



# Règlement du recours collectif relatif aux hôpitaux fédéraux indiens

## ● FORMULAIRE DE DEMANDE D'INDEMNISATION



### À propos du règlement



De 1936 à 1981, le gouvernement du Canada gère des hôpitaux appelés « hôpitaux fédéraux indiens ». Dans le cadre du règlement du recours collectif *Ann Cecile Hardy c. le procureur général du Canada* (dossier de la Cour fédérale no T-143-18), les personnes qui ont été admises dans ces hôpitaux pourraient être admissibles à une indemnisation pour les actes de violence psychologique, verbale, physique ou sexuelle qu'elles y ont subis pendant leur séjour. L'entente de règlement ne prévoit pas d'indemnisation pour toute réclamation liée à un traitement médical dans les hôpitaux fédéraux indiens. Le règlement a été approuvé par la Cour fédérale le 24 juin 2025.

Si vous avez été admis dans l'un des **33 hôpitaux fédéraux indiens** pendant les dates d'activité indiquées dans l'entente de règlement et que vous y avez subi un acte de violence ou un préjudice admissible pendant votre séjour, vous pourriez être admissible à une indemnisation. Un demandeur admissible pourrait recevoir une indemnisation allant de 10 000 \$ à 200 000 \$, selon la gravité de l'acte de violence ou du préjudice subi. La succession ou un héritier d'un demandeur décédé le 25 janvier 2016 ou après cette date pourrait être admissible à une indemnisation.

Les documents relatifs au présent recours collectif contiennent certains mots désormais reconnus comme étant inexacts, insensibles et offensants. Ces mots datent d'une période où les relations entre la Couronne et les Autochtones n'étaient pas fondées sur la réconciliation. Ces mots ne sont employés que lorsque cela est nécessaire pour des raisons d'exactitude juridique ou pour faire référence à des sources historiques.



**Pour plus de renseignements au sujet du présent règlement, veuillez visiter le site [www.ihsettlement.ca/fr](http://www.ihsettlement.ca/fr).**



### Comment obtenir du soutien relatif au présent règlement?



#### Soutien émotionnel et psychologique

Remplir le présent formulaire de demande d'indemnisation peut être difficile sur le plan émotionnel ou traumatisant pour certaines personnes. Si vous ou une personne que vous assistez éprouvez de la détresse émotionnelle et que vous voulez en parler, des conseillers culturellement compétents sont disponibles en tout temps par l'intermédiaire de la Ligne d'écoute d'espoir pour le mieux-être pour vous offrir des services gratuits de soutien et d'intervention en cas de crise. **Composez le [1-855-242-3310](tel:1-855-242-3310) ou visitez le site [www.espoirpourlemieuxetre.ca](http://www.espoirpourlemieuxetre.ca).**



#### Soutien pour le processus de réclamation

Vous pouvez obtenir de plus amples renseignements sur le processus de réclamation ou de l'aide pour remplir le formulaire de demande d'indemnisation. **Pour ce faire, composez le [1-888-592-9101](tel:1-888-592-9101).**



#### Avocats du groupe et conseils juridiques

Si vous avez besoin d'une assistance juridique ou d'aide pour trouver un avocat qui vous aidera à remplir le formulaire de demande d'indemnisation, **veuillez consulter le site [www.ihsettlement.ca/fr/contact](http://www.ihsettlement.ca/fr/contact).**

- **Rappel important :** Une part limitée des frais liés au soutien ou aux conseils juridiques relatifs à votre réclamation pourrait être prise en charge par le gouvernement du Canada, conformément aux modalités de l'entente de règlement et au **protocole pour le paiement des frais juridiques individuels**.



