

Programme d'indemnisation des victimes d'actes criminels

Demande d'indemnités pour la victime

Le Programme d'indemnisation des victimes d'actes criminels est administré par la Direction des services aux victimes de Justice Manitoba; il indemnise les victimes admissibles conformément à la *Déclaration des droits des victimes et au Règlement sur les droits des victimes*. Le Programme ne couvre que le préjudice physique ou psychologique direct causé par un acte criminel au Manitoba. Tout dommage à un bien qui est causé par un acte criminel devrait être couvert par des polices d'assurance privées.

Si vous êtes victime d'un acte criminel grave, vous avez peut-être le droit d'être indemnisé (argent, services, soutien) pour les **blessures physiques** ou **psychologiques subies**. La **victime** est toute personne qui a subi une blessure à cause d'un acte criminel grave. Pour obtenir de plus amples détails sur le Programme ou sur des indemnités précises, veuillez consulter la feuille de renseignements intitulée Soutien aux victimes et la feuille de renseignements généraux intitulée Programme d'indemnisation des victimes d'actes criminels.

Utilisez le présent formulaire pour demander des indemnités si vous êtes victime d'un acte criminel et âgé de 18 ans au moins. Si vous êtes un parent ou le tuteur d'un enfant mineur (âgé de moins de 18 ans) qui est victime d'un acte criminel, vous pouvez utiliser le présent formulaire de demande pour réclamer des indemnités au nom de l'enfant.

Instructions

1. Remplissez le formulaire de demande.
2. Répondez à toutes les questions en détail afin que votre demande puisse être rapidement évaluée.
3. Écrivez toutes vos réponses en caractères d'imprimerie de façon claire.
4. Signez l'autorisation à la section 9 (V7).
5. Signez la déclaration à la section 10 (V8). Les demandes où **l'autorisation ou la déclaration ne sont pas signées seront retournées à l'auteur de la demande**.
6. Envoyez l'original de la demande et toute annexe par la poste ou par télécopieur à :
Programme d'indemnisation des victimes d'actes criminels
405, avenue Broadway, bureau 1410
Winnipeg (Manitoba) R3C 3L6
Télécopieur : 204 948-3071
7. En cas de changement d'adresse ou de numéro de téléphone après l'envoi de votre demande, vous devez en informer immédiatement le personnel du Programme d'indemnisation des victimes d'actes criminels.

Dans le cadre de l'examen de la présente demande, le personnel du Programme :

- demandera à la police un rapport sur l'acte criminel;
- examinera les antécédents judiciaires de la victime;
- vérifiera les rapports médicaux, le cas échéant.

Si vous avez des questions à propos de votre demande, appelez au 204 945-0899 (de Winnipeg) ou au 1 800 262-9344 (sans frais au Manitoba) ou envoyez un courriel à : cvcpc@gov.mb.ca. Pour en savoir plus, visitez le site www.gov.mb.ca/justice/victims/index.fr.html.

Section 1. Renseignements sur la victime (auteur de la demande)



Cette section ne porte que sur les renseignements vous concernant, en tant que victime d'un acte criminel.

Si vous êtes le tuteur d'une victime (âgée de moins de 18 ans) ou un représentant légal qui présente une demande au nom d'une victime, vous devez aussi remplir la section 2 (Renseignements sur l'auteur de la demande), ainsi que le reste du formulaire de demande. Ne pas remplir la section 2 si vous aidez seulement une victime à remplir la demande.

Autres noms utilisés (par ex. : un surnom, un nom de jeune fille, un surnom) : Si vous avez changé de nom ou utilisez un autre nom, énumérez le ou les noms utilisés.

Adresse postale : Donnez votre adresse postale actuelle, y compris la ville ou le village, la province et le code postal. Toutes les lettres provenant du Programme seront expédiées à cette adresse. Vous devez informer immédiatement le personnel du Programme en cas de changement d'adresse.

Numéros de téléphone : Donnez votre numéro de téléphone principal (par ex. : domicile) et tout autre numéro auquel vous pouvez être joint (par ex., téléphone cellulaire, travail). Ne pas oublier l'indicatif régional.

