

# Programme d'indemnisation des victimes d'actes criminels du Manitoba

## Demande d'indemnités

405, Broadway, bureau 1410, Winnipeg (Manitoba) R3C 3L6

Téléphone : 204 945-0899

Télécopieur : 204 948-3071

Sans frais : 1 800 262-9344

Numéro de la demande  
(À usage interne seulement)

|  |
|--|
|  |
|--|

### 1(a) Renseignements personnels sur la victime (veuillez écrire en caractères d'imprimerie et à l'encre)

|   |                            |                        |   |                                 |  |
|---|----------------------------|------------------------|---|---------------------------------|--|
| Nom   |                            | Prénom                 |   | Initiale du second prénom       |  |
| Adresse   |                            | Ville                  |   | Province                        |  |
| Code postal   |                            |                        |   |                                 |  |
| N°(s) de téléphone  | N° au domicile             | N° au travail ou autre |   | Numéro d'assurance sociale      |  |
| Date de naissance   | Mois / jour / année<br>/ / | Âge                    | Sexe <input type="checkbox"/> Homme<br><input type="checkbox"/> Femme | N° d'identification personnelle |  |
| Nom de la bande (le cas échéant)  |                            |                        | N° de carte d'Indien visé par un traité ou de Métis (le cas échéant)  |                                 |  |
| État matrimonial <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> En union de fait <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(veuve) |                            |                        |   |                                 |  |

### 1(b) Renseignements personnels sur le demandeur (remplissez cette section si vous présentez une demande au nom de la victime)

|   |   |                           |   |                                 |  |
|---|---|---------------------------|---|---------------------------------|--|
| Nom   |   | Prénom                    |   | Initiale du second prénom       |  |
| Adresse   |   | Ville                     |   | Province                        |  |
| Code postal   |   |                           |   |                                 |  |
| N°(s) de téléphone  | N° au domicile  | N° au travail ou autre    |   | Numéro d'assurance sociale      |  |
| Date de naissance   | Mois / jour / année<br>/ /                                | Âge                       | Sexe <input type="checkbox"/> Homme<br><input type="checkbox"/> Femme | N° d'identification personnelle |  |
| Nom de la bande (le cas échéant)  |   |                           | N° de carte d'Indien visé par un traité ou de Métis (le cas échéant)  |                                 |  |
| Quel est votre lien avec la victime?  |   |                           |   |                                 |  |
| La victime est-elle décédée?  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si oui, date de son décès | Mois / jour / année<br>/ /  | Lieu du décès                   |  |
| Si la victime est décédée, veuillez inscrire le nom complet de toutes les personnes qui étaient à sa charge |   |                           |   |                                 |  |
| <b>Nom complet</b>  |   | <b>Date de naissance</b>  |   | <b>Âge</b>                      |  |
| <b>Lien avec la victime</b>   |   |                           |   |                                 |  |
|   |   |                           |   |                                 |  |
|   |   |                           |   |                                 |  |
|   |   |                           |   |                                 |  |
|   |   |                           |   |                                 |  |

Si la victime n'est pas décédée, veuillez nous indiquer pourquoi il ne lui est pas possible de remplir la présente demande et quelle autorisation vous avez pour le faire au nom de la victime. Par exemple, la victime a moins de 18 ans.

|  |
|--|
|  |
|--|

## 2. Renseignements sur l'acte criminel

|   |                                 |  |                         |
|---|---------------------------------|--|-------------------------|
| Date de l'acte criminel   | Mois / jour / année<br>/ /      | Lieu de l'acte criminel<br>(ville, village, quartier, etc.)      |                         |
| À quel service de police l'acte criminel a-t-il été signalé?  | Date du signalement à la police | Mois / jour / année<br>/ /                                       | N° du rapport de police |
| Veuillez décrire l'acte criminel en vos propres termes. (Si vous avez besoin de plus d'espace, utilisez une autre feuille.) |                                 |  |                         |
|   |                                 |  |                         |
|   |                                 |  |                         |
|   |                                 |  |                         |
| Nom du(des) contrevenant(s) connu(s)  |                                 | Lien entre la victime et le(les) contrevenant(s), le cas échéant |                         |
|   |                                 |  |                         |
|   |                                 |  |                         |
| Nom des témoins de l'acte criminel  |                                 |  |                         |
|   |                                 |  |                         |