## Qui peut avoir droit à une indemnisation?



### Admissibilité à une indemnisation :

Pour être admissible à une indemnisation, vous devez remplir et signer un formulaire de demande d'indemnisation, accompagné de toutes les pièces justificatives, et soumettre le tout à l'administrateur des réclamations par courriel, télécopieur ou courrier avant la date limite du 27 juillet 2028. Le formulaire de demande d'indemnisation dûment rempli doit démontrer ce qui suit :

- Le demandeur a été admis dans l'un des **33 hôpitaux fédéraux indiens** figurant sur la liste de l'entente de règlement pendant toute période où l'hôpital était géré par le gouvernement du Canada au cours de la période visée par le recours collectif; et
- Le demandeur a subi des actes de violence psychologique, verbale, physique ou sexuelle (non liés à un traitement médical) pendant son séjour dans un hôpital fédéral indien.



## Qui peut soumettre un formulaire de demande d'indemnisation?



### Les formulaires de demande d'indemnisation peuvent être soumis par :

- Un demandeur individuel; OU
- Le représentant d'un demandeur :
  - le représentant successoral ou l'héritier d'un demandeur décédé, OU
  - le représentant personnel d'un demandeur qui est une personne frappée d'incapacité, OU
  - un conseiller juridique individuel (un avocat en exercice et en règle dans une province ou un territoire canadien) dont les services ont été retenus par le demandeur ou son représentant.



## Comment soumettre un formulaire de demande d'indemnisation?

Se reporter à l'**Annexe F (Liste de contrôle relative au formulaire de demande d'indemnisation)** pour connaître toutes les exigences et les documents requis.

**En ligne (option recommandée) :** effectuez tout le processus de réclamation sur le portail en ligne.



**Portail en ligne :**  
<https://portal.ihsettlement.ca>

**Fichier PDF :** sauvegardez le présent formulaire de demande d'indemnisation en format PDF, remplissez-le dans Adobe Acrobat, puis soumettez-le.



**Par courriel :**  
[claims@admin.ihsettlement.ca](mailto:claims@admin.ihsettlement.ca)

**Copie physique :** imprimez le présent formulaire, remplissez les renseignements requis (en écrivant lisiblement à l'encre) et soumettez-le. La documentation et les formulaires qui seront soumis ne seront pas retournés et aucune copie ne sera fournie.



**Par courrier :**  
Administrateur des réclamations liées aux HFI  
Case postale 5493, succursale Main  
Newmarket (Ontario) L3Y 0J4



**Par télécopieur :**  
[416-966-5701](tel:416-966-5701)

**La date limite pour soumettre un formulaire de demande d'indemnisation dûment rempli à l'administrateur des réclamations est :  
le 27 juillet 2028**



## Contenu du formulaire de demande d'indemnisation

Section du formulaire	Description	Page(s)
<b>Sections obligatoires</b> : doivent être remplies par le demandeur ou toute personne déposant une demande en son nom		
Partie 1	Décharge et reconnaissance de confidentialité, et politique de conservation	4
Partie 1A	Renseignements sur le demandeur	5-7
Partie 1B	Coordonnées du demandeur	8-9
Partie 2	Admission à l'hôpital : nom et dates	10-12
Partie 2A	Admission à l'hôpital : renseignements supplémentaires	13-14
Partie 2B	Admission à l'hôpital : actes de violence ou préjudices subis	15-21
Partie 3	Renseignements sur le paiement	22
<b>Sections supplémentaires</b> : à remplir uniquement le cas échéant		
Annexe A	<b>Admission(s) supplémentaire(s) dans un hôpital fédéral indien</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cette annexe peut être remplie par le demandeur ou toute personne déposant une demande en son nom</li> </ul>	23-24
Annexe B	<b>Renseignements supplémentaires relatifs à votre expérience dans un hôpital fédéral indien</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cette annexe peut être remplie par le demandeur ou toute personne déposant une demande en son nom</li> </ul>	25
Annexe C	<b>Représentant successoral d'un demandeur décédé (avec ou sans délégation de pouvoir)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Obligatoire pour les représentants successoraux, les héritiers du demandeur et les liquidateurs</li> </ul>	26-31
Annexe D	<b>Représentant personnel d'un demandeur qui est une personne frappée d'incapacité</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Obligatoire pour le représentant personnel d'un demandeur qui est une personne frappée d'incapacité</li> </ul>	32-34
Annexe E	<b>Conseiller juridique individuel</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Obligatoire pour le conseiller juridique d'un demandeur (uniquement si ses services sont retenus)</li> </ul>	35-36
Annexe F	<b>Liste de contrôle relative au formulaire de demande d'indemnisation</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pour vous assurer d'avoir tous les documents requis avant de soumettre votre formulaire de demande d'indemnisation</li> </ul>	37



