IVAC

Indemnisation
des victimes
d'actes criminels

Demande de prestations

Personne victime d'un acte criminel
Personne ayant accompli un acte de civisme

Comment remplir le formulaire

Vous ou un membre de votre famille avez été victime d'un acte criminel ou avez agi à titre de sauveteur dans la province de Québec. La Direction de l'indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC) peut vous accompagner et vous aider à surmonter les conséquences physiques, psychologiques et sociales de cet événement.

Pour bénéficier de nos services, vous devez remplir certains documents qui nous permettront d'analyser votre demande. **Pour accélérer le traitement de votre demande, il est essentiel de remplir tous les documents et de nous fournir tous les renseignements demandés.** Nous pourrons ainsi mieux cerner vos besoins et vos attentes par rapport à nos services et tenter d'y répondre le plus adéquatement possible dans les limites permises par la loi.

Veuillez noter que tout formulaire incomplet vous sera retourné. Si vous ne nous fournissez pas les renseignements demandés, votre droit aux indemnités ou aux services pourrait être compromis.

Au besoin, vous pouvez remplir ce formulaire avec l'aide d'un parent, d'un ami ou d'un intervenant d'un organisme tel qu'un centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC), un centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) ou un centre de santé et de services sociaux (CSSS). Les coordonnées de ces organismes se trouvent dans l'annuaire téléphonique de votre ville ou de votre région ou dans le site Web de la Direction de l'IVAC au www.ivac.qc.ca à la section « Pour joindre un service d'aide ».

La forme masculine utilisée dans ce formulaire désigne, lorsqu'il y a lieu, aussi bien les femmes que les hommes.

Pour tout renseignement, vous pouvez communiquer avec le personnel de la Direction de l'IVAC :

1199, rue De Bleury
C. P. 6056, succursale Centre-ville
Montréal (Québec) H3C 4E1
Région de Montréal : 514 906-3019
Sans frais, au Canada seulement : 1 800 561-4822
Site Web : www.ivac.qc.ca

Vous devez :

- **remplir toutes les sections et les annexes qui s'appliquent à votre situation. Sinon, le formulaire vous sera retourné ;**
- **signer le formulaire et les annexes ;**
- **détacher la copie rose de la demande de prestations et la conserver ;**
- **expédier tous les documents demandés ;**
- **transmettre l'ensemble des documents dans l'enveloppe-réponse prévue à cette fin ;**
- **affranchir suffisamment l'enveloppe-réponse (timbres).**

CSST

Comment remplir le formulaire

Section 4 • *Renseignements nécessaires au calcul et au versement des indemnités*

Selon les lois fiscales, la notion de conjoint inclut les conjoints mariés qui vivent ensemble et les conjoints de fait. Pour être considérées comme conjoints de fait, deux personnes peuvent être de sexe différent ou de même sexe et elles doivent avoir vécu maritalement durant au moins 12 mois consécutifs ou être les parents naturels ou adoptifs d'un même enfant.

4 • Renseignements nécessaires au calcul et au versement des indemnités

Situation familiale déclarée selon les lois fiscales

- ☐ Célibataire
- ☐ Avec conjoint à charge
- ☐ Avec conjoint non à charge
- ☐ Famille monoparentale

Nombre de personnes majeures à charge (incluant le conjoint) ☐

Nombre de personnes mineures à charge ☐

Afin d'établir le montant de votre indemnité, nous avons besoin de connaître votre situation familiale déclarée selon les lois fiscales. Cochez l'une des quatre cases correspondant à votre situation familiale au moment de l'acte criminel ou de civisme.

Une personne majeure à charge est une personne de 18 ans ou plus pour laquelle vous pouviez réclamer, au moment où est survenu l'événement :
- au moins un crédit d'impôt total ou partiel ; **ou**
- une déduction pour pension alimentaire.

Si votre conjoint est à votre charge, veuillez le compter dans le nombre de personnes à charge.

Responsabilités du réclamant

- Fournir tous les renseignements demandés par la Direction de l'IVAC, car ils sont indispensables au traitement de la demande. **Ils ont un caractère obligatoire et toute personne qui refuse ou omet de les fournir pourra voir son droit aux indemnités ou aux services compromis.**
- Mentionner le numéro de dossier chaque fois que vous communiquez par téléphone avec le personnel de la Direction de l'IVAC. Le numéro de dossier ainsi que le prénom et le nom du détenteur du dossier doivent également être inscrits sur les documents que vous nous transmettez par la poste.
- Informer sans délai la Direction de l'IVAC de tout changement pouvant entraîner une modification du montant des indemnités.

