

# FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÉPARATIONS DES CRIMES DE L'ESCLAVAGE

Date de réception :          (Réservé à l'administration)	Compléter et envoyer à :	Numéro de plaignant :
		Plainte gérée par :
		(Réservé à l'administration)

SECTION 1 - INFORMATIONS SUR LA VICTIME		Nom de la personne tuée ou blessée ou ayant subi des préjudices par crime d'esclavage. Remplir un formulaire pour chaque victime.	
Nom de la victime (Nom, Prénoms)		Date de naissance(JJ/MM/AAAA)	N°de Sécurité Sociale Aucun <input type="checkbox"/>
Genre <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Langue parlée par la victime ou le plaignant ? <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre		La victime est-elle décédée ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Adresse		Ville	Code Postal Pays
Telephone		Adresse de courriel	

SECTION 2 - INFORMATIONS SUR LE PLAIGNANT	Compléter <b>seulement</b> si la personne déposant la plainte n'est pas la victime. Cette section doit être complétée par un parent, un tuteur ou assimilé si la victime est mineure, défunte ou invalide.
---	--

Plaignant			
Nom du plaignant (Nom, Prénoms)		Date de naissance(JJ/MM/AAAA)	N°de Sécurité Sociale Aucun <input type="checkbox"/>
Genre <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Relation avec la victime <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Conjoint/Concubin/PACS <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Frère/Soeur <input type="checkbox"/> Grand-parent <input type="checkbox"/> Autre		
Adresse		Ville	Code Postal Pays
Telephone		Adresse de courriel	
Quelle preuve de parenté avec la victime est fournie par le plaignant ? <input type="checkbox"/> Livret de famille <input type="checkbox"/> Autre _____		Quel justificatif d'identité est fourni par le plaignant ? <input type="checkbox"/> Passeport <input type="checkbox"/> Autre _____	
Le plaignant subit-il aussi des préjudices à cause des crimes commis? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		Si oui, le plaignant peut remplir et envoyer son propre formulaire de plainte.	
Si l'identité du plaignant est connue de la défense ou du Procureur de Justice, le plaignant doit-il s'inquiéter d'atteintes à sa sécurité, sa santé, sa dignité, ou ses biens ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Pourquoi ? _____			
Si l'identité du plaignant est connue de la défense ou du Procureur de Justice, une autre personne doit-elle s'inquiéter d'atteintes à sa sécurité, sa santé, sa dignité, ou ses biens ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Pourquoi ? _____			
Nom de cette personne (Nom, Prénoms)		Date de naissance(JJ/MM/AAAA)	N°de Sécurité Sociale Aucun <input type="checkbox"/>

SECTION 3 - RÉFÉRENCES	Comment avez-vu connu le programme de réparation ?		
<input type="checkbox"/> Communauté	<input type="checkbox"/> Hopital	<input type="checkbox"/> Aide contre les Abus Sexuels	<input type="checkbox"/> Site internet
<input type="checkbox"/> Aide contre les Abus domestiques	<input type="checkbox"/> Police	<input type="checkbox"/> Services Sociaux, Eglise, Ecole	<input type="checkbox"/> Autre _____
<input type="checkbox"/> Pompes funèbres	<input type="checkbox"/> Justice	<input type="checkbox"/> Programme d'aide aux Victimes	

Nom du plaignant (Nom, Prénoms)	Date de naissance(JJ/MM/AAAA)	FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÉPARATIONS DES CRIMES DE L'ESCLAVAGE 1 of 6
---------------------------------	-------------------------------	--

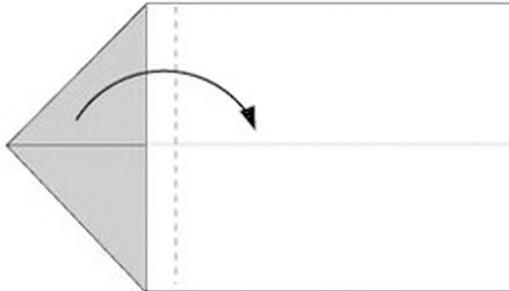
# FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÉPARATIONS DES CRIMES DE L'ESCLAVAGE

Date de réception :	Compléter et envoyer à :		Numéro de plaignant :	
Adresse		Ville	Code Postal	Pays
Telephone		Adresse de courriel		

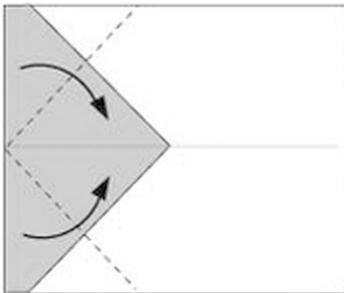
Envoi économique ou par avion.



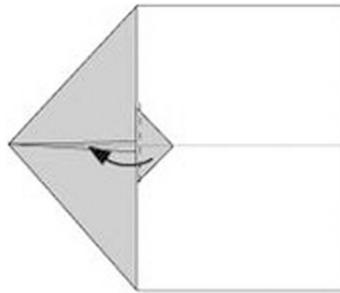
❶ Plier selon les pointillés sur la ligne centrale



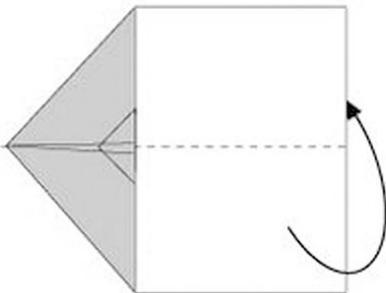
❷ Plier selon les pointillés



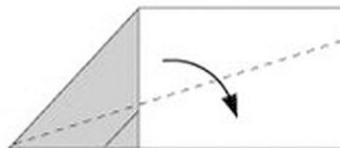
❸ Plier selon les pointillés sur la ligne centrale