## 3. Blessures (veuillez énumérer tous les troubles affectifs et les blessures subis)

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Le contrevenant a-t-il utilisé une arme? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |  | Si oui, de quel type d'arme s'agit-il? | L'alcool était-il en cause dans l'acte criminel? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

## 4. Renseignements médicaux sur la victime (énumérez tous les médecins, dentistes et autres professionnels de la santé que la victime a consultés en raison des blessures)

| Nom du médecin ou dentiste | Hôpital ou établissement médical | Adresse |
|----------------------------|----------------------------------|---------|
|                            |                                  |         |
|                            |                                  |         |
|                            |                                  |         |

## 5. Estimation des dépenses (veuillez donner des précisions et fournir les reçus si vous les avez)

| Dépenses faisant l'objet de la demande  | Précisions | Frais estimatifs |
|---|------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> Frais d'ambulance  |            |                  |
| <input type="checkbox"/> Frais médicaux (médicaments sur ordonnance, béquilles, etc.) |            |                  |
| <input type="checkbox"/> Soins dentaires  |            |                  |
| <input type="checkbox"/> Lunettes   |            |                  |
| <input type="checkbox"/> Vêtements endommagés   |            |                  |
| <input type="checkbox"/> Services de counselling                                      |            |                  |
| <input type="checkbox"/> Frais de déplacement   |            |                  |
| <input type="checkbox"/> Perte salariale  |            |                  |
| <input type="checkbox"/> Frais funéraires   |            |                  |
| <input type="checkbox"/> Prestations de décès pour les personnes à charge             |            |                  |
| <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser)                                    |            |                  |

## 6. Source de revenus au moment de l'acte criminel

|  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Emploi                  | <input type="checkbox"/> Assurance-emploi (AE)                  | <input type="checkbox"/> Aide à l'emploi et au revenu |
| <input type="checkbox"/> Emploi indépendant      | <input type="checkbox"/> Indemnisation des accidents du travail | <input type="checkbox"/> Enfant (moins de 12 ans)     |
| <input type="checkbox"/> Sans emploi             | <input type="checkbox"/> Pension fédérale                       | <input type="checkbox"/> Étudiant (12 ans et plus)    |
| <input type="checkbox"/> À la charge du conjoint | <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) _____        |   |

## 7. Renseignements sur l'emploi

|  |                                   |                     |  |                           |
|--|-----------------------------------|---------------------|--|---------------------------|
| Nom de l'employeur   |                                   |                     |  |                           |
| Adresse de l'entreprise  |                                   | Ville               | Province   | Code postal               |
| Nom de la personne-ressource                                   |                                   | N° de téléphone     | N° de télécopieur                                  |                           |
| Date du dernier jour de travail avant l'acte criminel          |                                   | Mois / jour / année |  | Date du retour au travail |
|  |                                   | / /                 |  | Mois / jour / année       |
|  |                                   | / /                 |  | / /                       |
| Renseignements sur le salaire                                  | Salaire : _____ \$ l'heure (brut) |                     | Heures de travail normales : _____ heures par jour |                           |
|  | _____ \$ la semaine (brut)        |                     | _____ heures par semaine                           |                           |
| Période d'emploi chez cet employeur : _____ années, _____ mois |                                   |                     |  |                           |

## 8(a) Revenus ou prestations provenant d'autres sources et versés en raison des blessures ou du décès de la victime

| Prestations (veuillez cocher)                                    | Précisions | Somme qui sera versée |
|--|------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Régime d'assurance                      |            |                       |
| <input type="checkbox"/> Régime d'assurance-invalidité           |            |                       |
| <input type="checkbox"/> Congé de maladie                        |            |                       |
| <input type="checkbox"/> Indemnisation des accidents du travail  |            |                       |
| <input type="checkbox"/> Assurance-emploi (AE)                   |            |                       |
| <input type="checkbox"/> Aide à l'emploi et au revenu            |            |                       |
| <input type="checkbox"/> Régime de pensions du Canada            |            |                       |
| <input type="checkbox"/> Allocation – Affaires indiennes / bande |            |                       |
| <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser)               |            |                       |

## 8(b) Dédommagement et poursuite judiciaire

|  |   |
|--|---|
| Y a-t-il eu recours au tribunal pour obtenir un dédommagement du contrevenant? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |   |
| Si oui, quelles sont les dépenses pour lesquelles vous avez demandé un dédommagement?  | Somme accordée par le juge : _____ \$<br>Somme qui vous a déjà été versée : _____ \$                        |
| Avez-vous l'intention de poursuivre le contrevenant? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                           | Si oui, veuillez indiquer le nom et l'adresse de l'avocat ou du cabinet d'avocats qui traite votre dossier. |