Avez-vous déjà été condamné pour un acte criminel SANS avoir été réhabilité? Cochez la case « oui », « non » ou « ne sais pas ».

Dans l'affirmative, indiquez le type de chaque infraction et les dates de condamnation, si vous avez ces renseignements.

[Utilisez une feuille supplémentaire, s'il y en a plus de trois.]

Faites-vous l'objet d'accusations au criminel en instance? Cochez la case « oui », « non » ou « ne sais pas ».

Dans l'affirmative, indiquez le type de chaque infraction et les dates auxquelles les accusations ont été portées, si vous avez ces renseignements.

[Utilisez une feuille supplémentaire au besoin.]

Avez-vous déjà habité à l'extérieur du Manitoba?

Dans l'affirmative, donnez l'adresse ou les adresses où vous avez habité (ville/village, province/État, pays) au cours des dix dernières années. Donnez les dates (par ex : 2001-2005)

Indemnisation des victimes d'actes criminels
Demande d'indemnités pour la victime

Numéro de la demande : _____

Section 1. Renseignements sur la victime (auteur de la demande)

Nom de la victime			Sexe : <input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> femme
Nom _____	Prénom _____	Initiale du second prénom _____	
Autres noms utilisés <i>(p. ex. : sobriquet, nom de jeune fille, surnom)</i>		Situation de famille _____	Date de naissance _____ <i>mois / jour / année</i>
N° d'identification personnelle (NIP) <i>(le numéro à neuf chiffres de votre carte de Santé Manitoba)</i>		Numéro de carte d'Indien visé par un traité ou de Métis et nom de bande <i>(le cas échéant)</i>	
Adresse postale			
N° d'app. ou de case postale _____ Rue _____			
Ville _____ Province _____ Code postal _____			
Numéro de téléphone principal <i>(par ex. : domicile)</i> et autres numéros <i>(par ex. : téléphone cellulaire, travail)</i>			
Adresse électronique <i>(si vous en avez une)</i>			
Avez-vous déjà été déclaré coupable d'une infraction aux termes du Code criminel SANS avoir été réhabilité? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> je ne sais pas <input type="checkbox"/>			
Dans l'affirmative, indiquez le type de chaque infraction et les dates de condamnation, si vous avez ces renseignements.			
Infraction		Date de la condamnation <i>(mois / année)</i>	
1. _____		_____	
2. _____		_____	
3. _____		_____	
Faites-vous l'objet d'accusations au criminel en instance? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> je ne sais pas <input type="checkbox"/>			
Dans l'affirmative, indiquez le type de chaque infraction et les dates d'accusation, si vous avez ces renseignements.			
Infraction		Date de l'accusation <i>(mois / année)</i>	
1. _____		_____	
2. _____		_____	
3. _____		_____	
Avez-vous habité hors du Manitoba au cours des 10 dernières années? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			
Dans l'affirmative, donnez l'adresse et les dates.			
Ville ou village	Province ou État	Pays	Date : <i>(de quelle année à quelle année?)</i>
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
Avez-vous déjà présenté une demande au Programme d'indemnisation des victimes d'actes criminels par le passé? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			
Dans l'affirmative, veuillez indiquer quand :			

Section 2. Renseignements sur l'auteur de la demande (si l'auteur de la demande n'est pas la victime de l'acte criminel)

Cette section ne porte que sur les renseignements personnels de l'auteur de la demande.

Remplissez cette section seulement si vous êtes le parent, le tuteur ou le représentant légal qui présente une demande au nom d'une victime mineure (âgée de moins de 18 ans) ou d'une victime ayant une déficience mentale. **Vous devez être âgé de 18 ans ou plus pour présenter une demande.** Ne pas remplir cette section si vous aidez seulement une victime à remplir la demande.

Adresse postale : Donnez votre adresse postale actuelle, y compris la ville ou le village, la province et le code postal. Toutes les lettres provenant du Programme seront expédiées à cette adresse. Vous devez informer immédiatement le personnel du Programme en cas de changement d'adresse.

