



**Veillez vous reporter au guide pour remplir le présent formulaire. Le guide contient des renseignements utiles qui vous aideront à remplir le formulaire. Veillez remplir le formulaire à l'ordinateur ou à la main en caractères d'imprimerie à l'encre.**

Nous pouvons vous accorder une indemnité seulement si vous avez été blessé dans la province de l'Ontario en conséquence d'un crime violent, en procédant à une arrestation ou en aidant un agent de la paix dans l'exercice de ses fonctions d'exécution de la loi, ou en essayant de prévenir un crime.

Veillez vous reporter au guide pour plus de renseignements sur les conditions d'admissibilité à l'indemnisation.

Veillez fournir tous les renseignements demandés afin d'assurer le traitement le plus rapide possible de votre demande. Notre centre d'information peut vous aider dans le cas où vous auriez des questions auxquelles le guide ne répond pas. Veillez lire attentivement le formulaire afin de remplir uniquement les sections qui s'appliquent à votre situation.

Envoyez votre formulaire de demande rempli à la Commission en y joignant tous les documents pertinents possibles. Joignez à votre demande les documents suivants si vous les avez : une ordonnance d'interdiction de communiquer, un engagement de ne pas troubler l'ordre public, une ordonnance de probation, des dossiers de police (constat, synopsis de la Couronne, rapport d'arrestation), dossiers du tribunal (dénonciation/mise en accusation), une déclaration de la victime, une procuration, des dossiers médicaux ou de thérapie qui attestent vos blessures, des factures ou l'original de vos reçus. Si vous ne les avez pas, n'attendez pas pour poster votre formulaire de demande à la Commission. Vous pourrez envoyer ces documents à la Commission lorsque vous les aurez obtenus.

**Veillez envoyer uniquement des copies des documents justificatifs à la Commission. N'envoyez pas d'originaux.**

Si l'espace prévu dans certaines parties du formulaire est insuffisant, utiliser la Partie 12, Renseignements supplémentaires. N'oubliez pas d'indiquer votre nom sur tous les documents additionnels joints et de préciser la section du formulaire correspondant à ces renseignements.

**Il est important que nous recevions votre formulaire de demande dans les deux ans suivant la date du crime. Nous pouvons prolonger la limite de deux ans lorsque cela est justifié, mais vous devrez demander une telle prolongation et expliquer les raisons du retard à la Partie 5 du formulaire. Remarque : Si la demande découle de la perpétration d'un crime de violence sexuelle ou d'un crime de violence survenu au sein d'une relation d'intimité ou de dépendance, le délai de deux ans ne s'applique pas.**

Il est essentiel que vous nous informiez de tout changement d'adresse ou de numéro de téléphone. Si nous n'arrivons pas à vous joindre par téléphone ou par la poste, votre demande pourrait être rejetée.

Veillez envoyer votre formulaire de demande rempli ainsi que les documents justificatifs par la poste, par télécopieur ou par courriel aux adresses ou numéros indiqués ci-dessous. Pour plus de renseignements à propos de la Commission d'indemnisation des victimes d'actes criminels et du processus de demande d'indemnisation, veuillez consulter notre site Web au [www.sjto.gov.on.ca/civac](http://www.sjto.gov.on.ca/civac)

Commission d'indemnisation des victimes d'actes criminels  
655, rue Bay, 14<sup>e</sup> étage  
Toronto ON M7A 2A3  
Tél : 416 326-2900 (région du Grand Toronto)  
Sans frais : 1 800 372-7463  
Télééc. : 416 326-2883, Sans frais : 1 844 249-1619  
Courriel : [info.cicb@ontario.ca](mailto:info.cicb@ontario.ca)

La Ligne d'aide aux victimes (LAV), accessible par l'intermédiaire du Service d'information FindHelp, met à la disposition des victimes un service d'information par numéro de téléphone sans frais dans toute la province, dans la langue de leur choix, 24 heures par jour et sept jours sur sept. Pour en apprendre davantage sur les services offerts dans votre région ou sur les organismes qui pourraient être disposés à vous aider à remplir votre formulaire de demande, communiquez avec la Ligne d'aide aux victimes au 1 888 579-2888 (ou si vous habitez le Grand Toronto, au 416 314-2447) et choisissez l'option 1.

**Veillez remplir le formulaire à l'ordinateur ou à la main en caractères d'imprimerie à l'encre.  
Un formulaire séparé doit être rempli pour chaque personne demandant une indemnité.**

**Partie 1 : Renseignements sur la victime**

La victime est la personne qui a été blessée lors de l'acte criminel. Une date de naissance est exigée pour éviter toute confusion avec d'autres victimes dont le nom est le même ou similaire. Comme nous devons probablement communiquer avec vous pendant les heures de bureau, veuillez indiquer un numéro de téléphone où nous pouvons vous joindre pendant la journée. Si vous remplissez cette demande pour une autre personne, veuillez inscrire ses renseignements à la Partie 1 et les vôtres à la Partie 2.