**Important** : Veuillez prendre le temps de lire attentivement le formulaire de demande d'indemnisation et de remplir toutes les sections requises avant de soumettre votre réclamation.



## PARTIE 1 | Décharge et reconnaissance de confidentialité, et politique de conservation (obligatoire)

L'administrateur des réclamations recueillera vos renseignements personnels tout au long du présent formulaire pour traiter votre demande d'indemnisation. L'administrateur des réclamations n'est pas assujéti à la Loi sur la protection des renseignements personnels, L.R.C. (1985), ch. P-21, mais demeure assujéti aux lois applicables sur la protection des renseignements personnels, y compris la LRPDE et ses équivalents provinciaux. Pour en savoir plus, veuillez vous reporter au [protocole d'élimination des données](#). En signant la présente décharge et reconnaissance de confidentialité, vous reconnaissez que vos renseignements personnels seront utilisés pour traiter votre demande, conformément à l'entente de règlement et aux protocoles connexes.

### › Décharge et reconnaissance de confidentialité

Je reconnais et je confirme que l'administrateur des réclamations et l'évaluateur indépendant :

1. ne représente pas les hôpitaux fédéraux indiens ni le gouvernement du Canada;
2. n'agit pas en tant que mandataires ou conseillers juridiques de l'une ou l'autre des parties et ne prodigue pas de conseils de nature juridique;
3. n'a pas le devoir de faire valoir ou de protéger les droits légaux de l'une ou l'autre des parties ni de soulever une question qui n'a pas été soulevée par l'une ou l'autre des parties.

En ce qui a trait à la confidentialité, je reconnais et comprends que, pour traiter ma demande d'indemnisation, il sera nécessaire que :

- l'administrateur des réclamations communique les renseignements fournis dans le cadre de la présente demande au gouvernement du Canada, à l'évaluateur indépendant, au comité des exceptions (le cas échéant) et aux avocats du groupe aux fins de vérification ou d'examen;
- le gouvernement du Canada communique des renseignements en sa possession à l'administrateur des réclamations, à l'évaluateur indépendant, au comité des exceptions (le cas échéant) et aux avocats du groupe.

Je confirme que tous les renseignements fournis dans le présent formulaire de demande d'indemnisation sont, à ma connaissance, véridiques. Si quelqu'un m'a aidé à remplir le présent formulaire, cette personne m'a lu tout ce qu'elle a écrit et inclus (y compris les pièces jointes et les documents justificatifs).

Je comprends que je peux retenir les services d'un avocat de mon choix afin d'obtenir des conseils juridiques ou de l'aide pour remplir ou soumettre mon formulaire de demande d'indemnisation\*.

**Consentement :** Je comprends qu'en soumettant le présent formulaire de demande d'indemnisation (accompagné de toute pièce justificative) à l'administrateur des réclamations, je conviens des renseignements contenus sur cette page et je consens à la communication de mes renseignements personnels pour traiter la demande d'indemnisation au besoin et conformément à l'entente de règlement ainsi qu'aux protocoles connexes.

\* Important : Le gouvernement du Canada, conformément à l'entente de règlement et au protocole pour le paiement des frais juridiques individuels, versera à un avocat en exercice et en règle dans une province ou un territoire canadien un montant pouvant atteindre 5 % (plus les taxes applicables) de la valeur de l'indemnisation accordée pour cette aide. Ce paiement ne sera pas déduit de l'indemnisation versée au demandeur. Tout montant supérieur à ces 5 % (jusqu'à un total de 10 %) doit être approuvé par la Cour.