## 9. Référence

|   |   |
|---|---|
| Comment avez-vous entendu parler du Programme d'indemnisation des victimes d'actes criminels?   |   |
| Avez-vous déjà présenté une demande d'indemnisation des victimes d'actes criminels? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si oui, à quand remonte votre dernière demande? |

## 10. Autorisation de communication d'information (nécessaire aux fins de l'évaluation de la demande et de la décision au sujet des indemnités)

J'autorise :

- a) le médecin, le dentiste et tout autre professionnel de la santé ou membre du personnel de l'établissement médical où a été soignée la victime à mettre les rapports sur les blessures subies par la victime à la disposition du personnel du Programme d'indemnisation des victimes d'actes criminels;
- b) la police à fournir au personnel du Programme d'indemnisation des victimes d'actes criminels une copie de toute déclaration ou de tout renseignement ayant trait à l'acte criminel;
- c) l'(les) employeur(s), le personnel de Développement des ressources humaines Canada, du Régime de pensions du Canada, de l'Agence des douanes et du revenu du Canada, de Santé Manitoba, d'Aide à l'emploi et au revenu Manitoba, de la Commission des accidents du travail, de la Société d'assurance publique du Manitoba et de tout autre programme fédéral ou provincial ou de toute autre société d'assurance privée à fournir au personnel du Programme d'indemnisation des victimes d'actes criminels tout rapport lié à la présente demande; et
- d) le personnel du Programme d'indemnisation des victimes d'actes criminels à communiquer de l'information si nécessaire, dans la mesure où les lois sur la communication d'information le permettent.

**En vertu de la présente autorisation ou d'une photocopie de celle-ci, le personnel du Programme est pleinement autorisé à recueillir et à fournir les renseignements précisés pendant une période de deux années civiles à partir de la date de signature. Toutefois, cette autorisation peut être révoquée à tout moment au moyen d'une demande écrite. Tous les renseignements seront utilisés et communiqués de la manière indiquée dans le présent formulaire.**

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

---

### Nom complet et adresse de la victime (en caractères d'imprimerie)

**Si vous signez le présent formulaire au nom de la victime, veuillez inscrire votre nom complet (en caractères d'imprimerie) et préciser quel est votre lien avec la victime.**

Nom : \_\_\_\_\_ Lien avec la victime : \_\_\_\_\_

## 11. Déclaration de compréhension

Je comprends les éléments suivants :

- a) Il incombe à la victime de signaler l'acte criminel à la police.
- b) Le personnel du Programme d'indemnisation des victimes d'actes criminels peut informer les personnes mentionnées ci-dessus de l'existence de la présente demande et leur communiquer tout renseignement y figurant ou portant sur toute décision prise quant à la présente demande.
- c) Le personnel du Programme d'indemnisation des victimes d'actes criminels peut me demander de passer un examen médical indépendant aux fins de l'évaluation de la présente demande.
- d) Si je ne fournis pas les renseignements que me demande le personnel du Programme d'indemnisation des victimes d'actes criminels, le personnel du Programme peut déterminer que je ne suis pas admissible au Programme ou que les indemnités payables doivent être refusées ou réduites.
- e) Je peux annuler tout élément que j'ai autorisé à la section 10, à tout moment, en présentant une demande écrite au personnel du Programme d'indemnisation des victimes d'actes criminels. Toutefois, je comprends qu'une telle révocation peut entraver la capacité du personnel du Programme de rendre une décision au sujet de ma demande.
- f) J'ai le droit de recevoir des indemnités et d'amorcer simultanément une poursuite civile ou une action en justice contre la personne ou la partie qui est responsable des blessures causées à la victime ou du décès de la victime.
- g) Si je choisis de ne pas entreprendre de poursuite judiciaire, le personnel du Programme d'indemnisation des victimes d'actes criminels peut le faire en mon nom.
- h) Mes indemnités peuvent être réduites ou refusées si je reçois, en n'importe quel temps, une somme qui m'est versée dans le cadre d'une poursuite ou provenant de toute personne ou partie responsable des blessures causées à la victime ou du décès de la victime. Je comprends en outre que si je suis admissible à des indemnités dans le cadre d'un autre régime ou programme, le montant correspondant à ces indemnités sera déduit des indemnités que me versera le Programme d'indemnisation des victimes d'actes criminels.
- i) Toute déclaration fautive ou trompeuse dans la présente demande constitue une infraction et, si quelque renseignement s'avère erroné, je serai déchu(e) des indemnités faisant l'objet de la demande et je devrai rembourser immédiatement le montant des indemnités que j'aurai déjà reçues.