Nom de famille		Prénom		Initiale	
Nom de famille à la naissance		Date de naissance (aaaa/mm/jj)		Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Trans <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser :	
No d'unité	No de rue	Nom de la rue		C.P.	Code postal
Ville			Province	Téléphone (domicile)	
Courriel			Numéro de permis de conduire	Téléphone (autre)	

Voyez-vous un inconvénient à ce que la Commission vous laisse des messages concernant cette demande aux numéros de téléphone susmentionnés?  Non  Oui - (dans l'affirmative, veuillez expliquer)

Quel mode de communication préférez-vous utiliser pour communiquer avec la Commission? (En cochant « courriel », vous consentez à la transmission électronique de documents et renseignements)  Courrier postal  Courriel  Téléphone

Aurez-vous besoin d'un interprète à l'audience?  Non  Oui (veuillez préciser la langue) Avez-vous déjà présenté une demande auprès de la Commission?  Non  Oui (veuillez indiquer l'année)

Souhaitez-vous autoriser une autre personne à parler à la Commission en votre nom? Dans l'affirmative, veuillez fournir son nom.

Nom (prénom et nom de famille)	Téléphone
--------------------------------	-----------

Autorisez-vous la Commission à remettre des rapports à cette personne?  Oui  Non

Autorisez-vous cette personne à fournir vos coordonnées les plus récentes à la Commission?  Oui  Non

Autorisez-vous cette personne à demander un double des lettres à la Commission?  Oui  Non

**Partie 2 : Renseignement sur le requérant (s'il y a lieu)**

**Veillez remplir cette partie uniquement si vous n'êtes pas la victime du crime, mais que vous agissez en son nom.**

Vous pouvez être le requérant pour la victime d'un crime dans les cas suivants :

- vous êtes un parent ou le tuteur légal d'une victime qui est mineure (moins de 18 ans)
- vous êtes autorisé en vertu de la loi à prendre des décisions pour une victime parce qu'elle ne peut pas le faire
- (p. ex., en raison d'une incapacité mentale/physique). Veuillez fournir une copie de la procuration.

Si vous déposez cette demande d'indemnisation parce que vous avez été témoin d'un crime d'une violence extrême perpétré contre l'un de vos proches, fournissez les renseignements sur cette personne à la Partie 1 et les vôtres à la Partie 2.

Nom de famille		Prénom		Initiale	
Votre lien avec la victime		Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Trans <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser :			
Nom de l'organisation (s'il y a lieu)					
No d'unité	No de rue	Nom de la rue		C.P.	Code postal
Ville			Province	Téléphone (domicile)	
Courriel			Numéro de permis de conduire	Téléphone (autre)	

Voyez-vous un inconvénient à ce que la Commission vous laisse des messages concernant cette demande aux numéros de téléphone susmentionnés?  Non  Oui - (dans l'affirmative, veuillez expliquer)

Aurez-vous besoin d'un interprète à l'audience?  Non  Oui (veuillez préciser la langue)

Quel mode de communication préférez-vous utiliser pour communiquer avec la Commission? (En cochant « courriel », vous consentez à la transmission électronique de documents et renseignements)  Courrier postal  Courriel  Téléphone

**Mise en garde : Nous disposons de diverses mesures de sécurité, mais il est important de se souvenir que le courriel n'est pas un mode de communication sécurisé. Nous ne pouvons garantir la confidentialité des renseignements envoyés par courriel sur Internet, car ils peuvent être interceptés par des tiers.**

### Partie 3 : Représentation juridique (aux fins de la présente demande seulement)

**Veillez remplir cette partie seulement si vous avez retenu les services d'un avocat, d'un mandataire ou d'un parajuriste pour vous aider dans votre demande d'indemnisation. Si vous avez retenu les services d'un représentant juridique à d'autres fins, pour une poursuite criminelle ou civile par exemple, ne remplissez pas cette partie. En remplissant cette partie, vous autorisez la Commission à divulguer les renseignements concernant votre demande d'indemnisation à votre représentant juridique, et toutes les autres communications se feront avec votre représentant juridique.**

Nom du représentant juridique	Prénom du représentant juridique
-------------------------------	----------------------------------

Nom du cabinet d'avocats/de la clinique juridique

No d'unité	No de la rue	Nom de la rue	C.P.	Route rurale	
Ville			Province	Code postal	Pays
Téléphone		Télécopieur	Courriel		

### Partie 4 : Types d'indemnisation

Vous devez remplir cette partie pour nous indiquer le type d'indemnisation que vous voulez obtenir. Nous pouvons vous accorder une indemnité uniquement si vous avez été blessé dans la province de l'Ontario à la suite d'un crime violent, en procédant à une arrestation ou en aidant un agent de la paix dans l'exercice de ses fonctions d'exécution de la loi, ou en tentant de prévenir un crime.

