

1. Inscrire les renseignements demandés dans les champs appropriés.	▶	2. Faire parvenir le document rempli à la Direction générale de l'IVAC :	
		En ligne www.ivac.qc.ca	Par la poste 1199, rue De Bleury, C. P. 6056, succursale Centre-ville Montréal (Québec) H3C 4E1
			Par télécopieur 1 888 927-0003

1. Identification

A. Personne mineure ou personne majeure inapte pour qui la demande de qualification est remplie			
Nom de famille (selon l'acte de naissance)		Prénom	
		Date de naissance A A A A M M J J	
N°. d'assurance sociale (N.A.S.)*	*si attribué	N°. d'assurance maladie (N.A.M.)	Langue de correspondance Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>
Adresse			Téléphone
Numéro	Rue	Appartement	Principal
Case postale	Ville/Municipalité		Autre
Province/État	Pays	Code postal	
Cette personne a-t-elle subi directement l'infraction criminelle ?			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si non, veuillez indiquer le prénom et le nom de cette personne (si connu) :			
Quel est le lien entre la personne mineure ou majeure inapte avec cette personne ?			
Afin de permettre à l'IVAC de déterminer si certains services peuvent être offerts, vous pouvez répondre à la question suivante :			
Est-ce que la personne mineure ou majeure inapte est une personne autochtone ?			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/>
B. Personne qui remplit la demande de qualification pour la personne victime identifiée à la partie A			
Nom		Prénom	
		Langue de correspondance Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>	
Adresse			Téléphone
Numéro	Rue	Appartement	Principal
Case postale	Ville/Municipalité		Autre
Province/État	Pays	Code postal	
Lien avec la personne mineure ou majeure inapte pour laquelle vous faites la demande			
<input type="checkbox"/> Parent, tuteur ou titulaire de l'autorité parentale de la personne mineure			
<input type="checkbox"/> Direction de la protection de la jeunesse			
<input type="checkbox"/> Tuteur, curateur ou mandataire d'une personne majeure inapte <i>Veuillez nous fournir la preuve.</i>			
<input type="checkbox"/> Toute autre personne majeure			

2. Événement

PARTIE 1			
Événement unique		Événements sur une période de temps	
Date	Heure (am/pm)	OU	Date de début
A A A A M M J J	H H : M M		A A A A M M J J
			Date de fin
			A A A A M M J J

Lieu			
Rue	Ville/Municipalité	Province/État	Pays
Décrivez les circonstances de l'événement.			
<i>Si nécessaire, utilisez l'espace supplémentaire disponible à la fin du formulaire.</i>			
Témoins de l'événement			
Noms		Coordonnées	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
Si l'événement a été rapporté à un corps de police, précisez les informations suivantes :		Nom du corps de police	N° du rapport d'événement
PARTIE 2 - À compléter seulement si l'infraction criminelle a été perpétrée à l'extérieur du Québec			
A. Si vous êtes la personne victime mineure ou majeure inapte ayant subi l'infraction, veuillez indiquer quel était votre statut :			
au moment de la perpétration de l'infraction criminelle :		à la date du dépôt de la demande de qualification :	
<input type="checkbox"/> Citoyen canadien	<input type="checkbox"/> Résident permanent	<input type="checkbox"/> Citoyen canadien	<input type="checkbox"/> Résident permanent
<input type="checkbox"/> Indien inscrit (au sens de la <i>Loi sur les Indiens</i> (Lois révisées du Canada (1985), c. I-5)	<input type="checkbox"/> Réfugié au sens de la <i>Convention de Genève</i>	<input type="checkbox"/> Indien inscrit (au sens de la <i>Loi sur les Indiens</i> (Lois révisées du Canada (1985), c. I-5)	<input type="checkbox"/> Réfugié au sens de la <i>Convention de Genève</i>
<input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) : _____		<input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) : _____	
OU			
Veuillez indiquer le statut de la personne victime mineure ou majeure inapte ayant subi l'infraction au moment de la perpétration de l'infraction criminelle :			
<input type="checkbox"/> Citoyen canadien	<input type="checkbox"/> Résident permanent	<input type="checkbox"/> Indien inscrit (au sens de la <i>Loi sur les Indiens</i> (Lois révisées du Canada (1985), c. I-5)	<input type="checkbox"/> Réfugié au sens de la <i>Convention de Genève</i>
<input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) : _____			
B. Si vous êtes la personne victime mineure ou majeure inapte ayant subi l'infraction, veuillez indiquer si vous étiez domiciliée au Québec :			
au moment de la perpétration de l'infraction criminelle :		à la date du dépôt de la demande de qualification :	
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
OU			
Veuillez indiquer si la personne victime mineure ou majeure inapte ayant subi l'infraction était domiciliée au Québec au moment de la perpétration de l'infraction criminelle :		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
C. Si vous êtes la personne victime mineure ou majeure inapte ayant subi l'infraction, veuillez indiquer si vous avez séjourné à l'extérieur du Québec plus de 183 jours durant l'année précédant la perpétration de l'infraction criminelle. <i>Sinon, veuillez indiquer si la personne victime mineure ou majeure inapte ayant subi l'infraction, a séjourné à l'extérieur du Québec plus de 183 jours durant l'année précédant la perpétration de l'infraction criminelle.</i>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
PARTIE 3 - Indemnité, prestation et autre avantage obtenus en vertu d'un autre régime public			
Est-ce qu'une demande, pour la personne mineure ou majeure inapte, a été déposée auprès d'un autre organisme gouvernemental au Québec (ex : SAAQ, CNESST), dans une autre province, un État ou un pays étranger pour ce même événement ?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
<i>Si oui, quel est le nom de l'organisme ? :</i> _____			
Est-ce que la personne mineure ou majeure inapte a reçu ou bénéficie d'indemnités, de prestations ou d'autres avantages de ce régime ?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