❹ Plier selon les pointillés

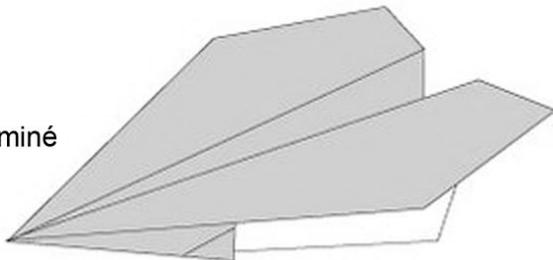


❺ Plier en arrière selon les pointillés



❻ Plier selon les pointillés

❼ Terminé



Prêt à envoyer !

Nom du plaignant (Nom, Prénoms)	Date de naissance(JJ/MM/AAAA)	FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÉPARATIONS DES CRIMES DE L'ESCLAVAGE
		1 of 6

<b>SECTION 4 - INFORMATIONS SUR LE CRIME</b>		Date du crime	Date du rapport à la Police	Pays où le crime a eu lieu
Service de Police		Numero du rapport de Police		Nom de l'officier de Police en charge
Le crime comprend-il <input type="checkbox"/> Violence domestiques ou familiales <input type="checkbox"/> Abus sur personnes âgées <input type="checkbox"/> Actes de haine <input type="checkbox"/> Crimes de masse				
Type du crime (cocher toutes les réponses correspondantes)				
<input type="checkbox"/> Agression	<input type="checkbox"/> Maltraitance Physique sur Mineur	<input type="checkbox"/> Torture	<input type="checkbox"/> Cambriolage	
<input type="checkbox"/> Homicide	<input type="checkbox"/> Maltraitance Sexuelle sur Mineur	<input type="checkbox"/> Autre acte de barbarie	<input type="checkbox"/> Fraude fiscale et financière	
<input type="checkbox"/> Vol	<input type="checkbox"/> Pornographie Pédophile	<input type="checkbox"/> Harcèlement	<input type="checkbox"/> Terrorisme	
	<input type="checkbox"/> Trafic d'être humain	<input type="checkbox"/> Incendie criminel	<input type="checkbox"/> Autre	
	<input type="checkbox"/> Agression sexuelle	<input type="checkbox"/> Enlèvement		
Décrivez brièvement les crimes et offenses. Ajoutez des feuillets si nécessaire.				

<b>Nature des préjudices subis par la victime</b>		Décrivez brièvement les préjudices subis. Ajoutez des feuillets si nécessaire.
<input type="checkbox"/> Préjudice corporel	<input type="checkbox"/> atteintes à la santé de la victime <input type="checkbox"/> atteintes à l'intégrité physique (blessures, douleur physique, etc.) <input type="checkbox"/> diminution de capacité de travail	Décrivez brièvement.
<input type="checkbox"/> Préjudice moral	<input type="checkbox"/> anxiété <input type="checkbox"/> souffrance psychologique <input type="checkbox"/> atteinte à la réputation	Décrivez brièvement.
<input type="checkbox"/> Préjudice matériel	<input type="checkbox"/> pertes financières <input type="checkbox"/> dégâts et dégradations matériels portant sur des biens mobiliers <input type="checkbox"/> dégâts et dégradations matériels portant sur des biens immobiliers	Décrivez brièvement.
<input type="checkbox"/> Préjudice d'agrément : dommages résultant de la privation de certaines satisfactions de la vie courante		Décrivez brièvement.
<input type="checkbox"/> Préjudice indirect : préjudice matériel ou moral causé du fait du décès ou du dommage subi par des proches de la victime. Indiquez les noms, prénoms, date de naissance des personnes concernées. Ajoutez des feuillets si nécessaire.		Décrivez brièvement.

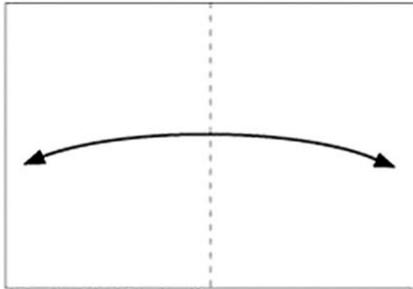
<b>Informations sur le Criminel 1</b>				
Adresse		Ville	Pays	Code Postal
Telephone		Adresse de courriel		
Le Criminel est une personne physique <input type="checkbox"/>		Le Criminel est une personne morale <input type="checkbox"/>		
Nom (Nom, Prénoms)		Date de naissance	Nom	Date de création
Genre <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		<input type="checkbox"/> Entreprise privée <input type="checkbox"/> Etablissement Public <input type="checkbox"/> Etat <input type="checkbox"/> Autre		
Le criminel est-il décédé ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		Le criminel est encore en activité <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
Si oui, les héritiers du criminel bénéficient-ils du crime ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		Si non, les bénéficiaires du crime ont-ils été transmis à une autre personne morale ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
Si oui, décrivez brièvement les héritiers et successions. Ajoutez des feuillets si nécessaire.				