**Veillez cocher la ou les cases appropriées**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Frais médicaux                            | <input type="checkbox"/> Souffrance et douleur  |
| <input type="checkbox"/> Frais de traitement                       | <input type="checkbox"/> Perte de salaire /de revenu                                      |
| <input type="checkbox"/> Frais dentaires                           | <input type="checkbox"/> Soutien d'un enfant né à a suite d'une agression sexuelle (viol) |
| <input type="checkbox"/> Frais de déplacement pour les traitements | <input type="checkbox"/> Autres frais /pertes financières (veuillez préciser) :           |

### Partie 5 : Demande de prolongation lorsque le crime remonte à plus de deux ans

Si vous demandez une indemnité pour un incident survenu il y a plus de deux ans, vous devez d'abord demander la prolongation du délai de deux ans. Veuillez cocher « Oui » et expliquer les raisons du retard à présenter la demande. Assurez-vous de remplir le reste du formulaire de demande d'indemnisation. Si la demande concerne une victime âgée de moins de 20 ans, une prolongation du délai pour présenter la demande n'est pas exigée. Si la demande découle d'un crime de violence sexuelle ou de violence survenue au sein d'une relation d'intimité ou de dépendance, le délai de deux ans ne s'applique pas. Dans ces cas, veuillez cocher "non" et passer à la Partie 6 de la demande. La Commission rendra sa décision sur la prolongation en se fondant sur les renseignements écrits que vous lui donnez, notamment ceux fournis dans le formulaire de demande d'indemnisation.

Le crime a-t-il eu lieu il y a plus de deux ans? (Dans le cas d'agression/de mauvais traitements continus, y a-t-il plus de deux ans que l'agression/les mauvais traitements ont cessé?)

- Non – Passez à la Partie 6
- Oui - Veuillez expliquer ci-dessous pourquoi vous n'avez pas présenté votre demande dans les deux ans suivant la perpétration du crime

---

---

---

---

---

---

---

---

## Partie 6 : Précisions sur le(s) crime(s) commis

Nous comprenons qu'il peut être difficile de relater les détails de l'incident ou des incidents. Nous avons besoin de ces renseignements pour évaluer adéquatement votre demande d'indemnisation. Si vous ne vous souvenez pas de ce qui vous est arrivé ou ne pouvez pas fournir tous les détails, vous pouvez indiquer les détails qui vous ont été fournis par une autre personne, comme un policier, un médecin ou une personne qui a été témoin de l'incident. Les documents sont essentiels à l'étude de votre demande.

**En vertu de la loi, nous sommes obligés de faire une tentative raisonnable pour trouver le ou les contrevenants (présumés) et les aviser de votre demande d'indemnisation.**

**Si vous avez des réserves à ce que nous avisons un contrevenant (préssumé) ou à ce que des renseignements personnels à votre sujet lui soient divulgués, vous devez nous en informer au cours du processus de demande d'indemnisation.**

### Type de crime (veuillez cocher toutes les cases applicables)

- Voies de fait contre un membre de la famille (mauvais traitements par le conjoint, partenaire, petit(e) ami(e))
- Agression physique d'un enfant
- Agression sexuelle d'un enfant
- Agression sexuelle
- Voies de fait
- Empoisonnement
- Incendie criminel
- Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_

### Partie 6 (A) : Incident unique

Veuillez remplir la section suivante si vous avez été blessé à la suite d'un crime /incident unique. Sinon, veuillez passer à la **Partie 6 (B)** afin de fournir des détails sur les crimes /incidents/mauvais traitements multiples.

**Date du crime/de l'incident**  
(aaaa/mm/jj)

**À quel endroit est survenu le crime/l'incident? (p. ex., à la maison, dans la rue, à l'école, etc.)**

**Veuillez indiquer l'adresse précise de l'endroit où le crime/l'incident est survenu**

(Nota : il doit être survenu en Ontario pour ouvrir droit à l'indemnisation)  
Adresse

Ville

Province

**Heure du crime /de l'incident**

a.m.

p.m.

### Renseignements sur le contrevenant (préssumé) :

Nom du contrevenant présumé (prénom et nom de famille)	Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Adresse	Lien avec la victime (p. ex., étranger, ami, conjoint, etc.)
1.			
2.			
3.			

### Précisions sur le crime :

Dans l'espace ci-dessous, veuillez décrire dans vos propres mots ce qui s'est passé.

Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez utiliser la section **Renseignements supplémentaires (Partie 12)**.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Section A : Remplissez cette section si l'incident a été signalé à la police.**

Date à laquelle l'incident a été signalé à la police (aaaa/mm/jj)	Nom du ou des services de police et numéro de division	Nom du ou des agents de police et numéro(s) de matricule	Numéro du rapport d'incident

La police a-t-elle porté des accusations?

Non       Ne sait pas       Oui, dans l'affirmative lesquelles?

Savez-vous quel a été le résultat de ces accusations?

Non       Oui - veuillez préciser       Condamnation       Accusations retirées  
 Acquittement       Absolution inconditionnelle/conditionnelle

L'enquête de police ou la procédure pénale est-elle encore en cours?

Non       Oui

S'il y a eu un retard à signaler l'incident à la police, veuillez expliquer la raison du retard :

---

---

---

Avez-vous participé à l'enquête policière?

Oui       Non - Expliquez pourquoi :

---

---

---

Vous êtes-vous présenté à la cour criminelle lorsqu'on vous a demandé de le faire?  
(par ex., si vous avez reçu une assignation à comparaître)

Oui       Non - Expliquez pourquoi :

---

---

---

**Section B : Veuillez remplir cette section si l'incident n'a pas été signalé à la police**

Pour quelles raisons n'avez-vous pas signalé l'incident à la police?