Suivi médical de la personne victime ou du sauveteur

- Suivre les traitements médicaux que le médecin estime nécessaires.
- Se soumettre aux examens médicaux demandés par la Direction de l'IVAC ou par son médecin, dans les limites prévues par la loi.

Protection des renseignements personnels

Les renseignements nominatifs recueillis dans ce formulaire de même que ceux versés au dossier par la suite (rapport de police, rapports médicaux, etc.) seront traités de façon confidentielle. Ils ne seront communiqués qu'aux personnes désignées dans les déclarations de fichiers de renseignements personnels de la CSST, que vous pouvez consulter à la Commission d'accès à l'information ou dans les autres organismes publics avec lesquels une entente a été conclue.

Vous avez le droit de consulter et de rectifier ces renseignements, conformément à la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*. Vous pouvez vous prévaloir de ces droits en vous adressant à la personne responsable du dossier ou en faisant une demande écrite à la personne responsable de l'application de cette loi à la CSST.

IVAC

Indemnisation des victimes d'actes criminels

Demande de prestations

☐ Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels

☐ Loi visant à favoriser le civisme

Partie 1

Réservé à l'usage de la Direction de l'IVAC — N° de dossier ▸

1 • Renseignements sur l'identité de la personne victime ou du sauveteur

Nom de famille selon l'acte de naissance

N° d'assurance maladie

Prénom

N° d'assurance sociale

Nom actuel, s'il est différent du nom de famille à la naissance

Date de naissance — Année / Mois / Jour

Sexe F ☐ M ☐

Adresse du domicile de la personne victime ou du sauveteur

Numéro — Rue — Appartement

Case postale — Ville / Municipalité

Province / État — Pays — Code postal

En cas de décès de la personne victime ou du sauveteur, indiquez la date du décès. Année / Mois / Jour

N° de téléphone (domicile) — Ind. rég.

N° de téléphone (bureau) — Ind. rég.

N° de téléphone (autre) — Ind. rég.

2 • Réclamant (À remplir uniquement si la personne victime ou le sauveteur est mineur, inapte ou décédé.)

Indiquez à quel titre vous présentez une demande de prestations.

- ☐ Père ou mère d'un enfant mineur
- ☐ Tuteur d'un enfant mineur
- ☐ Tuteur d'une personne inapte
- ☐ Autre, précisez _____

En cas de décès de la victime ou du sauveteur, indiquez à quel titre vous présentez une demande de prestations.

- ☐ Père ou mère d'un enfant mineur décédé
- ☐ Personne ayant acquitté les frais funéraires
- ☐ Tuteur d'une personne à charge
- ☐ Personne à charge (voir définition à l'**annexe 3**)
- ☐ Proche d'une victime décédée (voir définition à l'**annexe 4**)
- ☐ Autre, précisez _____

Nom et prénom du réclamant — NAS

Adresse, si elle est différente de celle de la personne victime ou de celle du sauveteur

Numéro — Rue — Appartement

Case postale — Ville / Municipalité

Province / État — Pays — Code postal

N° de téléphone (domicile) — Ind. rég.

N° de téléphone (bureau) — Ind. rég.

N° de téléphone (autre) — Ind. rég.

3 • Revenu de la personne victime ou du sauveteur au moment où l'acte criminel ou de civisme est survenu

Statut au moment de l'événement

- ☐ En emploi
- ☐ Aux études
- ☐ Sans emploi
- ☐ À la retraite
- ☐ Invalide
- ☐ Autre, précisez _____

Source de revenu au moment de l'événement

- ☐ Revenus d'emploi _____ $
- ☐ Prestations d'assistance-emploi (aide sociale) _____ $
- ☐ Prestations d'assurance-emploi (chômage) _____ $
- ☐ Assurance salaire privée ou collective _____ $
- ☐ Indemnités de la CSST _____ $
- ☐ Indemnités de la SAAQ _____ $
- ☐ Autres revenus, précisez _____ $

Employeur au moment où l'acte criminel ou de civisme est survenu. (Faire remplir l'**annexe 1** *Renseignements sur la rémunération de l'employé* par l'employeur.)

Emploi au moment où l'acte criminel ou de civisme est survenu.