Nom du plaignant (Nom, Prénoms)	Date de naissance(JJ/MM/AAAA)	<b>FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÉPARATIONS DES CRIMES DE L'ESCLAVAGE</b>
		<b>2 of 6</b>

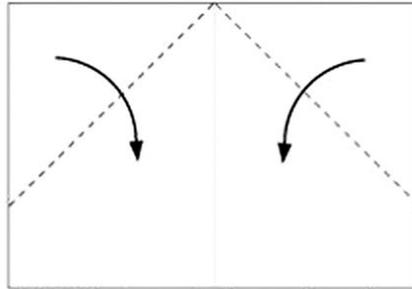
# FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÉPARATIONS DES CRIMES DE L'ESCLAVAGE

Date de réception :		Compléter et envoyer à :		Numéro de plaignant :	
Adresse			Ville		Code Postal   Pays
Telephone			Adresse de courriel		

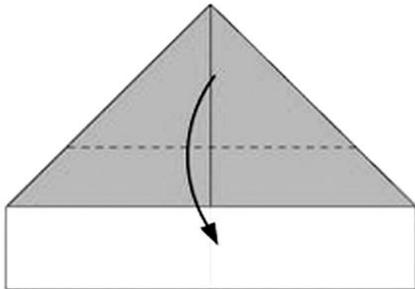
Envoi économique ou par avion.



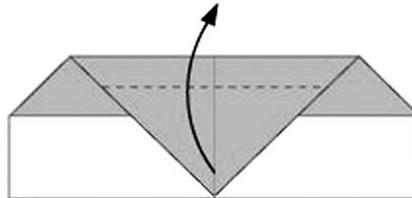
1



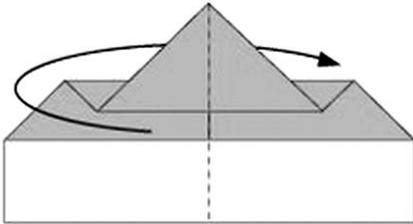
2



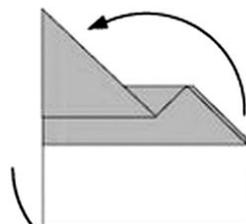
3



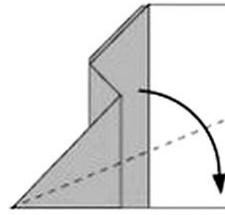
4



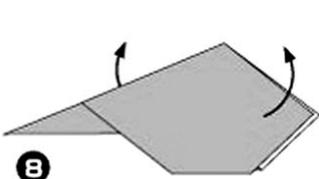
5



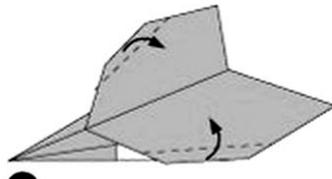
6



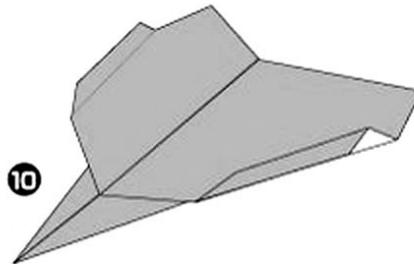
7



8



9



10

Nom du plaignant (Nom, Prénoms)	Date de naissance(JJ/MM/AAAA)	FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÉPARATIONS DES CRIMES DE L'ESCLAVAGE
		2 of 6

<b>Informations sur le Criminel 2</b>				
Adresse		Ville	Pays	Code Postal
Telephone		Adresse de courriel		
Le Criminel est une personne physique <input type="checkbox"/>		Le Criminel est une personne morale <input type="checkbox"/>		
Nom (Nom, Prénoms)		Date de naissance	Nom	Date de création
Genre <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		<input type="checkbox"/> Entreprise privée <input type="checkbox"/> Etablissement Public <input type="checkbox"/> Etat <input type="checkbox"/> Autre		
Le criminel est-il décédé ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		Le criminel est encore en activité <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
Si oui, les héritiers du criminel bénéficient-ils du crime ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		Si non, les bénéfices du crime ont-ils été transmis à une autre personne morale ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
Si oui, décrivez brièvement les héritiers et successions. Ajoutez des feuillets si nécessaire.				

Autre(s) criminels(s)	Ajoutez des feuillets si nécessaire.
-----------------------	--------------------------------------

<b>SECTION 5 - INFORMATIONS STATISTIQUES</b>	Les informations suivantes, <b>données à titre volontaire</b> , correspondent à la victime et sont utilisées pour les calculs statistiques à l'usage unique des services concernés			
Ethnie <input type="checkbox"/> Indien d'amérique ou d'Alaska <input type="checkbox"/> Asiatique	<input type="checkbox"/> Noir / Africain Afro-descendant <input type="checkbox"/> Hawaïen / Habitant du Pacifique	<input type="checkbox"/> Hispanique <input type="checkbox"/> Multi-Racial <input type="checkbox"/> Blanc <input type="checkbox"/> Autre	Pays de Naissance	La victime était-elle invalide avant le crime ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

<b>SECTION 6 - RÉPARATIONS DEMANDÉES</b>	Votre demande est confidentielle. Précisez ici la nature des réparations que vous souhaitez obtenir par les services de justice concernés.			
<input type="checkbox"/> Réparation collective		<input type="checkbox"/> Réparation individuelle		
<input type="checkbox"/> Actions mémorielles		<input type="checkbox"/> Compensation financière		<input type="checkbox"/> Aide sociale
<input type="checkbox"/> Actions communautaires (précisez l'organisme collecteur)		<input type="checkbox"/> Distribution foncière		<input type="checkbox"/> Autre
Décrivez brièvement. Ajoutez des feuillets si nécessaire.				