---

---

---

Si l'incident est survenu alors que vous étiez enfant, a-t-il été signalé à la Société d'aide à l'enfance?

Non       Oui – Veuillez fournir des détails :

---

---

**Partie 6 (B) : Incidents multiples/Cycles de violence**

Veillez remplir cette section uniquement si vous avez été blessé à la suite d'actes criminels/incidents multiples (par ex., agression/ mauvais traitements répétés au cours de semaines, de mois ou d'années).

Si vous avez été agressé par plusieurs individus ou à plusieurs reprises par le même individu, veuillez remplir les sections suivantes pour chacun des contrevenants (présumés). S'il y avait plus de trois contrevenants (présumés), veuillez communiquer avec nous au 416 326-2900 ou au 1 800 372-7463 pour obtenir des formulaires additionnels.

**Renseignements sur le premier contrevenant (présumé)**

Nom du premier contrevenant (présumé) (prénom et nom de famille)		Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Adresse	Lien avec la victime (par ex., étranger, ami, conjoint, etc)
Date de l'incident (si un seul incident) (aaaa/mm/jj)	Ou, si plus d'un incident, fournir les dates ►		Date à laquelle les agressions ont commencé (aaaa/mm/jj)	Date à laquelle les agressions ont pris fin (aaaa/mm/jj)
<b>À quel endroit sont survenus les incidents/agressions?</b> (par ex., à la maison, dans la rue, à l'école, etc.)		<b>Veillez indiquer l'adresse précise de l'endroit où l'incident/l'agression est survenu(e)</b> (Nota : il ou elle doit être survenu(e) en Ontario pour ouvrir droit à l'indemnisation)		
		Adresse	Ville	Province

**Précisions sur le crime :**

Dans l'espace ci-dessous, veuillez décrire dans vos propres mots ce qui s'est passé. Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez utiliser la section **Renseignements supplémentaires (Partie 12)**.

---



---



---

**Section A : Veuillez remplir cette section si l'incident ou les incidents impliquant le premier contrevenant (présumé) ont été signalés à la police.**

Date à laquelle l'incident /l'agression a été signalé(e) à la police (aaaa/mm/jj)	Nom du ou des services de police et numéro de division	Nom du ou des agents de police et numéro(s) de matricule	Numéro du rapport d'incident

La police a-t-elle porté des accusations?

Non     Ne sait pas     Oui – dans l'affirmative, lesquelles?

Savez-vous quel a été le résultat de ces accusations?

Non     Oui – veuillez préciser     Condamnation     Accusations retirées  
 Acquittement     Absolution inconditionnelle/conditionnelle

L'enquête de police ou la procédure pénale est-elle encore en cours?

Non     Oui

S'il y a eu un retard à signaler l'incident/l'agression à la police, veuillez expliquer la raison du retard :

---

Avez-vous participé à l'enquête policière?

Oui     Non – Expliquez pourquoi :

Vous êtes-vous présenté à la cour criminelle lorsqu'on vous a demandé de le faire? (par ex., si vous avez reçu une assignation à comparaître)

Oui     Non – Expliquez pourquoi :

**Section B : Remplissez cette section si l'incident ou les incidents impliquant le premier contrevenant (présumé) n'ont pas été signalés à la police.**

Pour quelles raisons n'avez-vous pas signalé l'incident/agression à la police?

---

Si l'incident/agression est survenu alors que vous étiez enfant, a-t-il été signalé à la Société d'aide à l'enfance?

Non     Oui – Veuillez fournir des détails :

**Renseignements sur le deuxième contrevenant (présumé)**

<b>Nom du deuxième contrevenant (présumé)</b> (prénom et nom de famille)	<b>Date de naissance</b> (aaaa/mm/jj)	<b>Adresse</b>	<b>Lien avec la victime</b> (par ex., étranger, ami, conjoint, etc.)
<b>Date de l'incident (si un seul incident)</b> (aaaa/mm/jj)	<b>Ou, si plus d'un incident, fournir les dates ►</b>	<b>Date à laquelle les agressions ont commencé</b> (aaaa/mm/jj)	<b>Date à laquelle les agressions ont pris fin</b> (aaaa/mm/jj)
<b>À quel endroit sont survenus les incidents/agressions?</b> (par ex., à la maison, dans la rue, à l'école, etc.)	<b>Veillez fournir l'adresse précise de l'endroit où l'incident/agression est survenue.</b> (Nota : il ou elle doit être survenu(e) en Ontario pour ouvrir droit à l'indemnisation)		
	Adresse	Ville	Province

**Précisions sur le crime :**

Dans l'espace ci-dessous, veuillez décrire dans vos propres mots ce qui s'est passé. Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez utiliser la section **Renseignements supplémentaires (Partie 12)**.

---



---



---



---

**Section A : Veuillez remplir cette section si l'incident ou les incidents impliquant le deuxième contrevenant (présumé) ont été signalés à la police.**

<b>Date à laquelle l'incident / agression a été signalé(e) à la police</b> (aaaa/mm/jj)	<b>Nom du ou des services de police et numéro de division</b>	<b>Nom du ou des agents de police et numéro(s) de matricule</b>	<b>Numéro du rapport d'incident</b>

La police a-t-elle porté des accusations?  
 Non     Ne sait pas     Oui – dans l'affirmative, lesquelles?