### › Politique de conservation

Conformément à l'entente de règlement et aux protocoles connexes, vos renseignements personnels seront conservés pendant deux (2) ans après que l'administrateur des réclamations aura effectué le dernier paiement de l'indemnisation dans le cadre de l'entente de règlement. Après cette période, l'administrateur des réclamations détruira tous les renseignements et documents du demandeur qui sont en sa possession.

**Je reconnais et j'accepte toutes les modalités énoncées ci-dessus.**

Prénom (en caractères d'imprimerie)

Nom de famille (en caractères d'imprimerie)

Signature (obligatoire)

Jour (JJ)

Mois (MM)

Année (AAAA)



## PARTIE 1A | Renseignements sur le demandeur (obligatoire)

Pour que votre formulaire de demande d'indemnisation soit considéré comme complet, veuillez à fournir tous les renseignements requis et à répondre à toutes les questions obligatoires. Les réclamations ne peuvent être traitées que si tous les renseignements et documents requis du demandeur sont soumis. Les formulaires incomplets pourraient ne pas être traités, et l'administrateur des réclamations pourrait communiquer avec vous si des renseignements supplémentaires sont nécessaires.

### Important :

- Cette section vise à recueillir des renseignements sur le demandeur. Si vous remplissez le formulaire au nom de quelqu'un d'autre, les termes « vous », « votre » et « vos » renvoient au demandeur.
- Si vous changez votre nom légal au cours du processus de réclamation, veuillez en aviser immédiatement l'administrateur des réclamations et fournir les documents justificatifs du changement de nom afin de vous assurer que votre demande est traitée sans retard.

### Votre nom (obligatoire)

Votre nom doit correspondre à celui indiqué sur votre pièce d'identité gouvernementale.

Prénom :

Deuxième prénom  
(le cas échéant) :

Nom de famille :

### Pièce d'identité (obligatoire)

**Veillez joindre** à votre demande une copie de votre pièce d'identité émise par le gouvernement fédéral ou provincial.

### Exemples de pièces d'identité acceptées :

- Certificat du statut d'Indien (carte de statut)
- Carte de bénéficiaire inuit
- Carte de citoyenneté métisse
- Certificat de naissance
- Passeport
- Permis de conduire
- Carte provinciale/territoriale avec photo

**Autre(s) nom(s) :** avez-vous utilisé d'autres noms lors d'une admission dans un hôpital fédéral indien? Par exemple, un nom de jeune fille, votre nom à la naissance, un surnom, un nom d'adoption, un nom ou un numéro de disque (pour les demandeurs inuits).

Oui →

**Si vous avez coché « oui »**, veuillez indiquer les autres noms :

### Documents (si disponibles)

**Veillez joindre** une copie de tout document qui pourrait confirmer vos autres noms.

### Exemples de documents pouvant confirmer d'autres noms :

- Ordonnance de changement de nom légal
- Certificat de mariage ou documents de divorce
- Documents d'adoption
- Autres documents faisant référence à vos autres noms



**N'envoyez pas de documents originaux; veuillez n'envoyer que des copies (photocopie, numérisation, télécopie ou photo).** Veuillez inscrire clairement le prénom et le nom de famille du demandeur ainsi que sa date de naissance (tels qu'ils figurent dans la partie 1A du présent formulaire) sur chaque page de chaque copie que vous joignez afin que tous les documents soient associés au bon formulaire de demande d'indemnisation. Assurez-vous que toutes les copies sont claires et faciles à lire.



## PARTIE 1A | Renseignements sur le demandeur (obligatoire)

**Votre numéro d'assurance sociale (NAS) (facultatif)**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Votre date de naissance (obligatoire)**

La date de naissance doit correspondre à celle indiquée sur votre pièce d'identité gouvernementale.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Jour (JJ)    Mois (MM)    Année (AAAA)

**Date du décès du demandeur (le cas échéant)**

Si le demandeur est décédé, veuillez indiquer la date de son décès (le 25 janvier 2016 ou après cette date).