Êtes-vous un travailleur autonome ? ☐ Oui ☐ Non

4 • Renseignements nécessaires au calcul et au versement des indemnités (Des explications vous sont fournies au verso de la première page du formulaire.)

Situation familiale déclarée selon les lois fiscales

- ☐ Célibataire
- ☐ Avec conjoint à charge
- ☐ Avec conjoint non à charge
- ☐ Famille monoparentale

Nombre de personnes majeures à charge (incluant le conjoint) ☐

Nombre de personnes mineures à charge ☐

5 • Acte criminel ou de civisme

Date — Année / Mois / Jour

Heure — ☐ A.M. ☐ P. M.

Lieu, ville ou municipalité

La demande de prestations doit être présentée dans les deux ans de la survenance du préjudice matériel ou de la blessure ou de la mort de la personne victime ou du sauveteur. Ce délai est d'un an pour les actes criminels antérieurs au 23 mai 2013. Si vous soumettez une demande à l'expiration du délai mentionné, vous devez remplir **l'annexe 2** *Demande de prestations présentée à l'expiration du délai prévu.*

Décrivez les circonstances de l'acte criminel ou de civisme. Si nécessaire, utilisez des pages supplémentaires.

Suite partie 2

Partie 2

Réservé à l'usage de la Direction de l'IVAC — N° de dossier ▶

Si la personne victime ou le sauveteur est décédé, passez à la question 9 et remplissez l'annexe 3 *Personnes à charge de la victime ou du sauveteur décédé* et/ou l'annexe 4 *Proches de la victime décédée*.

6 • Blessures physiques ou psychologiques

Des blessures ont-elles été subies au moment où l'acte criminel ou de civisme est survenu ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, décrivez ces blessures.

7 • Suivi médical

À la suite de l'acte criminel ou de civisme, un professionnel de la santé a-t-il été consulté ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, remplissez cette section.

Date de la première consultation — Année / Mois / Jour

Nom du médecin consulté

Nom de l'hôpital ou de l'établissement de santé fréquenté

Durée des traitements ou de l'hospitalisation

Si un professionnel de la santé a été consulté, vous devez joindre à votre demande de prestations un rapport médical et remplir l'**annexe 5** *Autorisation de transmettre une copie du dossier.*

Autres intervenants (psychologue ou travailleur social) ou organismes (CAVAC, CSSS ou Centre jeunesse) consultés :

8 • Conséquences

Décrivez les conséquences (psychologiques, sociales, financières, etc.) de l'événement.

9 • Besoins

Décrivez les besoins de la victime ou du sauveteur découlant de l'événement.

10 • Service de police

L'acte criminel ou de civisme a-t-il été signalé à un service de police ? ☐ Oui ☐ Non **Si oui,** fournissez les renseignements suivants :

Nom du service de police / nº du poste

Nº du rapport de police

Nom du policier responsable de l'enquête

Nº de téléphone du policier responsable — Ind. rég.

Si non, expliquez pourquoi l'acte criminel ou de civisme n'a pas été signalé à la police. Si nécessaire, utilisez des pages supplémentaires.

11 • Présumés responsables de l'acte criminel

Nom, adresse et nº de téléphone

Cour criminelle : n° de dossier

12 • Témoins

Nom, adresse et nº de téléphone

13 • Poursuite civile

Une poursuite en dommages a-t-elle été intentée contre le ou les présumés responsables ?

Oui ☐ Non ☐

Montant réclamé ▶ $

Montant perçu ▶ $

Nom, adresse et nº de téléphone de l'avocat

AVIS D'OPTION

Cette option permet à la CSST d'intenter une poursuite civile contre la personne responsable afin de réclamer les sommes qu'elle sera appelée à verser à la personne victime, au sauveteur ou aux personnes à charge.

Par la présente, je fais option pour moi-même, pour la personne victime, le sauveteur ou les personnes à charge mentionnées dans ce formulaire en vue de bénéficier des avantages de la *Loi sur l'IVAC* ou de la *Loi visant à favoriser le civisme*. Je subroge la CSST jusqu'à concurrence des montants qu'elle pourra verser.