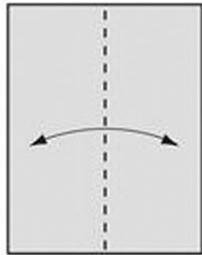
<b>SECTION 7 - REPRÉSENTATION PAR UN TIERS</b>	Les services de justice sont autorisés à transmettre les informations privées et confidentielles aux représentants mentionnés ci-dessous.				
<b>INFORMATIONS SUR L'AVOCAT</b>			<b>ASSISTANCE AUX VICTIMES</b>		
Êtes-vous représenté dans cette affaire par un avocat privé ? Non Oui			Travaillez-vous avec un Avocat ? Non Oui		
Nom de l'Avocat			Nom de l'Avocat		
Entreprise de loi			Entreprise de loi		
Adresse			Adresse		
Ville	Pays	Code Postal	Ville	Pays	Code Postal
Telephone	Fax		Telephone	Fax	

Nom du plaignant (Nom, Prénoms)	Date de naissance(JJ/MM/AAAA)	<b>FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÉPARATIONS DES CRIMES DE L'ESCLAVAGE</b> 3 of 6
---------------------------------	-------------------------------	---

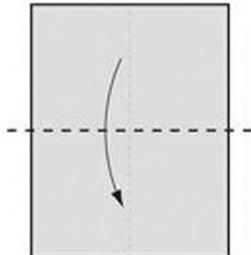
# FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÉPARATIONS DES CRIMES DE L'ESCLAVAGE

Date de réception :	Compléter et envoyer à :		Numéro de plaignant :	
Adresse		Ville	Code Postal	Pays
Telephone		Adresse de courriel		

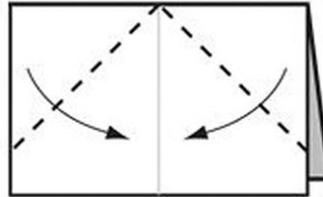
Envoi économique ou par avion.



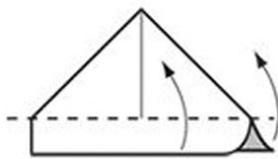
1. FOLD IN HALF



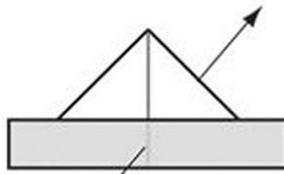
2. FOLD IN HALF AGAIN



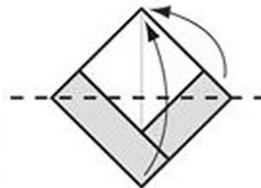
3. FOLD IN CORNERS



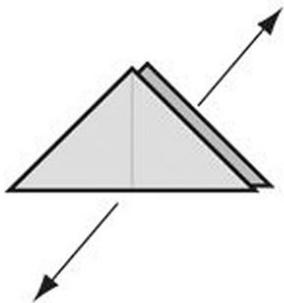
4. FOLD UP EDGES ON BOTH SIDES



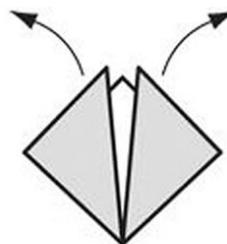
5. PULL THE SIDES OUT AND FLATTEN



6. FOLD FRONT AND BACK LAYERS UP



7. PULL SIDES APART AND FLATTEN



8. PULL TOP FLAPS OUTWARDS



9. SQUISH THE BOTTOM AND PULL THE SIDES UP

10. TA DAAA!



Nom du plaignant (Nom, Prénoms)

Date de naissance(JJ/MM/AAAA)

FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÉPARATIONS DES CRIMES DE L'ESCLAVAGE

3 of 6

<b>SECTION 8 - CONTACTS AUTORISÉS</b>	Votre demande est confidentielle. Si vous souhaitez que les Services de Justice puissent recueillir des informations auprès d'autres personnes (parents, conjoint, travailleur social), listez-les ci-dessous.	
Nom	Lien avec vous	Telephone
Nom	Lien avec vous	Telephone

<b>SECTION 9 - AUTRES SOURCES DE DÉDOMMAGEMENT</b>	Toutes les factures doivent d'abord être adressées à votre compagnie d'assurance. Nous nous réservons le droit de rejeter tout paiement dans le cas contraire.			
Y-avait-il une assurance ou tout autre source de paiement pour couvrir les dépenses liées au crime ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Cocher toute réponse correspondante				
<input type="checkbox"/> Assurance Vie	<input type="checkbox"/> Assurance Logement	<input type="checkbox"/> CMU	<input type="checkbox"/> Assurance chômage	
<input type="checkbox"/> Assurance Dentaire	<input type="checkbox"/> Assurance Incapacité temporaire	<input type="checkbox"/> Mutuelle	<input type="checkbox"/> Autre _____	
<input type="checkbox"/> Assurance Santé	<input type="checkbox"/> Assurance Médicale	<input type="checkbox"/> Caisse Anciens Combattants		
<b>Complétez pour toutes les autres sources de dédommagements du crime. Joignez une copie du contrat.</b>				
Compagnie d'assurance	Adresse	Telephone	Police	Numero
Compagnie d'assurance	Adresse	Telephone	Police	Numero
<b>JOIGNEZ TOUS LES JUSTIFICATIFS DE PAIEMENTS ET/OU REFUS</b>				

<b>SECTION 10 - PERTE DE REVENUS</b>	Complétez si la victime et/ou le plaignant a perdu des revenus suite au crime. Tous les congés (vacances/maladie) ou autres avantages doivent être décomptés au préalable.
--------------------------------------	--

