisation sont énoncées au Règlement de 1997 sur les victimes d'actes criminels.**

**Note : Les crimes contre la propriété ne donnent pas droit à indemnisation.**

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'EMPLOI (Seule la victime est indemnisable pour sa perte de revenus.)

1 Aviez-vous un emploi au moment du crime?  Oui  Non

2 Avez-vous manqué du travail et subi une perte de revenus à cause de lésions liées au crime?  Oui  Non

*(Si vous avez répondu non à l'une des ces questions, ne pas remplir cette section, puisque vous n'êtes pas indemnisable pour perte de revenus.)*

Nom de l'employeur \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Personne-ressource \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_ Télécopieur \_\_\_\_\_

Dates d'absence du travail en raison de lésions liées au crime \_\_\_\_\_

Nom du médecin qui a constaté l'invalidité \_\_\_\_\_

*Avez-vous touché ou allez-vous toucher l'une des indemnités suivantes :*

Indemnité de maladie  Indemnité d'accident du travail  Indemnité d'incapacité

Indemnité de vacances  Aide sociale  Assurance-emploi  Autre  Si aucun, cocher ici

*Veillez donner les détails de toutes indemnités cochées ci-dessus : (utilisez d'autres pages au besoin)*

\_\_\_\_\_ Nom du fournisseur de l'indemnité Adresse Montants

\_\_\_\_\_ Nom du fournisseur de l'indemnité Adresse Montants

DÉPENSES	MONTANT	ÉTAT
----------	---------	------

**AMBULANCE** \_\_\_\_\_ \$  Payé (annexez les reçus)  Non payé (annexez les factures)

**FRAIS MÉDICAUX** \_\_\_\_\_ \$  Payé (annexez les reçus)  Non payé (annexez les factures)

**LUNETTES** \_\_\_\_\_ \$  Payé (annexez les reçus)  Non payé (annexez les factures)

**DÉPENSES DE DÉPLACEMENT** \_\_\_\_\_ \$ de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
Justification de la dépense \_\_\_\_\_

**VÊTEMENTS ENDOMMAGÉS** \_\_\_\_\_ \$ *(Ne comprend pas les bijoux ou autres articles personnels.)*

**\*MÉDICAMENTS D'ORDONNANCE** \_\_\_\_\_ \$  Payé (annexez les reçus)  Non payé (annexez les factures)  
*(\*Les médicaments vendus sans ordonnance ne seront pas remboursés.)*

Nom et adresse du médecin qui a prescrit le médicament \_\_\_\_\_  
Nom Adresse

**FRAIS DENTAIRES** \_\_\_\_\_ \$  Payé (annexez les reçus)  Non payé (annexez les factures)

Nom et adresse du dentiste \_\_\_\_\_  
Nom Adresse

Des soins dentaires seront-ils requis dans l'avenir à cause de cet incident?  Oui  Non  
Si oui, veuillez fournir une estimation des frais \_\_\_\_\_ \$

Tout ou partie de ces soins dentaires sont-ils couverts par un régime d'assurance?  Oui  Non

Nom et adresse de l'assureur \_\_\_\_\_  
Nom Adresse

**COUNSELING** \_\_\_\_\_ \$ Le counseling peut seulement être fourni pendant la période où la victime participe au processus de justice pénale. Les victimes devraient d'abord tenter d'obtenir des services de counseling du service de santé mentale de leur district de santé.

**FRAIS FUNÉRAIRES** \_\_\_\_\_ \$  Payé (annexez les reçus)  Non payé (annexez les factures)

Nom et adresse du salon funéraire \_\_\_\_\_  
Nom Adresse

Si certaines des dépenses mentionnées ci-dessus étaient prises en charge par d'autres sources, veuillez en donner les détails \_\_\_\_\_

Nom de l'organisme qui a payé les dépenses Adresse

Détails

## AUTORISATION DE COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS

### J'autorise :

- 1 le médecin, le dentiste, l'optométriste, le chiropraticien ou autre professionnel de la santé qui a traité la victime pour ses lésions (corporelles ou psychologiques) à remettre au ministre ou à la personne qu'il désigne, à sa demande, les rapports médicaux ou autres.
- 2 la police ou tout autre organisme d'application de la loi à remettre au ministre ou à la personne qu'il désigne, à sa demande, une copie des rapports de police, des déclarations ou autres renseignements se rapportant à la présente demande.
- 3 la Commission d'indemnisation des accidents du travail ou tout autre organisme duquel la victime ou la personne à charge reçoit des prestations prélevées sur des fonds provinciaux ou fédéraux à remettre au ministre ou à la personne qu'il désigne, à sa demande, des renseignements se rapportant à la présente demande.
- 4 l'employeur ou le syndicat de la victime ou tout autre organisme semblable à remettre au ministre ou à la personne qu'il désigne, à sa demande, des renseignements concernant le revenu de la victime ou de la personne à charge ou les paiements qui leur ont été faits.
- 5 toute compagnie d'assurance-accidents, d'assurance-invalidité, d'assurance-maladie ou d'assurance-vie, ou encore tout régime de pension privé duquel la victime a reçu ou recevra des prestations à remettre au ministre ou à la personne qu'il désigne, à sa demande, des renseignements se rapportant à la présente demande.
- 6 le ministère des Services sociaux (Saskatchewan), le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien (Canada) ou tout autre organisme duquel des prestations ont été reçues à remettre au ministre ou à la personne qu'il désigne, à sa demande, des renseignements se rapportant à la présente demande.
- 7 la Commission de l'assurance-emploi ou le Régime de pensions du Canada à remettre au ministre ou à la personne qu'il désigne, à sa demande, des renseignements concernant les prestations que la victime ou la personne à charge a reçues ou recevra relativement à la présente demande.
- 8 l'Agence des douanes et du revenu du Canada à remettre au ministre ou à la personne qu'il désigne, à sa demande, des renseignements se rapportant à la présente demande.

Je comprends que le ministre ou la personne qu'il désigne peut aviser les instances mentionnées ci-dessus que j'ai présenté une demande sous le régime de la *Loi de 1995 sur les victimes d'actes criminels*.

\_\_\_\_\_

Date

\_\_\_\_\_

Signature de la victime ou de la personne à charge

*Si la demande est présentée pour le compte d'une victime ou d'une personne à charge, veuillez fournir les renseignements suivants :*

Nom du requérant \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Nature du lien avec la victime ou avec la personne à charge \_\_\_\_\_