Signature (Personne victime majeure, sauveteur ou réclamant) ▶ — Année / Mois / Jour

Nom et adresse du témoin à la signature

IVAC
Indemnisation des victimes d'actes criminels

1199, rue De Bleury
C. P. 6056, succursale Centre-ville
Montréal (Québec) H3C 4E1
Tél. : 514 906-3019
1 800 561-4822

ANNEXE 1

Renseignements sur la rémunération de l'employé

Réservé à l'usage de la Direction de l'IVAC

Nº de dossier	Date de l'événement (Année Mois Jour)

Important :
Ce formulaire s'adresse à l'employeur.
Il doit le remplir et le transmettre le plus tôt possible à la Direction de l'indemnisation des victimes d'actes criminels.

Autorisation

J'autorise la Direction de l'IVAC à communiquer avec mon employeur afin d'obtenir les renseignements nécessaires à l'évaluation de ma présente demande de prestations, notamment pour obtenir et vérifier les renseignements figurant dans le présent formulaire. J'autorise également la direction de l'IVAC à communiquer avec mon employeur au sujet de toute mesure de réinsertion professionnelle. Ce consentement est valide le temps nécessaire pour effectuer l'évaluation et le traitement de ma demande de prestations.

Signature de l'employé ▶ _____

Renseignements sur l'identité de l'employeur

Nom de l'entreprise

Adresse

Numéro | Rue | Bureau

Case postale | Ville / Municipalité

Province / État | Pays | Code postal

Renseignements sur l'identité de l'employé

Nom | Prénom

Nº d'assurance sociale | Date d'entrée en fonction (Année Mois Jour)

Renseignements

Poste occupé au moment de l'événement

Horaire de travail : cochez les jours habituellement travaillés
L. ☐ M. ☐ M. ☐ J. ☐ V. ☐ S. ☐ D. ☐ Autre horaire : _____

Description des tâches

Statut au moment de l'événement: ☐ Sur appel ☐ Permanent ☐ Saisonnier ☐ Occasionnel

Temps: ☐ Plein ☐ Partiel

Date de fin de contrat (Année Mois Jour)

Le contrat est-il renouvelable ? ☐ Oui ☐ Non → (Année Mois Jour)

Salaire brut versé à l'employé durant les 12 mois qui ont précédé la date de l'événement: $

Semaine normale de travail de l'employé: heures

Salaire de l'employé au moment de l'événement: $

Taux: ☐ horaire ☐ quotidien ☐ hebdomadaire ☐ bimensuel

Horaire de travail

L'employé s'est-il absenté immédiatement après l'événement ? ☐ Oui ☐ Non → Du (Année Mois Jour) Au (Année Mois Jour)

Y a-t-il eu par la suite d'autres arrêts de travail liés à l'événement ? ☐ Oui ☐ Non → Du (Année Mois Jour) Au (Année Mois Jour)

Depuis la date de l'événement, avez-vous versé des sommes à cet employé au cours de sa période d'incapacité de travail ?

☐ Oui ☐ Non → Précisez $

Remarques

Nom de l'employeur ou de son représentant (en caractères d'imprimerie)

Fonction | Nº de téléphone (Ind. rég.)

Signature de l'employeur ou de son représentant → (Année Mois Jour)

IVAC
Indemnisation des victimes d'actes criminels

1199, rue De Bleury
C. P. 6056, succursale Centre-ville
Montréal (Québec) H3C 4E1
Tél. : 514 906-3019
1 800 561-4822

ANNEXE 2

Demande de prestations présentée après l'expiration du délai prévu

Réservé à l'usage de la Direction de l'IVAC **N° de dossier** ▶

Identification de la personne victime ou du sauveteur

Nom | Prénom

La demande de prestations doit être présentée dans les deux ans de la survenance du préjudice matériel ou de la blessure ou de la mort de la personne victime ou du sauveteur. Ce délai est d'un an pour les actes criminels antérieurs au 23 mai 2013. Si vous soumettez une demande à l'expiration du délai mentionné, vous devez obligatoirement remplir cette annexe.

1 • Expliquez pourquoi votre demande de prestations n'a pas été présentée à la Direction de l'IVAC dans les délais prévus par la loi.

2 • Avez-vous été empêché par une maladie, une hospitalisation, des problèmes psychologiques, une cure fermée, etc., de présenter votre demande de prestations plus tôt ?

3 • Avez-vous déjà entrepris une démarche auprès d'un professionnel de la santé (médecin, psychologue, travailleur social) qui vous a permis d'établir un lien entre votre état psychologique et les événements ?