<b>Informations sur l'activité de la victime</b>				
Etiez-vous en activité au moment du crime ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Etiez-vous à votre compte au moment du crime? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, joignez une attestation de paiement de vos charges		Votre activité / votre emploi	
Nom de votre employeur	Nom de votre responsable	Telephone	Fax	
Adresse		Ville	Pays	Code Postal
Date d'arrêt d'activité	Date de reprise d'activité	Le crime a-t-il été commis pendant votre activité ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
Avez-vous perçu des indemnités pour les périodes d'arrêts ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui				
<input type="checkbox"/> Invalidité <input type="checkbox"/> Indemnités salariales <input type="checkbox"/> Congés maladie <input type="checkbox"/> Congés annuels <input type="checkbox"/> Paye <input type="checkbox"/> Autre _____				
Médecin pouvant attester de votre incapacité	Hôpital / Clinique	Adresse		

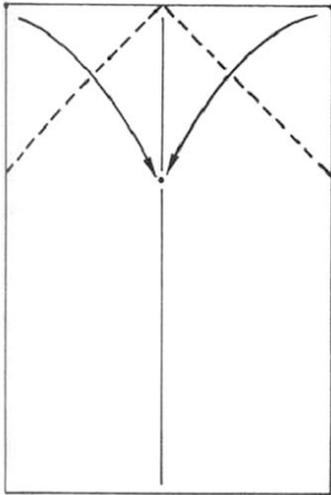
<b>Informations sur l'activité du plaignant (joindre un feuillet séparé si nécessaire)</b>				
Nom du plaignant		Etiez-vous à votre compte au moment du crime? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, joignez une attestation de paiement de vos charges		
Nom de votre employeur	Telephone	Fax	Votre activité / votre emploi	
Adresse		Ville	Pays	Code Postal
Date d'arrêt d'activité	Date de reprise d'activité	Avez-vous cessé votre travail ? <input type="checkbox"/> Pour soigner la victime <input type="checkbox"/> sur Décision Médicale <input type="checkbox"/> Pour Assistance Psychologique		
Avez-vous perçu des indemnités pour les périodes d'arrêts ? Non Oui				
<input type="checkbox"/> Invalidité <input type="checkbox"/> Indemnités salariales <input type="checkbox"/> Congés maladie <input type="checkbox"/> Congés annuels <input type="checkbox"/> Paye <input type="checkbox"/> Autre _____				

Nom du plaignant (Nom, Prénoms)	Date de naissance(JJ/MM/AAAA)	<b>FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÉPARATIONS DES CRIMES DE L'ESCLAVAGE</b>
		4 of 6

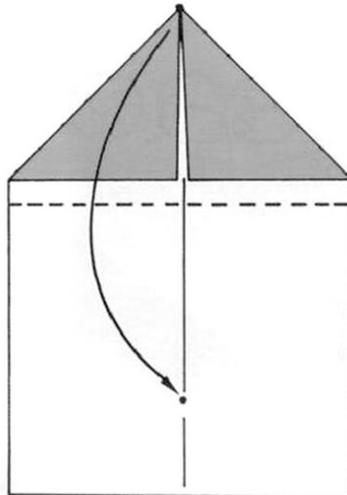
# FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÉPARATIONS DES CRIMES DE L'ESCLAVAGE

Date de réception :	Compléter et envoyer à :		Numéro de plaignant :	
Adresse	Ville	Code Postal	Pays	
Telephone	Adresse de courriel			

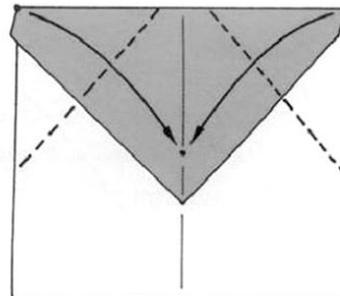
Envoi économique ou par avion.



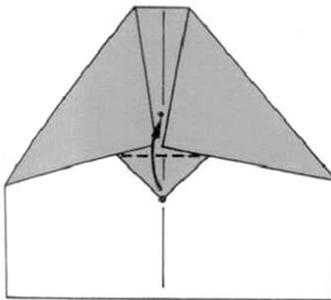
1. marquer l'axe central d'une feuille A4, puis plier les coins



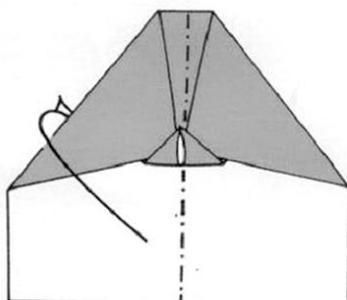
2. rabattre la pointe sur l'axe central...



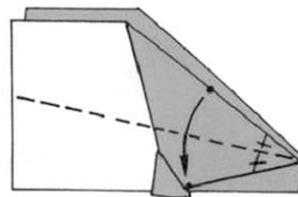
3. ...puis les points jusqu'au centre



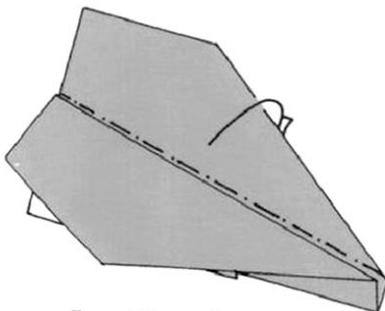
4. rabattre le triangle vers le haut



5. plier en deux derrière

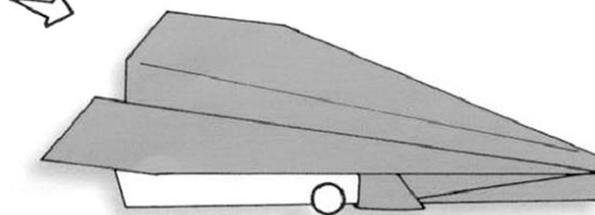


6. plier un côté en divisant en deux l'angle indiqué...