Numéros de téléphone : Donnez votre numéro de téléphone principal (par ex., domicile) et tout autre numéro auquel vous pouvez être joint (par ex., téléphone cellulaire, travail). Ne pas oublier l'indicatif régional.

Quel est votre lien avec la victime? : Indiquez si vous êtes un parent, le tuteur, un avocat, etc.

Êtes-vous le tuteur ou le représentant légal de la victime? Cochez la case « oui » ou « non ».

Dans l'affirmative, joignez une copie de l'ordonnance judiciaire ou de l'autorisation qui énonce que vous avez l'autorité légale d'agir ou que la tutelle vous a été confiée. Si vous êtes le parent ayant la garde légale de la victime, il n'est pas nécessaire d'annexer de document.

Un représentant légal est une personne qui a l'autorité légale d'agir au nom d'une victime.

Section 2. Renseignements sur l'auteur de la demande qui présente une demande au nom d'une victime

Remplissez cette section seulement si vous êtes le parent, le tuteur ou le représentant légal qui présente une demande au nom d'une victime mineure (âgée de moins de 18 ans) ou d'une victime ayant une déficience mentale. Vous devez être âgé de 18 ans ou plus pour présenter une demande. Ne pas remplir cette section si vous aidez seulement une victime à remplir la demande.

Nom du demandeur :

Nom _____ Prénom _____ Initiale du second prénom _____

Adresse postale

N° d'app. ou de case postale _____ Rue _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Numéro de téléphone principal (par ex. : domicile) et autres numéros (par ex. : téléphone cellulaire, travail)

Adresse électronique (si vous en avez une)

Quel est votre lien avec la victime?
(p. ex. : parent, tuteur, avocat, etc.)

Êtes-vous le tuteur ou le représentant légal de la victime? oui non

Dans l'affirmative, joignez une copie de l'ordonnance judiciaire ou de l'autorisation qui énonce que vous avez l'autorité légale d'agir ou que la tutelle vous a été confiée.

Si vous êtes le parent ayant la garde légale de la victime, il n'est pas nécessaire d'annexer de document.

Section 3. Renseignements sur le délai d'un an

Il y a un délai d'un an pour présenter une demande d'indemnités en cas de blessure causée par un acte criminel. Toutefois, le Programme peut accorder plus de temps (accorder une prorogation) s'il existe un motif valable pour le retard. Si vous présentez une demande d'indemnités après le délai d'un an, donnez les motifs pour lesquels vous ne l'avez pas présentée plus tôt.

Section 4. Renseignements sur l'acte criminel

Cette section porte sur l'acte criminel. Le personnel du Programme se servira de cette section pour obtenir les renseignements nécessaires auprès de la police.

Type d'acte criminel : Décrivez brièvement (en quelques mots) le type d'acte criminel (par ex. : invasion de domicile, voies de fait).

Dates de l'acte criminel : Donnez la ou les dates auxquelles l'acte criminel a été commis. Si l'acte criminel a été commis sur une certaine période, donnez des dates approximatives (par ex. : septembre 2001 à décembre 2002).

Endroit où l'acte criminel a eu lieu : Indiquez dans quelle ville ou dans quel village du Manitoba a eu lieu l'acte criminel. Si l'acte criminel a été commis sur une certaine période et à plusieurs endroits, énumérez-les tous.

Lien entre l'auteur présumé de l'acte criminel et la victime (le cas échéant) : Énoncez le lien que vous avez, le cas échéant, avec la personne qui aurait commis l'acte criminel (par ex. : l'auteur présumé de l'acte criminel est mon ex-mari, ma mère, un ami intime de la famille).

Décrivez brièvement l'acte criminel en vos propres termes : Dites brièvement comment l'acte criminel s'est produit.

Indemnisation des victimes d'actes criminels Demande d'indemnités pour la victime

Numéro de la demande : _____

Section 3. Renseignements sur le délai d'un an

La présente demande est-elle présentée dans l'année suivant la date de l'acte criminel?

oui non

Dans la négative, dites brièvement pourquoi vous n'avez pas présenté la demande plus tôt.