Si oui, auprès de qui ? (Nom du professionnel)

Quand ? (Date) Nombre de rencontres :

Si vous n'avez pas entrepris de démarche, un événement récent vous a-t-il permis de faire ce lien ?

Si oui, lequel ? (Description)

Quand ? (Date)

IVAC

Indemnisation des victimes d'actes criminels

1199, rue De Bleury
C. P. 6056, succursale Centre-ville
Montréal (Québec) H3C 4E1
Tél. : 514 906-3019
1 800 561-4822

ANNEXE 3

Personnes à charge de la victime ou du sauveteur décédé

Acte criminel ou de civisme			
Date de l'acte criminel ou de civisme	Année Mois Jour	**Date du décès de la personne victime ou du sauveteur**	Année Mois Jour

Prénom et nom de la personne décédée

Réservé à l'usage de la Direction de l'IVAC **Nº de dossier** ▶

Renseignements sur les personnes à charge (conjoint, enfant ou autres personnes à charge) Voir la définition de personnes à charge ci-dessous.

1
Nom de famille selon l'acte de naissance
Prénom
Date de naissance Année Mois Jour
Lien de parenté
NAS
Adresse
Numéro Rue Appartement
Case postale Ville / Municipalité
Province / État Pays Code postal

2
Nom de famille selon l'acte de naissance
Prénom
Date de naissance Année Mois Jour
Lien de parenté
NAS
Adresse
Numéro Rue Appartement
Case postale Ville / Municipalité
Province / État Pays Code postal

3
Nom de famille selon l'acte de naissance
Prénom
Date de naissance Année Mois Jour
Lien de parenté
NAS
Adresse
Numéro Rue Appartement
Case postale Ville / Municipalité
Province / État Pays Code postal

4
Nom de famille selon l'acte de naissance
Prénom
Date de naissance Année Mois Jour
Lien de parenté
NAS
Adresse
Numéro Rue Appartement
Case postale Ville / Municipalité
Province / État Pays Code postal

Joindre le ou les documents suivants :

- Certificat de décès
- Reçus originaux des frais funéraires
- Certificats de naissance des personnes à charge incluant les noms de leur père et mère
- Certificat de mariage ou d'union civile

Définition de personnes à charge de la victime ou du sauveteur décédé

1• Conjoints. Les personnes :
A. liées par un mariage ou une union civile et qui cohabitent ; ou
B. qui vivent ensemble maritalement, qu'elles soient de sexe différent ou de même sexe, et qui, au moment de l'événement,
- résidaient ensemble depuis trois ans ou depuis un an si un enfant était issu de leur union, et
- étaient publiquement représentées comme conjoints.

2• Une personne liée à la victime ou au sauveteur par un mariage ou une union civile ou qui lui était ainsi liée, et
- qui en est séparée de fait ou légalement ou dont le mariage ou l'union civile avec celui-ci est dissous ou déclaré nul par un jugement définitif ou dont l'union civile est dissoute par une déclaration commune notariée de dissolution ; et
- qui, au moment de l'événement, avait le droit de recevoir de la victime ou du sauveteur une pension alimentaire en vertu d'un jugement ou d'une convention.

3• Un enfant de la victime ou du sauveteur, âgé de moins de 18 ans.

4• Un enfant de la victime ou du sauveteur, âgé de plus de 18 ans, qui fréquente assidûment un établissement d'enseignement ou qui est invalide.

5• Une autre personne liée à la victime ou au sauveteur par le sang ainsi que toute personne étrangère qui était à l'égard de la victime ou du sauveteur *in loco parentis* (qui tient lieu de parent) ou à l'égard de qui la victime ou le sauveteur était *in loco parentis* (qui tient lieu de parent) et qui, lors de l'événement, vivait entièrement ou partiellement du revenu de la victime ou du sauveteur.