7. ...puis l'autre côté

8. régler les ailes. Tenir l'avion au point indiqué pour le lancer



Nom du plaignant (Nom, Prénoms)	Date de naissance(JJ/MM/AAAA)	FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÉPARATIONS DES CRIMES DE L'ESCLAVAGE
		4 of 6

<b>SECTION 11 - DÉPENSES MÉDICALES ET DENTAIRES</b>		Listez les prestataires de santé qui ont traité les blessures liées au crime, pharmacies incluses. Joignez les factures et reçus détaillés, si possible. <b>Les prestataires devront aussi être listés sur le récapitulatif page 6.</b>	
Prestataire	Adresse	Telephone	

<b>SECTION 12 - DÉPENSES RELATIVES À LA SANTÉ MENTALE</b>		Listez les prestataires de santé qui ont traité la victime ou le plaignant. Joignez les factures et reçus détaillés, si possible. <b>Les prestataires devront aussi être listés sur le récapitulatif page 6.</b>	
Patient	Thérapeute / Clinique	Adresse	Telephone
Patient	Thérapeute / Clinique	Adresse	Telephone
Patient	Thérapeute / Clinique	Adresse	Telephone

**COMPLETEZ LES SECTIONS 13 & 14 SEULEMENT SI LA VICTIME EST MORTE SUITE AU CRIME**

<b>SECTION 13 - DÉPENSES FUNÉRAIRES</b>		Listez les entreprises de pompe funèbre et les cimetières concernés. Joignez les documents funéraires. Joignez les reçus détaillés des dépenses de transport ou de logement pour assister aux funérailles.	
Pompes Funèbres / Cimetière	Adresse	Telephone	
Pompes Funèbres / Cimetière	Adresse	Telephone	

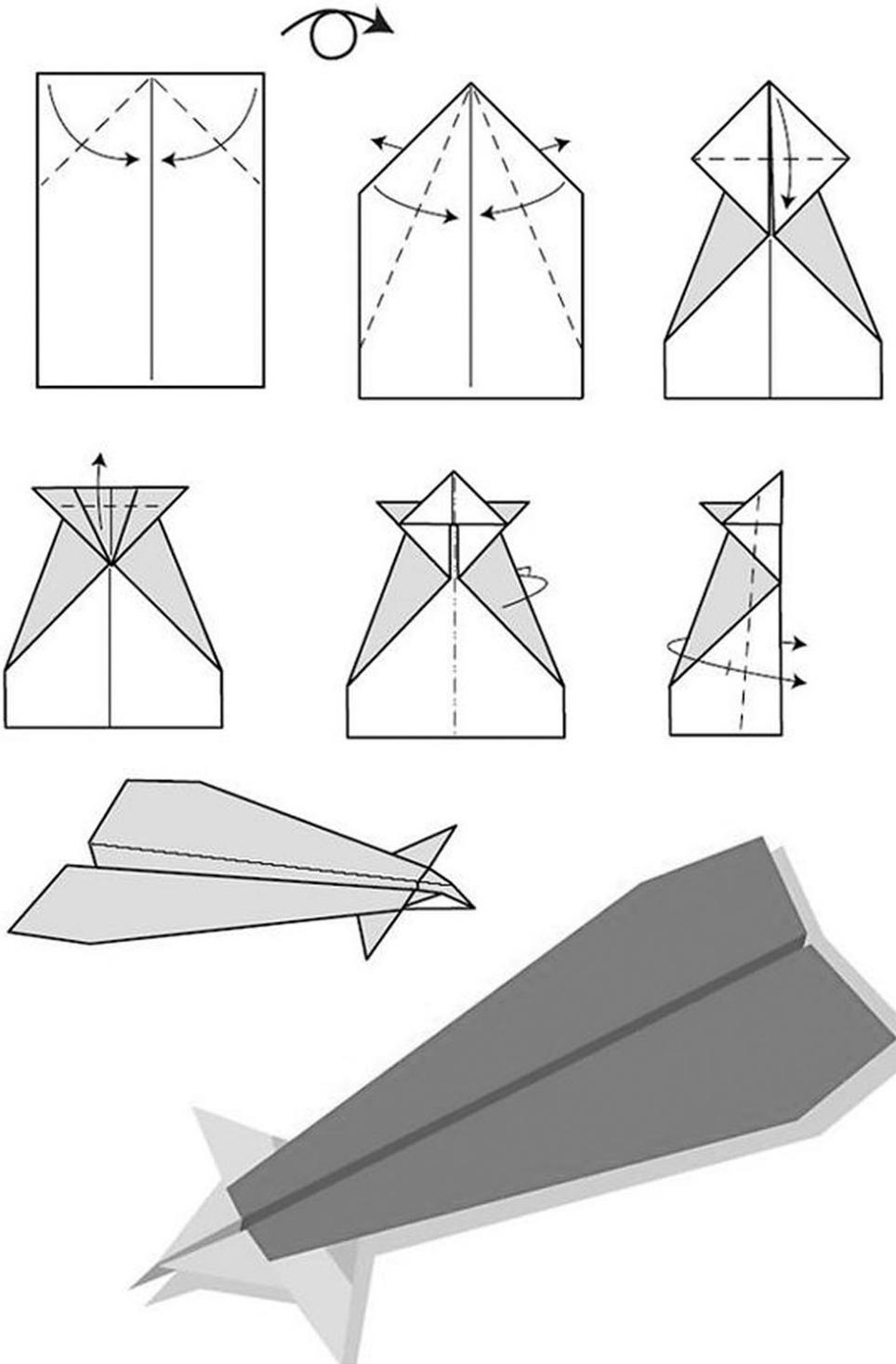
<b>SECTION 14 - PERTES POUR LES PERSONNES À CHARGE DES VICTIMES DÉCÉDÉES</b>		Les pertes d'acquis sont payés aux personnes à charge (époux/partenaires, enfants mineurs) des victimes décédées. Le tuteur légal doit être enregistré au compte des enfants mineurs.	
La victime avait-elle à charge un conjoint/un partenaire au moment de sa mort ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Conjoint	Adresse		Telephone
La victime avait-elle à charge un enfant de moins de 18 ans ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Enfant	Tuteur	Adresse	Telephone
Enfant	Tuteur	Adresse	Telephone
Enfant	Tuteur	Adresse	Telephone