Section 4. Renseignements sur l'acte criminel

Type d'acte criminel <i>(p. ex. : voies de fait, vol qualifié)</i>	Dates de l'acte criminel : mois / jour / année
Endroit où l'acte criminel a eu lieu <i>(ville/village/quartier)</i>	
L'acte criminel a-t-il été signalé à la police? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Date du signalement de l'acte criminel : mois / jour / année
Service de police auquel l'acte criminel a été signalé <i>(p. ex. : Service de police de Winnipeg, GRC)</i>	Numéro du rapport de police <i>(si vous le connaissez)</i>
Nom de l'enquêteur <i>(si vous le connaissez)</i>	
Nom de la personne soupçonnée d'avoir commis l'acte criminel <i>(auteur présumé de l'acte criminel, si vous le connaissez)</i>	
Lien entre l'auteur présumé de l'acte criminel et la victime <i>(le cas échéant)</i>	
L'auteur présumé de l'acte criminel a-t-il été accusé? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> je ne sais pas <input type="checkbox"/>	
Décrivez brièvement l'acte criminel en vos propres termes	

Section 5. Renseignements sur les blessures subies par la victime

Cette section porte sur les blessures subies par la victime et directement causées par l'acte criminel.

Décrivez brièvement les blessures que vous avez subies à cause de l'acte criminel :

Cela comprend aussi bien les blessures physiques que les blessures psychologiques (par ex : mâchoire fracturée, œil au beurre noir, cauchemars/ manque de sommeil).

Section 6. Renseignements médicaux sur la victime

Cette section contient des détails sur l'hôpital ou les hôpitaux où vous êtes allé, sur les professionnels de la santé que vous avez consultés et sur le ou les traitements que vous avez reçus du fait de l'acte criminel que vous avez subi. Le personnel du Programme pourra ainsi avoir les renseignements nécessaires sur vos blessures en interrogeant les personnes qui vous ont traité.

Remplissez toutes les sections qui s'appliquent à votre cas, sans oublier de fournir les adresses et les numéros de téléphone requis.

Hôpital : Donnez le nom de l'hôpital et la date du traitement (dates d'admission et de sortie) pour chaque hôpital où vous êtes allé.

Professionnels de la santé ayant soigné les blessures de la victime : Donnez le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de chaque professionnel de la santé (par ex. : médecin, dentiste, physiothérapeute) que vous avez consulté du fait de vos blessures. Dites de quel type de professionnel de la santé il s'agissait en cochant les cases qui s'appliquent à votre cas. Énumérez la ou les dates auxquelles vous avez reçu le ou les traitements.

Section 5. Renseignements sur les blessures subies par la victime

Avez-vous subi des blessures du fait de l'acte criminel? oui non

Dans l'affirmative, décrivez brièvement les blessures (physiques ou psychologiques) subies et directement causées par l'acte criminel.

Section 6. Renseignements médicaux sur la victime

Avez-vous reçu un ou des traitements à cause de l'acte criminel? oui non

Dans l'affirmative, remplissez toutes les sections qui vous concernent :

1. Nom de l'hôpital _____ Date du traitement : mois/jour/année _____

2. Nom de l'hôpital _____ Date du traitement : mois/jour/année _____

Professionnel de la santé (médecin de famille, thérapeute fournissant des services de counselling, physiothérapeute, chiropraticien, psychologue, psychiatre, dentiste)

Médecin de famille Dentiste Services de counselling ou psychologue Autre

Nom _____

Adresse _____

Téléphone _____

Date du traitement : mois/jour/année _____

Médecin de famille Dentiste Services de counselling ou psychologue Autre

Nom _____

Adresse _____

Téléphone _____

Date du traitement : mois/jour/année _____

Médecin de famille Dentiste Services de counselling ou psychologue Autre

Nom _____

Adresse _____

Téléphone _____

Date du traitement : mois/jour/année _____

Médecin de famille Dentiste Services de counselling ou psychologue Autre

Nom _____

Adresse _____

Téléphone _____

Date du traitement : mois/jour/année _____

Section 7. Renseignements sur les dépenses et les pertes de la victime

Cette section porte sur les dépenses ou les pertes qui résultent de l'acte criminel et pour lesquelles la victime fait une demande d'indemnité.