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Jour (JJ)    Mois (MM)    Année (AAAA)



**Important : Arrêtez-vous ici si le demandeur est décédé avant le 25 janvier 2016.**

Les demandeurs qui sont décédés avant cette date ne sont pas admissibles au présent règlement.

→ **PARTIE 1A | Renseignements sur le demandeur (obligatoire)**

La soumission de renseignements liés au statut de membre d'une communauté des Métis, des Inuit ou des Premières Nations pourrait être utile et est facultative.

**Êtes-vous membre d'une communauté des Métis, des Inuit ou des Premières Nations (le cas échéant)?**

Si oui, indiquez un « X » dans la case du choix qui s'applique et répondez à toutes les questions correspondantes.

<input type="checkbox"/> <b>Première Nation</b>	Votre numéro d'inscription au Registre des Indiens :	<input type="text"/>
	Nom de la Première Nation ou de la bande :	<input type="text"/>
	Province ou territoire où se trouve votre Première Nation ou votre bande :	<input type="text"/>
	Si vous ne pouvez pas fournir votre numéro d'inscription au Registre des Indiens ou le nom de votre bande, veuillez expliquer pourquoi :	<input type="text"/>
<b>OU</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Métis</b>	Votre numéro de citoyenneté ou de membre Métis :	<input type="text"/>
	Votre organisation métisse émettrice :	<input type="text"/>
	Province ou territoire où se trouve votre organisation ou communauté métisse :	<input type="text"/>
	Si vous ne pouvez pas fournir votre numéro de citoyenneté ou de membre Métis ou le nom de votre organisation émettrice, veuillez expliquer pourquoi :	<input type="text"/>
<b>OU</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Inuit</b>	Numéro de disque :	<input type="text"/>
	Numéro de bénéficiaire :	<input type="text"/>
	Province ou territoire où se trouve votre région ou communauté inuite :	<input type="text"/>
	Si vous ne pouvez pas fournir votre numéro de disque ou de bénéficiaire, veuillez expliquer pourquoi :	<input type="text"/>



## PARTIE 1B | Coordonnées du demandeur (obligatoire)

Les coordonnées du demandeur doivent être remplies ci-dessous. Pour que votre formulaire de demande d'indemnisation soit considéré comme complet, veuillez à fournir tous les renseignements requis et à répondre à toutes les questions obligatoires.

### Important :

- Cette section vise à recueillir des renseignements sur le demandeur. Si vous remplissez le formulaire au nom de quelqu'un d'autre, les termes « vous », « votre » et « vos » renvoient au demandeur.
- Si le demandeur est décédé, il n'est pas nécessaire d'indiquer l'adresse postale, l'adresse électronique et le numéro de téléphone ci-dessous.
- Pour apporter des changements à vos coordonnées (par exemple, votre adresse postale, courriel ou numéro de téléphone), veuillez communiquer avec l'administrateur des réclamations au **1-888-592-9101**.

### En outre :

- si vous déposez une demande au nom d'un demandeur décédé, veuillez remplir l'**Annexe C**.
- si vous déposez une demande au nom d'un demandeur qui est une personne frappée d'incapacité, veuillez remplir l'**Annexe D**.
- si vous êtes le conseiller juridique individuel du demandeur ou de la personne qui dépose une demande en son nom, veuillez remplir l'**Annexe E**.

### Votre adresse postale (obligatoire)

- **Remarque :** Si vous êtes jugé admissible à une indemnisation aux termes du règlement et que vous choisissez de recevoir votre indemnisation sous forme de chèque, ce dernier sera envoyé à cette adresse. En cas de déménagement, veuillez fournir vos nouvelles coordonnées à l'administrateur des réclamations au **1-888-592-9101**.

Numéro d'immeuble

Nom de rue

Appartement

Case postale (le cas échéant)

Ville / communauté

Code postal



Province / territoire

Pays

Nom du « a/s de » (le cas échéant)

Si votre adresse postale est un établissement (comme un établissement correctionnel ou médical) ou un lieu public (comme un hôtel ou un centre d'amitié), ou si vous séjournez chez un ami ou un membre de votre famille, veuillez inclure son nom.