3. Préjudice

Veillez décrire la nature des atteintes physique, psychique ou préjudices subis.

4. Évaluation de santé

Aucune évaluation de santé n'est requise pour la qualification. Toutefois, une évaluation de santé pourra être exigée pour donner droit à des aides financières prévues par la loi. Si la personne mineure ou majeure inapte a déjà en main cette évaluation de santé, vous pouvez la joindre à la présente demande de qualification.

5. Cueillette et échange d'information

J'autorise la Direction générale de l'IVAC à obtenir ou à divulguer tout renseignement jugé nécessaire au traitement de la demande de qualification et des aides financières de la personne victime mineure ou majeure inapte, mentionnée à la section 1.A., avec un professionnel de la santé. Il peut s'agir de toute information ou de toute documentation administrative ou médicale qui se trouvent dans le dossier de la personne mineure ou majeure inapte et peuvent provenir du dossier administratif ou de toute documentation obtenue par la Direction générale de l'IVAC par une autre ressource externe. Cette communication sera effectuée uniquement lorsque jugée nécessaire par la Direction générale de l'IVAC.

À moins d'une révocation écrite de ma part, la présente autorisation demeure valide jusqu'à la fin du traitement des demandes de la personne mineure ou majeure inapte.

Signature de la personne qui remplit la demande de qualification



6. Demande en justice

Si une demande en justice a été exercée, vous devez obligatoirement remplir et signer cette section.

À votre connaissance, une demande en justice a-t-elle été exercée contre le ou les présumés responsables ?

Oui Non

Montant demandé \$
Montant reçu \$

Si vous connaissez le numéro de dossier à la cour, veuillez nous l'indiquer :

Nom, adresse et numéro de téléphone de l'avocat qui représente la personne victime

Autorisation de communiquer et de recueillir des renseignements

J'autorise le représentant désigné à cette section, à divulguer, à la Direction générale de l'IVAC, les renseignements personnels concernant la personne victime et ceux relatifs à toute demande en justice exercée en lien avec la présente demande. J'autorise également la Direction générale de l'IVAC à divulguer les renseignements, contenus au dossier de la personne victime, qui sont nécessaires à l'obtention des renseignements demandés auprès du représentant.

À moins d'une révocation écrite de ma part, la présente autorisation demeure valide jusqu'à la fin du traitement des demandes de la personne victime.

Signature de la personne qui remplit la demande de qualification



7. Signature

Je déclare que les renseignements fournis dans la présente demande de qualification sont véridiques et complets.

Signature obligatoire de la personne qui remplit la demande de qualification



Nom (en caractères d'imprimerie)