**Je déclare que j'ai lu les conditions figurant ci-dessus, que je les comprends et que j'y consens, et que les renseignements déclarés dans la présente demande sont véridiques.**

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

# Programme d'indemnisation des victimes d'actes criminels du Manitoba

## Feuille de renseignements sur la demande d'indemnités

Les renseignements et les autorisations demandés au moyen du formulaire de demande nous permettent de prendre le plus rapidement possible les décisions appropriées concernant votre admissibilité aux indemnités. Veuillez utiliser les informations et les instructions suivantes pour remplir votre demande.

### 1(a) Renseignements personnels sur la victime

Cette section porte sur les renseignements concernant la victime de l'acte criminel et elle doit être remplie.

Il est nécessaire de fournir la date de naissance de la victime pour éviter toute confusion avec d'autres victimes ayant le même nom ou un nom semblable. Le numéro d'assurance sociale, le numéro d'identification personnelle et le numéro de carte d'Indien visé par un traité (le cas échéant) nous permettent d'obtenir les bons rapports médicaux et d'emploi aux fins du traitement de la demande. Ces renseignements nous aident aussi à déterminer si la victime ou la personne présentant la demande pour la victime est admissible à l'indemnisation (sous forme d'un paiement ou d'indemnités) offerte par d'autres programmes.

### 1(b) Renseignements personnels sur le demandeur

Si vous êtes la victime d'un acte criminel et que vous avez rempli la section 1(a), vous n'avez pas à remplir cette section; passez à la section 2.

Vous devez remplir la section 1(b) si vous n'êtes pas la victime de l'acte criminel et que vous êtes l'une des personnes suivantes :

- le(la) conjoint(e) ou le(la) conjoint(e) de fait d'une personne qui a été tuée des suites d'un acte criminel;
- une personne à la charge de quelqu'un qui a été tué (une personne qui dépendait financièrement de la victime);
- un parent ou le tuteur d'une personne qui était à la charge de quelqu'un qui a été tué;
- un parent, le frère ou la sœur de quelqu'un qui a été tué;
- la personne qui a payé les frais funéraires pour la victime;
- la personne qui s'occupe de la victime et paye les dépenses liées aux soins que reçoit la victime en raison de ses blessures;
- un parent ou le tuteur de la victime, qui est âgée de moins de 18 ans;
- la personne qui a l'autorisation légale de prendre des décisions au nom de la victime, puisque la victime ne peut le faire (en raison de troubles mentaux ou affectifs ou de problèmes physiques).

## 2. Renseignements sur l'acte criminel

Les renseignements que vous fournissez dans cette section nous permettent de vérifier que l'acte criminel a bel et bien eu lieu. Même si vous ne connaissez pas tous les détails de l'acte criminel, veuillez remplir la section au mieux de votre connaissance. N'oubliez pas d'inscrire le numéro du rapport de police portant sur l'acte criminel. Sans ce numéro, il nous est difficile d'obtenir auprès de la police les renseignements nécessaires pour nous permettre de rendre une décision au sujet de votre demande.

Pour que vous soyez admissible aux indemnités, le crime doit avoir été signalé à la police et vous devez collaborer avec la police pendant l'enquête.

## 3. Blessures

Veuillez énumérer toutes les blessures subies par la victime et causées par l'acte criminel, c'est-à-dire les blessures physiques ainsi que les troubles mentaux et affectifs. Ces renseignements nous aideront à déterminer les indemnités auxquelles vous avez droit.

## 4. Renseignements médicaux sur la victime

Il arrive que nous ayons besoin de renseignements médicaux pour déterminer les indemnités auxquelles vous avez droit. Veuillez énumérer le nom et l'adresse de tous les professionnels que la victime a consultés en raison des blessures causées par l'acte criminel, c'est-à-dire les médecins, les dentistes, le personnel des hôpitaux ou des cliniques, les thérapeutes fournissant des services de counselling et autres. Nous communiquerons avec ces personnes pour obtenir les rapports dont nous avons besoin pour rendre une décision au sujet de votre demande.