Savez-vous quel a été le résultat de ces accusations?  
 Non     Oui – veuillez préciser     Condamnation     Accusations retirées  
 Acquittement     Absolution inconditionnelle/conditionnelle

L'enquête de police ou la procédure pénale est-elle encore en cours?  
 Non     Oui

S'il y a eu un retard à signaler l'incident/l'agression à la police, veuillez expliquer la raison du retard :

---

Avez-vous participé à l'enquête policière?  
 Oui     Non – Expliquez pourquoi :

Vous êtes-vous présenté à la cour criminelle lorsqu'on vous a demandé de le faire? (par ex., si vous avez reçu une assignation à comparaître)  
 Oui     Non – Expliquez pourquoi :

**Section B : Remplissez cette section si l'incident ou les incidents impliquant le deuxième contrevenant (présumé) n'ont pas été signalés à la police.**

Pour quelles raisons n'avez-vous pas signalé l'incident/agression à la police?

---

Si l'incident/agression est survenu alors que vous étiez enfant, a-t-il été signalé à la Société d'aide à l'enfance?  
 Non     Oui – Veuillez fournir des détails :

**Renseignements sur le troisième contrevenant (présumé)**

<b>Nom du troisième contrevenant (présumé)</b> (prénom et nom de famille)	<b>Date de naissance</b> (aaaa/mm/jj)	<b>Adresse</b>	<b>Lien avec la victime</b> (par ex., étranger, ami, conjoint, etc.)
<b>Date de l'incident (si un seul incident)</b> (aaaa/mm/jj)	<b>Ou, si plus d'un incident, fournir les dates ►</b>	<b>Date à laquelle les agressions ont commencé</b> (aaaa/mm/jj)	<b>Date à laquelle les agressions ont pris fin</b> (aaaa/mm/jj)

**À quel endroit sont survenus les incidents/agressions?**  
(par ex., à la maison, dans la rue, à l'école, etc.)

**Veillez fournir l'adresse précise où l'incident/agression est survenu(e)**  
(Nota : il ou elle doit être survenu(e) en Ontario pour ouvrir droit à l'indemnisation)

Adresse	Ville	Province

**Précisions sur le crime :**

Dans l'espace ci-dessous, veuillez décrire dans vos propres mots ce qui s'est passé. Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez utiliser la section **Renseignements supplémentaires (Partie 12)**.

**Section A : Veuillez remplir cette section si l'incident ou les incidents impliquant le troisième contrevenant (présumé) ont été signalés à la police.**

<b>Date à laquelle l'incident / agression a été signalé(e) à la police</b> (aaaa/mm/jj)	<b>Nom du ou des services de police et numéro de division</b>	<b>Nom du ou des agents de police et numéro(s) de matricule</b>	<b>Numéro du rapport d'incident</b>

La police a-t-elle porté des accusations?

Non  Ne sait pas  Oui – dans l'affirmative, lesquelles?

Savez-vous quel a été le résultat de ces accusations?

Non  Oui – veuillez préciser  Condamnation  Retrait des accusations  
 Acquittement  Absolution inconditionnelle/conditionnelle

L'enquête de police ou la procédure pénale est-elle encore en cours?

Non  Oui

S'il y a eu un retard à signaler l'incident/l'agression à la police, veuillez expliquer la raison du retard :

Avez-vous participé à l'enquête policière?

Oui  Non – Expliquez pourquoi :

Vous êtes-vous présenté à la cour criminelle lorsqu'on vous a demandé de le faire? (par ex., si vous avez reçu une assignation à comparaître)

Oui  Non – Expliquez pourquoi :

**Section B : Remplissez cette section si l'incident ou les incidents impliquant le troisième contrevenant (présumé) n'ont pas été signalés à la police.**

Pour quelles raisons n'avez-vous pas signalé l'incident/agression à la police?

Si l'incident/agression est survenu alors que vous étiez enfant, a-t-il été signalé à la Société d'aide à l'enfance?

Non  Oui – Veuillez fournir des détails :

**S'il y avait plus de trois contrevenants (présumés), veuillez communiquer avec nous au 416 326-2900 ou au 1 800 372-7463 pour obtenir des formulaires additionnels.**





**Partie 8 : Renseignements médicaux ou sur les traitements reçus**

Veuillez indiquer les nom, adresse et numéro de téléphone des professionnels qui vous ont traité pour les blessures que vous avez subies à la suite du ou des crimes. Cela signifie notamment les médecins, les dentistes, le personnel des hôpitaux ou des cliniques, des conseillers, des thérapeutes, etc.