Dépenses et pertes : Cochez toutes les dépenses et les pertes qui s'appliquent à l'heure actuelle, plus toutes celles qui pourraient s'appliquer à l'avenir. Il faut fournir des reçus originaux pour la plupart des dépenses. Veuillez envoyer vos reçus originaux avec votre demande si vous les avez.

Après avoir présenté votre demande, vous devez demander le remboursement de la plupart des dépenses et pertes dans les 90 jours. Si vous demandez d'autres prestations 90 jours après avoir présenté votre demande, il se peut que votre demande ne soit pas acceptée.

Perte salariale ou de revenu : Vous devez avoir un emploi pour faire une demande de perte salariale. Si vous voulez faire une demande de perte salariale, vous devez remplir toute la section 8.

Indemnité de déficience : Il s'agit d'un paiement unique pour les victimes qui ont subi un certain degré de handicap physique permanent (par ex : traumatisme crânien, perte de mobilité, perte de la vue, cicatrice) ou une déficience affective permanente (par ex. : état de stress post-traumatique) du fait d'un acte criminel. L'admissibilité d'une victime à une indemnité de déficience ne sera évaluée par le personnel du Programme que lorsque la victime sera rétablie du mieux possible.

Pour plus de renseignements à ce sujet, veuillez téléphoner au bureau du Programme au 204 945-0899 (à Winnipeg) ou au 1 800 262-9344 (sans frais) ou communiquer avec votre bureau local des Services aux victimes.

Pension alimentaire pour enfant né du fait d'un acte criminel : Il s'agit d'un paiement visant à aider les victimes qui ont donné naissance à un enfant du fait d'un acte criminel et qui ont besoin d'une aide financière pour cet enfant.

Le Programme d'indemnisation des victimes d'actes criminels n'offre aucune compensation pour les biens ou les objets personnels endommagés ou volés comme l'argent, les bijoux, les téléphones cellulaires, les ordinateurs ou tout autre appareil électronique. Le Programme ne couvre pas les dégâts causés à votre maison ou à votre véhicule automobile.

Section 7. Renseignements sur les dépenses et les pertes

Cochez toutes les dépenses ou les services nécessaires qui s'appliquent à votre cas à l'heure actuelle ou qui pourraient s'appliquer à l'avenir à cause des blessures que vous avez subies. Il faut fournir des reçus originaux pour la plupart des dépenses et des pertes. Veuillez envoyer vos reçus originaux avec votre demande si vous les avez.

Dépense ou perte	Détails	Coût approximatif
<input type="checkbox"/> Ambulance		
<input type="checkbox"/> Nettoyage de la scène de l'acte criminel		
<input type="checkbox"/> Équipement et fournitures médicaux (par ex. : fauteuils roulants, cannes, appareils auditifs)		
<input type="checkbox"/> Traitement dentaire		
<input type="checkbox"/> Médicaments sur ordonnance		
<input type="checkbox"/> Services de counselling		
<input type="checkbox"/> Modifications du domicile liées à une blessure permanente (par ex. : rampes d'accès pour fauteuils roulants)		
<input type="checkbox"/> Modifications du véhicule (liées à une blessure permanente)		
<input type="checkbox"/> Services domestiques (services d'une aide familiale, services de garderie ou services de soins personnels)		
<input type="checkbox"/> Frais de déplacement ou dépenses connexes (par ex. : hôtel, kilométrage, repas)		
<input type="checkbox"/> Vêtements endommagés ou détruits et que la victime portait au moment où a été commis l'acte criminel		
<input type="checkbox"/> Lunettes sur ordonnance endommagées ou détruites et que la victime portait au moment où a été commis l'acte criminel		
<input type="checkbox"/> Les aides techniques (cannes, déambulateurs, appareils auditifs) ayant été endommagés ou détruites au moment où a été commis l'acte criminel		
<input type="checkbox"/> Perte salariale ou de revenu		
<input type="checkbox"/> Réadaptation professionnelle ou recyclage professionnel		
<input type="checkbox"/> Indemnité de déficience (voir détails à la page ci-contre)		
<input type="checkbox"/> Pension alimentaire pour enfant né du fait d'un acte criminel		
<input type="checkbox"/> Chirurgie esthétique requise en raison de vos blessures		
<input type="checkbox"/> Services de physiothérapie		
<input type="checkbox"/> Traitement chiropratique		
<input type="checkbox"/> Services d'ergothérapie		
<input type="checkbox"/> Massothérapie		
<input type="checkbox"/> Services d'acupuncture;		