## 5. Estimation des dépenses

Cette section présente la liste de la plupart des frais remboursés dans le cadre du Programme. Cochez les cases correspondant à tous les frais faisant l'objet de votre demande d'indemnités; n'oubliez pas d'inclure les frais que vous engagerez probablement dans le futur. Si vous ne connaissez pas le montant exact d'une dépense, indiquez le montant que vous croyez avoir payé. Veuillez fournir le plus de précisions possible et énumérer chacune des dépenses séparément. Si, par exemple, vous déclarez des vêtements endommagés, énumérez chacun des morceaux (p. ex., jeans, 45 \$; veston, 60 \$; chapeau, 10 \$). Veuillez également joindre vos factures ou reçus si vous les avez.

## 6. Source de revenus au moment de l'acte criminel

Ces renseignements nous aident à déterminer si la victime, une personne à sa charge (une personne qui dépend financièrement de la victime) ou la personne qui présente la demande au nom de la victime est admissible à une indemnisation, dans le cadre d'autres programmes, en raison de l'acte criminel.

Les questions de cette section portent sur la façon dont la victime gagnait sa vie au moment de l'acte criminel. Si d'autres renseignements sont nécessaires, nous vous en informerons par téléphone ou par courrier.

## 7. Renseignements sur l'emploi

Les renseignements sur l'emploi de la victime servent à calculer les indemnités pour perte salariale et à déterminer si la victime, les personnes à sa charge ou le demandeur sont admissibles à un paiement ou à des indemnités dans le cadre d'autres régimes ou programmes. Dans les questions portant sur le salaire brut, dans cette section, nous vous demandons d'inscrire le(s) revenu(s) que recevait la victime avant le prélèvement de l'impôt et de toute autre déduction de son chèque de paie.

Si nous avons besoin d'un renseignement précis concernant l'emploi du demandeur, nous communiquerons directement avec la personne en question.

## 8(a) Revenus ou prestations provenant d'autres sources et versés en raison des blessures ou du décès de la victime

Avant de déterminer le montant des indemnités auxquelles vous avez droit dans le cadre du Programme, nous devons connaître toutes les autres prestations ou tous les autres montants qui vous sont versés dans le cadre d'autres programmes. Vous devez également indiquer dans cette section toutes les prestations que vous pensez recevoir dans le futur. Il est possible que le demandeur doive présenter une demande de paiement à un autre programme avant que nous approuvions le versement d'indemnités dans le cadre de notre programme. Certains des autres programmes de prestations figurent à la section 8(a) du formulaire.

## 8(b) Dédommagement et poursuite judiciaire

Vous **devez** nous informer de toute somme que le contrevenant doit payer à la victime ou à la famille de la victime conformément à la décision du juge, ou de toute somme obtenue dans le cadre d'une poursuite. Si vous ne nous informez pas d'une telle somme, nous pourrions réduire le montant des indemnités qui vous sont accordées dans le cadre du Programme ou vous refuser le versement de ces indemnités. Vous pourriez également devoir rembourser le montant des indemnités que vous avez déjà reçues.

## 9. Référence

Nous voulons que les autres victimes soient informées de l'existence du Programme, il nous serait donc utile de savoir comment vous en avez entendu parler.

## 10. Autorisation de communication d'information

Veuillez lire, signer et dater la section Autorisation de communication d'information. Tous les renseignements que vous fournissez dans le formulaire sont privés et confidentiels. Cependant, nous devons parfois demander ou communiquer des renseignements personnels ou des renseignements médicaux au sujet d'une victime ou de la personne présentant la demande au nom d'une victime pour pouvoir prendre des décisions au sujet de la demande. Tous les renseignements que nous demandons et que nous communiquons sont protégés en vertu de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* et la *Loi sur les renseignements médicaux personnels*.

Si vous signez l'autorisation au nom de la victime, nous devons être assurés que vous avez l'autorisation légale de le faire. Si vous signez au nom d'une autre personne, veuillez écrire votre nom en caractères d'imprimerie et nous indiquer votre lien avec la victime (p. ex., membre de la famille, fondé de pouvoir par procuration, etc.).

## 11. Déclaration de compréhension

Certaines conditions s'appliquent lorsque quelqu'un présente une demande d'indemnités et touche des indemnités. Il est important que vous connaissiez ces conditions. Veuillez lire attentivement la liste. En apposant votre signature, vous indiquez que vous avez lu tous les éléments de la liste, que vous les comprenez et que vous y consentez.

**Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec nous (945-0899 ou, sans frais, 1 800 262-9344).**