**Traitement d'urgence**

Nom de l'hôpital /la clinique	Téléphone	Date(s) du traitement ►	Du (aaaa/mm/jj)	Au (aaaa/mm/jj)
-------------------------------	-----------	-------------------------	-----------------	-----------------

Adresse (numéro, nom de la rue, ville, province)

**Autre traitement à l'hôpital/la clinique**

Nom de l'hôpital /la clinique	Téléphone	Date(s) du traitement ►	Du (aaaa/mm/jj)	Au (aaaa/mm/jj)
-------------------------------	-----------	-------------------------	-----------------	-----------------

Adresse (numéro, nom de la rue, ville, province)

**Médecin/professionnel de la santé**

Nom du principal médecin/professionnel de la santé		Nom du cabinet/de la clinique		Téléphone	
N° d'unité	N° de la rue	Nom de la rue		C.P.	Route rurale
Ville		Province	Code postal	Pays	
Nombre prévu de visites		Date(s) du traitement ►	Du (aaaa/mm/jj)	Au (aaaa/mm/jj)	

**Médecin/professionnel de la santé**

Nom de tout autre médecin/professionnel de la santé		Nom du cabinet/de la clinique		Téléphone	
N° d'unité	N° de la rue	Nom de la rue		C.P.	Route rurale
Ville		Province	Code postal	Pays	
Nombre prévu de visites		Date(s) du traitement ►	Du (aaaa/mm/jj)	Au (aaaa/mm/jj)	

**Psychiatre/psychologue/conseiller/thérapeute**

Nom du principal fournisseur de soins		Nom du cabinet/de la clinique		Téléphone	
N° d'unité	N° de la rue	Nom de la rue		C.P.	Route rurale
Ville		Province	Code postal	Pays	
Nombre prévu de visites		Date(s) du traitement ►	Du (aaaa/mm/jj)	Au (aaaa/mm/jj)	

**Psychiatre/psychologue/conseiller/thérapeute**

Nom de tout autre fournisseur de soins		Nom du cabinet/de la clinique		Téléphone	
N° d'unité	N° de la rue	Nom de la rue		C.P.	Route rurale
Ville		Province	Code postal	Pays	
Nombre prévu de visites		Date(s) du traitement ►	Du (aaaa/mm/jj)	Au (aaaa/mm/jj)	

Dentiste /spécialiste dentaire				
Nom du dentiste/spécialiste dentaire		Nom du cabinet/de la clinique		Téléphone
N° d'unité	N° de la rue	Nom de la rue		C.P. Route rurale
Ville		Province	Code postal	Pays
Nombre prévu de visites		Date(s) du traitement ►	Du (aaaa/mm/jj)	Au (aaaa/mm/jj)

Dentiste /spécialiste dentaire				
Nom de tout autre dentiste/spécialiste dentaire		Nom du cabinet/de la clinique		Téléphone
N° d'unité	N° de la rue	Nom de la rue		C.P. Route rurale
Ville		Province	Code postal	Pays
Nombre prévu de visites		Date(s) du traitement ►	Du (aaaa/mm/jj)	Au (aaaa/mm/jj)

Tout autre fournisseur de soins				
Nom du fournisseur de soins		Nom du cabinet/de la clinique		Téléphone
N° d'unité	N° de la rue	Nom de la rue		C.P. Route rurale
Ville		Province	Code postal	Pays
Nombre prévu de visites	Type de traitement	Date(s) du traitement ►	Du (aaaa/mm/jj)	Au (aaaa/mm/jj)

Tout autre fournisseur de soins				
Nom de tout autre fournisseur de soins		Nom du cabinet/de la clinique		Téléphone
N° d'unité	N° de la rue	Nom de la rue		C.P. Route rurale
Ville		Province	Code postal	Pays
Nombre prévu de visites	Type de traitement	Date(s) du traitement ►	Du (aaaa/mm/jj)	Au (aaaa/mm/jj)

### Traitement de blessures multiples

Si vous déposez la présente demande d'indemnisation pour plusieurs blessures impliquant plusieurs contrevenants (présumés), veuillez indiquer le type de traitements reçu pour chaque blessure (si vous êtes en mesure de le faire).

---



---



---



---



---



---



---

## Partie 9 : Indemnités provenant d'autres sources

Avez-vous reçu (ou recevrez-vous) des indemnités d'une autre source à l'égard de cette blessure?

Non  Oui – Veuillez fournir des détails, indiquer le montant et préciser s'il a été payé :

Avez-vous reçu des services du Programme d'intervention rapide auprès des victimes à l'égard de cette blessure?

Non  Oui – Veuillez fournir des détails :

Si le crime est survenu au travail et si vous avez présenté une demande d'indemnisation à la Commission de la sécurité professionnel et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT), avez-vous reçu (ou recevrez-vous) une indemnité pour perte non financière?

Non  Oui – Veuillez préciser le montant et s'il a été payé :

Le tribunal a-t-il ordonné au contrevenant (présumé) de vous verser un dédommagement?

Non  Oui - Veuillez préciser le montant et s'il a été payé :

Avez-vous intenté une poursuite au civil contre le contrevenant (présumé)?