Section 8. Renseignements sur les prestations d'assurance-maladie et d'assurance-emploi et sur les autres prestations reçues par la victime

Cette section porte sur votre situation d'emploi au moment où l'acte criminel a été commis, ainsi que sur votre assurance médicale. Répondez intégralement à toutes les questions, sans oublier de fournir le nom et les coordonnées de votre employeur.

Si vous voulez demander une indemnité pour perte salariale subie du fait de blessures causées par un acte criminel, le personnel du Programme demandera à votre employeur de lui donner des renseignements sur votre situation d'emploi.

Renseignements sur l'emploi : Répondez à toutes les questions, sans oublier de fournir le nom de votre employeur, son adresse postale et ses numéros de téléphone et de télécopieur au moment où vous avez subi des blessures en raison d'un acte criminel.

Si vous êtes travailleur indépendant, appelez le bureau du Programme au 204 945-0899 (à Winnipeg) ou le 1 800 262-9344 (sans frais) pour demander le Self Employment Questionnaire (questionnaire sur le travail indépendant).

Si vous étiez en train de travailler au moment où a été commis l'acte criminel, vous pourriez être admissible à des indemnités de la Commission des accidents du travail.

Autres prestations : Si vous avez reçu ou si vous recevrez des prestations provenant d'autres sources en raison des blessures causées par l'acte criminel, cochez les cases qui s'appliquent à votre cas. Si vous avez reçu des prestations provenant d'une source qui ne figure pas dans la liste, cochez la case « autres » et donnez des détails (par ex. : source, coordonnées, montant, dates, etc.).

Indemnisation des victimes d'actes criminels
Demande d'indemnités pour la victime

Numéro de la demande : _____

Section 8. Emploi et prestations

Aviez-vous un emploi au moment de l'acte criminel? oui non

Dans la négative, quelle était votre source de revenu au moment de l'acte criminel?

(p. ex. : assurance-emploi, aide à l'emploi et au revenu, aide de la bande, Régime de pensions du Canada,)

Avez-vous dû vous absenter de votre travail du fait de blessures causées par l'acte criminel? oui non

Dans l'affirmative, remplissez ce qui suit :

Date de votre dernier jour de travail avant l'acte criminel : mois/jour/année

Date de votre retour au travail après l'acte criminel : mois/jour/année

Avez-vous subi une perte salariale du fait des blessures causées par l'acte criminel? oui non

Nom de l'employeur ou de l'entreprise

Nom d'une personne-ressource ou d'un superviseur

Adresse _____ Numéro de téléphone _____ Numéro de télécopieur _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Depuis combien de temps étiez-vous au service de cet employeur?

Étiez-vous au travail au moment où l'acte criminel a été commis?

oui non

Avez-vous reçu, ou recevrez-vous, des prestations de la part de votre employeur du fait de vos blessures?

(p. ex. : congé de maladie, invalidité de courte durée)

oui non

Dans l'affirmative, donnez des détails (par ex. : type de prestation, montants, dates, etc.)

Avez-vous une assurance-maladie complémentaire?

oui non

Dans l'affirmative, indiquez le nom de votre fournisseur de services complémentaires de santé

(p. ex. : Blue Cross), le numéro de plan et les prestations que vous allez recevoir.