Votre adresse courriel  
(s'il y a lieu) :



## **PARTIE 1B** | Coordonnées du demandeur (obligatoire)

**Votre numéro de téléphone (recommandé) :**

-  -  Poste

Veuillez indiquer le type de numéro de téléphone que vous avez fourni :

Domicile

Cellulaire

Bureau

Autre :



## PARTIE 2 | Admission à l'hôpital : nom et dates (obligatoire)

Pour être admissible à une indemnisation, vous devez avoir été admis dans l'un des **33 hôpitaux fédéraux indiens** énumérés ci-dessous pendant qu'il était géré par le gouvernement du Canada (se reporter aux dates d'activité admissibles) et y avoir subi un acte de violence ou un préjudice. Pour que votre formulaire de demande d'indemnisation soit considéré comme complet, veillez à fournir tous les renseignements requis et à répondre à toutes les questions obligatoires.

- **Important :** Vous aurez la possibilité de fournir des renseignements supplémentaires sur votre admission dans un hôpital fédéral indien dans la **partie 2A**. Pour l'instant, veuillez n'indiquer que les informations demandées.

### Sélectionnez uniquement le ou les hôpitaux où vous avez été admis et où vous avez subi les actes de violence ou les préjudices pour lesquels vous demandez une indemnisation.

- Si vous avez été admis dans plus d'un hôpital où vous avez subi des actes de violence ou des préjudices, sélectionnez tous les hôpitaux concernés.
- Pour chaque hôpital où vous avez été admis et où vous avez subi un acte de violence ou un préjudice, indiquez le premier et le dernier mois ainsi que l'année de votre séjour, en vous reportant aux dates d'activité admissibles indiquées ci-dessous. Veuillez répondre au mieux de vos souvenirs.
- Si vous avez été admis dans plus d'un hôpital et que vous avez subi des actes de violence ou des préjudices à chaque occasion, vous devez remplir et joindre **l'Annexe A** pour chaque admission supplémentaire.

#### Alberta

Sélectionnez le ou les hôpitaux où vous avez été admis	Dates d'activité admissibles	Mois (MM) / année (AAAA) où votre séjour a <b>COMMENCÉ</b>	Mois (MM) / année (AAAA) où votre séjour s'est <b>TERMINÉ</b>
<input type="checkbox"/> <b>Blackfoot Indian Hospital</b> Autres noms : Blackfoot I.N.H.S. Hospital, Blackfoot Hospital	Du 1 <sup>er</sup> janvier 1936 au 1 <sup>er</sup> avril 1976	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <b>Blood Indian Hospital</b> Autres noms : Blood Agency Hospital, Blood Hospital, Blood Reserve Indian Hospital, Blood Reserve Hospital, Moses Lake Hospital	Du 1 <sup>er</sup> janvier 1936 au 31 décembre 1981	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <b>Charles Camsell Indian Hospital</b> Autres noms : Charles Camsell Hospital, Edmonton Indian Hospital, Edmonton Military Hospital, Indian Health Services Hospital, Jesuit College Hospital	Du 1 <sup>er</sup> novembre 1945 au 1 <sup>er</sup> décembre 1980	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <b>Hobbema Indian Hospital</b> Autre nom : Hobbema Hospital	Du 1 <sup>er</sup> janvier 1952 au 30 juin 1963	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <b>Morley Stoney Indian Hospital</b> Autres noms : Morley Indian Hospital, Morley Hospital, Stoney Agency Hospital, Stoney Indian Hospital, Stoney Hospital, Stony Indian Hospital, Stony Hospital	Du 1 <sup>er</sup> janvier 1936 au 31 décembre 1960	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <b>Peigan Indian Hospital</b> Autres noms : Peigan Agency Hospital, Peigan Hospital	Du 1 <sup>er</sup> janvier 1936 au 31 décembre 1954	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <b>Sarcee Indian Hospital</b> Autres noms : Sarcee Agency Hospital, Sarcee Hospital, Sarcee Reserve Indian Hospital	Du 1 <sup>er</sup> janvier 1936 au 31 mars 1946	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>