Non – Veuillez indiquer si vous avez l'intention de le faire :

Oui – Veuillez fournir les renseignements suivants :

No de dossier du tribunal	Lieu du tribunal	Montant accordé dans le cadre de la poursuite civile	Montant déjà reçu
		\$	\$

## Partie 10 : Renseignements sur les dépenses (s'il y a lieu)

Veuillez cocher toutes les dépenses actuellement connues ainsi que celles que vous pourriez éventuellement engager dans l'avenir. Si vous ne connaissez pas le coût exact, indiquez le montant que vous pensez avoir payé dans la colonne « Montant » ci-dessous

**Demandez-vous le remboursement de frais à la suite de votre blessure?**

Non – Veuillez passer à la Partie 11  Oui – Veuillez fournir les détails suivants :

Veuillez cocher toutes les cases pertinentes	Montant	Ce montant a-t-il été payé?	Qui a payé les frais?	Veuillez cocher si vous joignez l'original des factures/reçus
<input type="checkbox"/> Ambulance	\$	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Hôpital	\$	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Frais dentaires	\$	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Physio/chiro/massage	\$	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Médicaments d'ordonnance	\$	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Counseling/thérapie	\$	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Prothèses	\$	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) : ▶	\$	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<input type="checkbox"/> Déplacement pour les traitements (si à plus de 40 km de votre résidence à l'aller et au retour)	De (ville)	À (ville)		Nbre de km parcourus aller-retour :
				Nbre de déplacements :
	De (ville)	À (ville)		Nbre de km parcourus aller-retour :
				Nbre de déplacements :

**Avez-vous demandé le remboursement des frais à d'autres sources? (par ex., CSPAAT, POSPH, assurance privée, etc.)**

Non – Veuillez passer à la Partie 11  Oui – Veuillez fournir des détails ci-dessous :

**Partie 11 : Perte de revenu (s'il y a lieu)**Le crime est-il survenu au travail?  Non  Oui**Dans l'affirmative, avez-vous présenté une demande d'indemnisation à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT)?** Non  Oui – Veuillez fournir le numéro de dossier de la CSPAAT :

Nom de l'agent d'indemnisation :

**Présentez-vous une demande d'indemnisation pour perte de salaire/revenu?** Non – Veuillez passer à la Partie 12  Oui – à la suite de ma blessure (veuillez fournir les renseignements ci-dessous)  
 Oui – parce que j'ai pris soin de la victime blessée (veuillez fournir les renseignements ci-dessous)**Si vous présentez une demande d'indemnisation pour perte de salaire/revenu et si vous travailliez pour plus d'un employeur, veuillez utiliser la section Renseignements supplémentaires (Partie 12) pour fournir les renseignements sur les employeurs additionnels**

Avez-vous un emploi lorsque le crime est survenu? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		Étiez-vous travailleur autonome? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		Emploi	
Nom de l'entreprise /l'employeur			Personne-ressource		Téléphone
N° d'unité	N° de la rue	Nom de la rue		C.P.	Route rurale
Ville			Province	Code postal	Pays
Vous êtes-vous absenté du travail en raison de votre blessure? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui – Préciser les dates ►		Date de début (aaaa/mm/jj)	Date de fin (aaaa/mm/jj)	Veuillez préciser le montant de la perte de revenu (net) \$	

**Êtes-vous incapable de retourner au travail en raison de votre blessure?**  Non  Oui**Avez-vous reçu, ou recevrez-vous, des prestations de l'une des sources ci-dessous en raison de votre blessure ou parce que vous avez pris soin d'une personne blessée?** Non  Oui - Veuillez fournir les renseignements suivants :

Veuillez cocher toutes les cases pertinentes	Date de début (aaaa/mm/jj)	Date de fin (aaaa/mm/jj)	Montant que vous avez reçu (ou que vous recevrez)
<input type="checkbox"/> Prestations d'assurance-emploi			\$
<input type="checkbox"/> Prestations d'invalidité du Régime de pension du Canada			\$
<input type="checkbox"/> Prestations de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail			\$
<input type="checkbox"/> Prestations des Affaires indiennes et du Nord Canada			\$
<input type="checkbox"/> Prestations d'assurance invalidité d'un régime d'assurance privée Indiquez le nom de la compagnie d'assurance : ►			\$
<input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) : ►			\$

**Si vous demandez une indemnité pour perte de salaire/revenu parce que vous prenez soin d'une victime blessée, veuillez indiquer ci-dessous votre nom, votre adresse et votre numéro de téléphone, ainsi que les détails sur le type de soins que vous fournissez**

Nom de famille			Prénom		
N° d'unité	N° de la rue	Nom de la rue		C.P.	Route rurale
Ville			Province	Code postal	Téléphone

Détails :

**Partie 12 : Renseignements supplémentaires (s’il y a lieu)**

Utilisez cette partie uniquement si vous avez besoin d’espace additionnel pour fournir des renseignements qui pourraient nous aider à évaluer adéquatement votre demande d’indemnisation. Veuillez indiquer clairement à quelle partie du formulaire de demande d’indemnisation s’appliquent les renseignements supplémentaires. Vous pouvez utiliser des feuilles distinctes si nécessaire en vous assurant d’indiquer clairement votre nom sur chaque feuille supplémentaire.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Partie 13 : Autorisation de divulguer des renseignements personnels

Veuillez lire attentivement cette partie. Certaines conditions s'appliquent lorsqu'une personne présente une demande d'indemnisation et que celle-ci lui est octroyée. Il est important que vous soyez conscients de ces conditions. En signant ci-dessous, vous signifiez que vous avez lu les conditions énoncées ci-dessous, que vous les comprenez et que vous y consentez.