Recevrez-vous des prestations d'une autre source? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent à votre situation et donnez des détails) :

- Prestations d'assurance-emploi _____
- Aide sociale ou aide de la bande _____
- Régime de pensions du Canada _____
- Commission des accidents du travail _____
- Société d'assurance publique du Manitoba _____
- Prestations provenant d'une poursuite au civil _____
- Autres (veuillez préciser) _____

Section 9. Autorisation



LIRE LA PRÉSENTE AUTORISATION

Cette section autorise le personnel du Programme d'indemnisation des victimes d'actes criminels à obtenir des renseignements auprès de la police, des médecins, des thérapeutes, des employeurs, d'autres programmes gouvernementaux et de tout autre organisme ou organisation. Le personnel du Programme ne demandera que les renseignements dont il a besoin pour évaluer votre admissibilité à des indemnités en vertu de la Déclaration des droits des victimes et du Règlement sur les droits des victimes.

Les renseignements personnels demandés dans la présente demande sont recueillis en vertu de la Déclaration des droits des victimes. Le personnel du Programme utilisera ces renseignements conformément à la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée et à la Loi sur les renseignements médicaux personnels.

Votre signature sur la présente autorisation sera valide pendant deux ans à compter de la date à laquelle vous l'avez signée. Si vous souhaitez annuler la présente autorisation, vous devez envoyer une lettre au Programme d'indemnisation des victimes d'actes criminels.

Signature de l'auteur de la demande

- Si vous êtes âgé de 18 ans ou plus, vous pouvez signer et dater la présente autorisation.
- Si vous avez moins de 18 ans, c'est votre père, votre mère ou votre tuteur qui doit signer et dater l'autorisation.
- Si vous présentez la demande au nom de la victime, vous pouvez signer l'autorisation à titre d'auteur de la demande.

Votre demande vous sera retournée si cette section n'est pas signée et datée.

Section 9. Autorisation

Nom de la victime

Date de naissance de la victime

Conformément à la *Déclaration des droits des victimes* [paragraphe 52(2) et article 53], le directeur des Services aux victimes (ou tout employé délégué par lui) peut recueillir les renseignements nécessaires à l'évaluation de l'admissibilité aux indemnités prévues dans le cadre du Programme d'indemnisation des victimes d'actes criminels. La présente autorisation est signée par la victime (susnommée) ou par l'auteur de la demande (personne ayant l'autorité légale pour la signer au nom de la victime) afin de permettre la divulgation des renseignements suivants.

J'autorise par les présentes :

1. le service de police ou tout autre organisme ou ministère gouvernemental (par ex. : médecin légiste) qui participe à l'enquête sur l'acte criminel, à fournir au directeur tout renseignement directement ou indirectement lié à l'acte criminel ou aux actes criminels figurant dans la présente demande;
2. mon employeur à fournir au directeur les renseignements sur mon emploi et les prestations auxquelles j'ai droit dans la mesure où ils concernent mon admissibilité aux prestations dans le cadre du Programme d'indemnisation des victimes d'actes criminels;
3. tout professionnel de la santé ou fournisseur de soins de santé (par ex. : médecin, dentiste, psychiatre, psychologue ou thérapeute fournissant des services de counselling), qui a soigné mes blessures, à fournir au directeur tout renseignement issu de mon dossier personnel et directement ou indirectement lié à l'acte criminel visé par la présente demande;
4. Service Canada, Affaires autochtones et Développement du Nord Canada, la Commission des accidents du travail du Manitoba, la Société d'assurance publique du Manitoba, l'Assurance-emploi, le Régime de pensions du Canada, ou tout autre régime d'assurance-emploi ou de retraite public ou privé similaire à fournir les renseignements nécessaires au personnel du Programme d'indemnisation des victimes d'actes criminels pour ce qui est de cette demande d'indemnités;
5. le directeur à obtenir des renseignements sur les accusations au criminel en instance dont je fais l'objet, sur les condamnations criminelles ayant été portées contre moi et sur toute peine connexe qui m'a été imposée;
6. le directeur à divulguer des renseignements, notamment le contenu des sections pertinentes de cette demande, à la police, aux établissements de soins de santé, aux spécialistes des traitements ou à d'autres organismes si cela était nécessaire pour obtenir les renseignements demandés (aux points 1 à 5 ci-dessus) afin d'évaluer mon admissibilité aux indemnités;
7. l'Agence du revenu du Canada ou tout autre organisme semblable dans tout autre ressort à fournir au Programme d'indemnisation des victimes d'actes criminels les renseignements relatifs à l'impôt sur le revenu pertinents.