#### Colombie-Britannique

Sélectionnez le ou les hôpitaux où vous avez été admis	Dates d'activité admissibles	Mois (MM) / année (AAAA) où votre séjour a <b>COMMENCÉ</b>	Mois (MM) / année (AAAA) où votre séjour s'est <b>TERMINÉ</b>
<input type="checkbox"/> <b>Coqualeetza Indian Hospital</b> Autre nom : Coqualeetza Hospital	Du 1 <sup>er</sup> septembre 1941 au 30 septembre 1969	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <b>Miller Bay Indian Hospital</b> Autres noms : Millar Bay Hospital, Miller Bay Hospital	Du 16 septembre 1946 au 1 <sup>er</sup> octobre 1971	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <b>Nanaimo Indian Hospital</b> Autre nom : Nanaimo Hospital	Du 1 <sup>er</sup> septembre 1946 au 20 novembre 1966	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>

→ **PARTIE 2 | Admission à l'hôpital : nom et dates (obligatoire)**

<b>Manitoba</b>			
Sélectionnez le ou les hôpitaux où vous avez été admis	Dates d'activité admissibles	Mois (MM) / année (AAAA) où votre séjour a <b>COMMENCÉ</b>	Mois (MM) / année (AAAA) où votre séjour s'est <b>TERMINÉ</b>
<input type="checkbox"/> <b>Brandon Indian Hospital</b> Autres noms : Assiniboine Hospital, Brandon Sanatorium	Du 15 juin 1947 au 31 janvier 1961	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <b>Clearwater Lake Indian Hospital</b> Autres noms : Clearwater Hospital, Clearwater Lake Hospital, Clearwater Lake Sanatorium, Orok Indian Hospital, The Pas Hospital	Du 24 septembre 1945 au 28 février 1965	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <b>Dynevor Indian Hospital</b> Autres noms : Dynevor Indian Sanatorium, Dynevor Hospital, Dynevor Sanatorium	Du 1 <sup>er</sup> septembre 1939 au 1 <sup>er</sup> novembre 1957	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <b>Fisher River Indian Hospital</b> Autre nom : Fisher River Hospital	Du 6 juillet 1940 au 18 juin 1973	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <b>Fort Alexander Indian Hospital</b> Autres noms : Fort Alexander Hospital, Pine Falls Indian Hospital, Pine Falls Hospital	Du 1 <sup>er</sup> décembre 1937 au 18 novembre 1964	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <b>Norway House Indian Hospital</b> Autres nom : Norway House Agency Hospital, Norway House Hospital	Du 1 <sup>er</sup> janvier 1936 au 31 décembre 1981	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <b>Percy E. Moore Hospital</b>	Du 18 juin 1973 au 31 décembre 1981	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
<b>Nouveau-Brunswick</b>			
Sélectionnez le ou les hôpitaux où vous avez été admis	Dates d'activité admissibles	Mois (MM) / année (AAAA) où votre séjour a <b>COMMENCÉ</b>	Mois (MM) / année (AAAA) où votre séjour s'est <b>TERMINÉ</b>
<input type="checkbox"/> <b>Tobique Indian Hospital</b> Autre nom : Tobique Hospital	Du 1 <sup>er</sup> janvier 1936 au 31 mars 1950	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
<b>Ontario</b>			
Sélectionnez le ou les hôpitaux où vous avez été admis	Dates d'activité admissibles	Mois (MM) / année (AAAA) où votre séjour a <b>COMMENCÉ</b>	Mois (MM) / année (AAAA) où votre séjour s'est <b>TERMINÉ</b>
<input type="checkbox"/> <b>Lady Willington Indian Hospital</b> Autre nom : Lady Willington Hospital	Du 1 <sup>er</sup> janvier 1936 au 30 septembre 1968	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <b>Manitowaning Indian Hospital</b> Autres noms : Manitoulin Isolation Hospital, Manitoulin Isolation Unit, Manitowaning Hospital	Du 1 <sup>er</sup> janvier 1941 au 31 mars 1951 Du 1 <sup>er</sup> janvier 1959 au 31 mars 1962	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <b>Moose Factory Indian Hospital</b> Autres noms : Moose Factory General Hospital, Moose Factory Hospital, Moose Factory Zone Hospital	Du 9 septembre 1950 au 31 décembre 1981	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <b>Sioux Lookout Indian Hospital</b> Autres noms : Indian Hospital Sioux Lookout, Sioux Lookout Hospital, Sioux Lookout Zone Hospital	Du 12 décembre 1949 au 31 décembre 1981	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <b>Squaw Bay Indian Hospital</b> Autres noms : Squaw Bay Hospital, Squaw Bay Sanatorium	Du 1 <sup>er</sup> mai 1942 au 31 mai 1953	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>