- Aux fins de la présente demande, **je soussigné(e)**, autorise ce qui suit et y consens :
  - la transmission à la Commission, à sa demande, par l'ensemble des hôpitaux, établissement de soins, médecins ou professionnels de qui j'ai reçu ou recevrai des soins, des renseignements sur mes blessures et mon traitement;
  - la transmission à la Commission, à sa demande par la police de tout renseignement pertinent;
  - la transmission à la Commission, à sa demande, par des établissements correctionnels, des organismes d'application de la loi ou de sécurité pour des institutions ou des organismes privés ou publics, de tout renseignement pertinent;
  - la transmission à la Commission, à sa demande, par la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail, la Commission de l'assurance-emploi du Canada, l'Agence du revenu du Canada, le Régime de pensions du Canada et tout autre organisme qui pourrait me verser des prestations à même les fonds publics provinciaux ou fédéraux, de tout renseignement pertinent;
  - la transmission à la Commission, à sa demande, par mon (mes) employeur(s), mon syndicat, l'Agence du revenu du Canada et tout autre organisme compétent, de tout renseignement sur mes gains, mon revenu et toute prestation qui m'a été versée ou qui pourrait l'être;
  - la transmission à la Commission, à sa demande, par l'ensemble des compagnies d'assurance contre les accidents, d'assurance maladie ou d'assurance vie ou par tout régime de retraité privé duquel ou de laquelle j'ai reçu ou recevrai des paiements ou d'autres prestations, de tout renseignement pertinent;
  - la transmission à la Commission, à sa demande, par le Programme d'intervention rapide auprès des victimes, de tout renseignement sur les services remboursés par le Programme.
- Je comprends** : a) que la Commission peut informer les autorités susmentionnées que j'ai déposé une demande d'indemnisation et peut aussi leur transmettre sa décision; b) que tout renseignement fourni à la Commission est assujéti à la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* et à la *Loi sur l'exercice des compétences légales*; c) qu'il m'incombe d'informer la Commission de tout changement de mon adresse et que ma demande d'indemnisation pourrait être rejetée si la Commission n'a pas réussi à me joindre après un certain délai; d) que le fait de ne pas coopérer avec les autorités d'application de la loi (police, Couronne ou tribunal pénal) peut entraîner le rejet de ma demande d'indemnisation; e) que ma demande d'indemnisation peut être rejetée ou le montant de l'indemnité peut être réduit si ma conduite a contribué, directement ou indirectement, aux blessures que j'ai subies; f) que toute indemnité versée par la Commission constitue un paiement de dernier recours et je conviens, par la présente, d'informer la Commission dans un délai raisonnable si des prestations ou d'autres fonds me sont versés à titre d'indemnisation pour cette blessure ou ce décès.
- Je conviens** : a) de fournir à la Commission toute l'assistance nécessaire au sujet des questions susmentionnées; b) d'informer la Commission de toute modification de la situation pouvant avoir une incidence sur l'évaluation de ma demande; c) de rembourser la Commission si des paiements sont reçus du contrevenant (préssumé) (à titre de dédommagement ou à la suite d'une poursuite civile), d'une compagnie d'assurance, de la CSPAAT ou de tout autre organisme public ou privé à titre d'indemnisation pour la présente blessure après que j'ai touché l'indemnisation versée par la Commission.
- J'atteste** : que, en autant que je sache, les déclarations ci-dessus contenues dans ma demande d'indemnisation sont véridiques.

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec notre bureau au 416 326-2900 ou sans frais au 1 800 372-7463, ou visiter notre site Web au [www.cicb.gov.on.ca](http://www.cicb.gov.on.ca) pour obtenir de plus amples renseignements.

Les renseignements personnels fournis sur le présent formulaire sont recueillis en vertu de la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels*, L.R.O. 1990, chap. C.24 et serviront principalement à prendre une décision concernant votre admissibilité à une indemnisation. Sachez que tout renseignement fourni à la Commission est régi par la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*, L.R.O. 1990, chap. F.31 et par la *Loi sur l'exercice des compétences légales*, L.R.O. 1990, chap. S.22. Toute question concernant la collecte de renseignements personnels doivent être adressées au coordonnateur de l'accès à l'information, Commission d'indemnisation des victimes d'actes criminels, 655, rue Bay, 14<sup>e</sup> étage, Toronto ON M7A 2A3, Téléphone : 416 326-2900 ou sans frais 1 800 372-7463.

### Options de présentation de la demande : veuillez choisir l'une des options suivantes pour soumettre votre formulaire

#### Option 1 - Courriel

- En cochant cette case et en tapant mon nom ci-dessous, j'atteste que tous les renseignements contenus sur ce formulaire sont véridiques et exacts. Je conviens également que la case cochée et mon nom tapé ci-dessous serviront de signature électronique.

Nom de famille	Prénom	Initiale
----------------	--------	----------

#### Option 2 - Télécopieur/courrier postal – Si vous soumettez le formulaire dûment rempli par télécopieur ou courrier postal, veuillez apposer votre signature et la date ci-dessous.

Signature	Date (aaaa/mm/jj)
-----------	-------------------

**X**