Nom du plaignant (Nom, Prénoms)	Date de naissance(JJ/MM/AAAA)	<b>FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÉPARATIONS DES CRIMES DE L'ESCLAVAGE</b> 5 of 6
---------------------------------	-------------------------------	---

# FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÉPARATIONS DES CRIMES DE L'ESCLAVAGE

Date de réception :		Compléter et envoyer à :		Numéro de plaignant :	
Adresse			Ville	Code Postal	Pays
Telephone			Adresse de courriel		

Envoi économique ou par avion.



Nom du plaignant (Nom, Prénoms)	Date de naissance(JJ/MM/AAAA)	FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÉPARATIONS DES CRIMES DE L'ESCLAVAGE
		5 of 6

## COMPLÉTEZ LES SECTIONS 16 ET 19

### SECTION 15 - AFFECTATION DES DROITS SUBROGATOIRES

J'accepte subroger la Cour à étendre les dommages dus aux réparations et tous mes droits pour recouvrer les intérêts pour les pertes économiques à d'autres sources. J'assigne tous droits à la Cour pour faire valoir ses intérêts. J'accepte informer la Cour par courrier de toutes poursuites civiles que j'engagerais ou des remboursements relatifs au crime.

### SECTION 16 - CONSENTEMENT DE TRANSMISSION DES INFORMATIONS MÉDICALES

Je consens à la diffusion de l'ensemble du dossier médical de \_\_\_\_\_, Date de naissance \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, incluant les tests d'alcoolémie, de consommation de drogues et de traitements psychiatriques, à la Cour chargée des Réparations aux Victimes des Crimes de l'Esclavage, à tous les prestataires médicaux et services de santé mentale, inclus et non limités à la liste ci-dessous. J'autorise la Cour et son équipe à compléter en mon nom cette section si nécessaire.

1.	2.	3.	4.
5.	6.	7.	8.
9.	10.	11.	12.

Le consentement de transmission d'informations médicales recouvre la période du :            /            /            au :            /            /

### SECTION 17 - AUTORISATION POUR OBTENIR ET TRANSMETTRE DES INFORMATIONS

J'autorise tout service d'application juridique, employé, compagnie d'assurance, services social, programme de défense des victimes, région, état ou service du Procureur de la République, ou tout fédération, état, ou gouvernement local à publier tous les bulletins et informations que la Cour déterminera utiles à mon éligibilité ou au calcul du montant des intérêts dans cette plainte. J'autorise spécialement, les Services Fiscaux de \_\_\_\_\_ à transmettre une copie de mes taxes d'imposition à la Cour pour procéder aux calculs de mes indemnités.

J'autorise la Cour chargée des Réparations des Crimes de l'Esclavage à transmettre des données privées et confidentielles concernant ma plainte à la Cour administrative, au Procureur, et tout autre cour officielle ou de Probation et officiers assermentés dans le but d'estimer l'impact économique du crime sur moi et déterminer le montant des restitutions payables par les criminels.

J'autorise la Cour chargée des Réparations des Crimes de l'Esclavage à transmettre des données privées et confidentielles concernant ma plainte à l'administrateur du Fond d'Urgence dans le but de coordonner les indemnités.

### SECTION 18 - CONSENTEMENTS ET AUTORISATIONS

J'accepte que tout dommage lié aux réparations soit payé directement au service prestataire pour mon compte.

Je comprends que l'autorisation de divulguer des informations est volontaire. Je peux refuser de signer cette autorisation. Je n'ai pas besoin de signer ce document pour profiter des traitements d'un prestataire de santé..

Je comprends que mon refus de fournir, ou empêcher l'accès aux informations nécessaires à analyser ma plainte peut conduire à un rejet de ma demande de réparation.

Je comprends que toute divulgation d'informations entraîne de potentielles rediffusions et toute rediffusion d'information médicale protégée peut ne pas être protégée par les lois en vigueur.

Ce consentement sera valable un an après la date de ma signature. Je consens à transmettre les bulletins de santé réalisés après cette date. Je comprends que je peux révoquer ce consentement à tout moment par courrier recommandé adressé à la Cour. Cette révocation ne s'appliquera pas aux informations déjà transmises avant effet.

**UNE PHOTOCOPIE DE CE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AURA VALEUR D'ORIGINAL.**

### SECTION 19 - SIGNATURES DES VICTIME ET PLAIGNANT

La victime doit dater et signer ce formulaire d'application. Si la victime est décédée, mineure, ou en incapacité, le plaignant doit dater et signer ce formulaire d'application.