IVAC
Indemnisation des victimes d'actes criminels

1199, rue De Bleury
C. P. 6056, succursale Centre-ville
Montréal (Québec) H3C 4E1
Tél. : 514 906-3019
1 800 561-4822

ANNEXE 4

Proches de la victime décédée

Acte criminel			
Date de l'acte criminel	Année Mois Jour	**Date du décès de la personne victime**	Année Mois Jour

Prénom et nom de la personne décédée

Réservé à l'usage de la Direction de l'IVAC **Nº de dossier** ▶

Renseignements sur les proches

1
Nom de famille selon l'acte de naissance
Date de naissance (Année Mois Jour)
Lien de parenté
Prénom
NAS
Adresse
Numéro
Rue
Appartement
Case postale
Ville / Municipalité
NAM
Province / État
Pays
Code postal

2
Nom de famille selon l'acte de naissance
Date de naissance (Année Mois Jour)
Lien de parenté
Prénom
NAS
Adresse
Numéro
Rue
Appartement
Case postale
Ville / Municipalité
NAM
Province / État
Pays
Code postal

3
Nom de famille selon l'acte de naissance
Date de naissance (Année Mois Jour)
Lien de parenté
Prénom
NAS
Adresse
Numéro
Rue
Appartement
Case postale
Ville / Municipalité
NAM
Province / État
Pays
Code postal

4
Nom de famille selon l'acte de naissance
Date de naissance (Année Mois Jour)
Lien de parenté
Prénom
NAS
Adresse
Numéro
Rue
Appartement
Case postale
Ville / Municipalité
NAM
Province / État
Pays
Code postal

5
Nom de famille selon l'acte de naissance
Date de naissance (Année Mois Jour)
Lien de parenté
Prénom
NAS
Adresse
Numéro
Rue
Appartement
Case postale
Ville / Municipalité
NAM
Province / État
Pays
Code postal

Définition de proches

On entend par « proche » le conjoint, le père et la mère de la victime ou la personne lui tenant lieu de père ou de mère, l'enfant de la victime ainsi que l'enfant de son conjoint, le frère et la soeur de la victime, le grand-père et la grand-mère de la victime ainsi que l'enfant du conjoint de son père ou de sa mère.

Le proche d'une victime décédée qui subit un préjudice psychologique peut bénéficier de 30 séances de psychothérapie.

IVAC

Indemnisation des victimes d'actes criminels

1199, rue De Bleury
C. P. 6056, succursale Centre-ville
Montréal (Québec) H3C 4E1
Tél. : 514 906-3019
1 800 561-4822

ANNEXE 5

Autorisation de transmettre une copie du dossier

N° d'assurance maladie	N° de dossier IVAC	Date de naissance (Année / Mois / Jour)

Renseignements sur l'identité de la personne victime ou du sauveteur

Nom | Prénom

Adresse

Numéro | Rue | Appartement

Case postale | Ville / Municipalité

Province / État | Pays | Code postal

Nom du père

Nom de la mère

Remplir un formulaire d'autorisation pour chaque organisme ou professionnel consulté.

Organisme (hôpital, CSSS, clinique privée, autres) ou professionnel consulté

Nom

Inscrivez l'adresse complète

Documents demandés

Autorisation	**L'autorisation doit être signée par la personne victime ou le sauveteur si ceux-ci sont âgés de 14 ans ou plus ou par le tuteur s'ils ont moins de 14 ans. J'autorise par la présente le ou les détenteurs du dossier désignés dans ce formulaire à transmettre à la Direction de l'IVAC une copie des documents mentionnés ci-dessus.**	Signature Date (Année / Mois / Jour)

1711 (2013-11)

IVAC

Indemnisation des victimes d'actes criminels

1199, rue De Bleury
C. P. 6056, succursale Centre-ville
Montréal (Québec) H3C 4E1
Tél. : 514 906-3019
1 800 561-4822

ANNEXE 5

Autorisation de transmettre une copie du dossier

N° d'assurance maladie	N° de dossier IVAC	Date de naissance (Année / Mois / Jour)

Renseignements sur l'identité de la personne victime ou du sauveteur

Nom | Prénom

Adresse

Numéro | Rue | Appartement

Case postale | Ville / Municipalité

Province / État | Pays | Code postal

Nom du père

Nom de la mère

Remplir un formulaire d'autorisation pour chaque organisme ou professionnel consulté.

Organisme (hôpital, CSSS, clinique privée, autres) ou professionnel consulté

Nom

Inscrivez l'adresse complète

Documents demandés

Autorisation	L'autorisation doit être signée par la personne victime ou le sauveteur si ceux-ci sont âgés de 14 ans ou plus ou par le tuteur s'ils ont moins de 14 ans. J'autorise par la présente le ou les détenteurs du dossier désignés dans ce formulaire à transmettre à la Direction de l'IVAC une copie des documents mentionnés ci-dessus.	Signature Date (Année / Mois / Jour)

1711 (2013-11)