Je comprends que je peux annuler la présente autorisation, à tout moment, en écrivant une lettre au directeur du Programme. Je comprends que si la présente autorisation est annulée, ou que si j'ometts de fournir les renseignements que me demande le directeur, cela pourrait entraver la capacité du personnel du Programme à évaluer la présente demande. Une télécopie de la présente demande a valeur d'original lorsqu'elle est présentée à un établissement de soins de santé, à un professionnel de la santé, à un service de police ou à tout autre organisme. La présente autorisation est valide pendant deux ans à compter de la date à laquelle elle a été signée, à moins qu'elle ne soit annulée par écrit par la victime ou par le représentant (auteur de la demande) qui signe le présent formulaire.

Signature de la victime ou de l'auteur de la demande

Date

Section 10. Déclaration

En signant cette section, vous déclarez que les renseignements que vous avez fournis sont véridiques et exacts.

Votre demande peut être refusée si vous faites une fausse déclaration (si vous ne dites pas la vérité). Si, en tout temps, il est découvert que vous avez fourni des renseignements erronés, vous serez légalement tenu de rembourser immédiatement au Programme le montant des indemnités que vous aurez déjà reçues.

Remplissez, signez et datez cette section.

Votre demande vous sera retournée si cette section n'est pas signée et datée.

Section 10. Déclaration

Vous devez remplir cette section, la signer et la dater.

Je présente une demande de prestations offertes aux victimes en vertu de la Déclaration des droits des victimes et je soussigné(e),

_____, déclare que les renseignements fournis dans la présente demande
Nom de la victime ou de l'auteur de la demande (écrivez lisiblement)


sont véridiques et exacts.

Signature de la victime ou de l'auteur de la demande

Date

Votre demande vous sera retournée si cette section n'est pas signée et datée.

Section 11. Autorisation facultative



Remplissez cette section si vous souhaitez que le personnel du Programme discute de votre dossier avec un tiers. La loi sur la protection de la vie privée n'autorise pas le personnel du Programme à parler à une autre personne que la victime ou l'auteur de la demande. Le personnel du Programme ne peut parler à des tiers des renseignements contenus dans votre dossier qu'avec votre permission écrite (autorisation). Ne remplissez la présente autorisation que si vous nous autorisez à parler à la personne dont le nom figure dans votre dossier.

Section 11. Autorisation facultative

Il s'agit de l'autorisation (permission écrite) de discuter de votre dossier avec un tiers.

Je soussigné(e), _____, autorise le Programme d'indemnisation des
Nom de la victime ou de l'auteur de la demande (écrivez lisiblement)

victimes d'actes criminels à discuter de ma demande avec _____.
Nom de la personne avec laquelle le personnel du Programme aura le droit de parler de votre dossier en vertu de cette autorisation (écrivez lisiblement)

Numéro de téléphone de la personne autorisée _____

Lien entre la personne autorisée et la victime ou l'auteur de la demande _____

Signature de la victime ou de l'auteur de la demande

Date

Remarque :

Le Programme d'indemnisation des victimes d'actes criminels ne couvre pas :

- **les blessures ou les pertes subies dans un accident de véhicule;**
- **les blessures ou les pertes liées à l'emploi, si vous êtes admissible à des indemnités pour accidents du travail;**
- **les souffrances et les douleurs;**
- **les biens personnels perdus ou volés, notamment l'argent.**

Les prestations que l'auteur de demande touche en provenance d'autres sources seront déduites des prestations offertes conformément à la Loi.