**J'ai lu et compris les déclarations des sections 14 à 17 au-dessus.**

**Je certifie que les informations contenues dans ce formulaire sont exactes et correctes à ma connaissance. Je comprends que c'est un délit de fournir de fausses informations.**

Signature de la Victime	Nom de la Victime	Date de naissance	Date
Signature du Plaignant	Nom du Plaignant	Date de naissance	Date
Nature de la relation entre la Victime et le Plaignant		Motif pour lequel la Victime ne signe pas <input type="checkbox"/> Décédée <input type="checkbox"/> Mineure <input type="checkbox"/> Adulte handicapé	

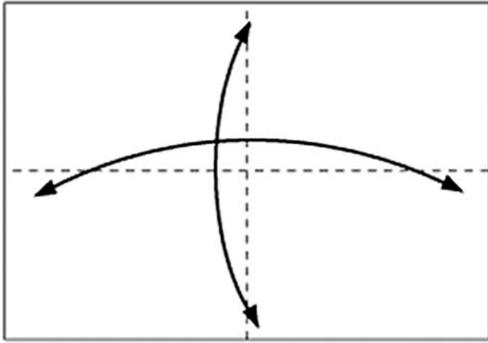
**UNE PHOTOCOPIE DE CE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT AURA VALEUR D'ORIGINAL.**

Nom du plaignant (Nom, Prénoms)	Date de naissance(JJ/MM/AAAA)	<b>FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÉPARATIONS DES CRIMES DE L'ESCLAVAGE</b> 6 of 6
---------------------------------	-------------------------------	---

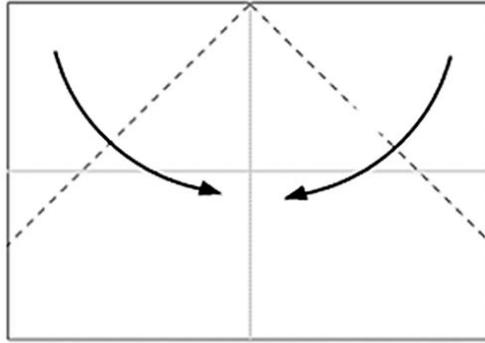
# FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÉPARATIONS DES CRIMES DE L'ESCLAVAGE

Date de réception :		Compléter et envoyer à :		Numéro de plaignant :	
Adresse			Ville	Code Postal	Pays
Telephone			Adresse de courriel		

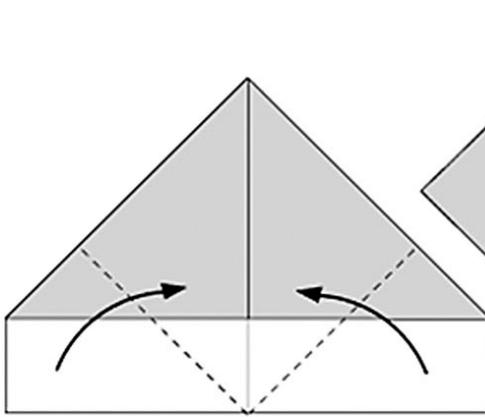
Envoi économique ou par avion.



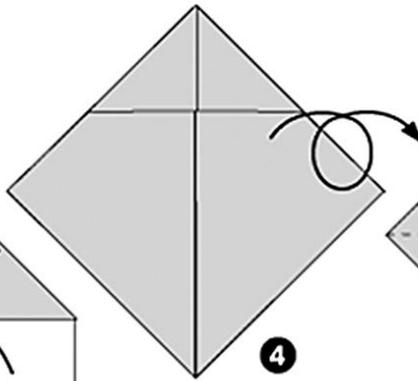
1



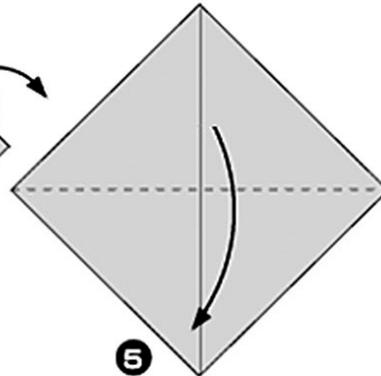
2



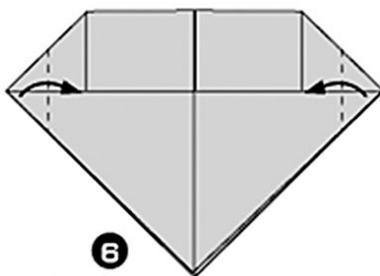
3



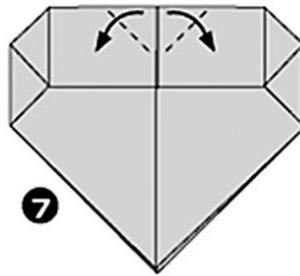
4



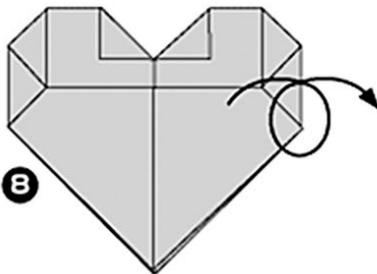
5



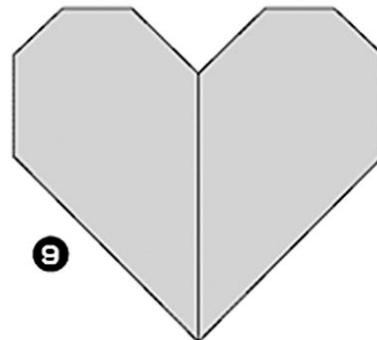
6



7



8



9

Nom du plaignant (Nom, Prénoms)	Date de naissance(JJ/MM/AAAA)	FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÉPARATIONS DES CRIMES DE L'ESCLAVAGE
---------------------------------	-------------------------------	--