## PARTIE 2 | Admission à l'hôpital : nom et dates (obligatoire)

### Saskatchewan

Sélectionnez le ou les hôpitaux où vous avez été admis	Dates d'activité admissibles	Mois (MM) / année (AAAA) où votre séjour a <b>COMMENCÉ</b>	Mois (MM) / année (AAAA) où votre séjour s'est <b>TERMINÉ</b>
<input type="checkbox"/> <b>Fort Qu'Appelle Indian Hospital</b> Autres noms : F.Q.I.H., Fort Qu'Appelle Hospital, Qu'Appelle Indian Hospital	Du 1 <sup>er</sup> mai 1936 au 31 décembre 1981	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <b>North Battleford Indian Hospital</b> Autre nom : North Battleford Hospital	Du 15 mai 1949 au 26 août 1977	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>

### Territoires du Nord-Ouest et Nunavut

Sélectionnez le ou les hôpitaux où vous avez été admis	Dates d'activité admissibles	Mois (MM) / année (AAAA) où votre séjour a <b>COMMENCÉ</b>	Mois (MM) / année (AAAA) où votre séjour s'est <b>TERMINÉ</b>
<input type="checkbox"/> <b>Edzo Cottage</b> Autres noms : Edzo Cottage Hospital, Rae-Edzo Cottage Hospital, Rae-Edzo Hospital	Du 7 août 1974 au 31 décembre 1981	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <b>Fort Norman Indian Hospital</b> Autres noms : Bishop Bompas Memorial, Fort Norman Hospital, Indian Hospital at Fort Norman	Du 1 <sup>er</sup> septembre 1943 au 21 janvier 1946	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <b>Fort Simpson Indian Hospital</b> Autres noms : Fort Simpson Cottage Hospital, Fort Simpson General Hospital	Du 20 septembre 1973 au 31 décembre 1981	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <b>Frobisher Bay Indian Hospital</b> Autres noms : Frobisher Bay General Hospital, Frobisher Bay Hospital	Du 1 <sup>er</sup> avril 1959 au 31 décembre 1981	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <b>Inuvik Indian Hospital</b> Autres noms : Inuvik General Hospital, Inuvik Hospital, l'Hôpital Général d'Inuvik	Du 13 janvier 1961 au 31 décembre 1981	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>

### Yukon

Sélectionnez le ou les hôpitaux où vous avez été admis	Dates d'activité admissibles	Mois (MM) / année (AAAA) où votre séjour a <b>COMMENCÉ</b>	Mois (MM) / année (AAAA) où votre séjour s'est <b>TERMINÉ</b>
<input type="checkbox"/> <b>Mayo Hospital</b> Autre nom : Mayo General Hospital	Du 1 <sup>er</sup> avril 1970 au 31 décembre 1981	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <b>Watson Lake</b> Autres noms : Watson Lake Cottage Hospital, Watson Lake Hospital	Du 1 <sup>er</sup> mars 1966 au 31 décembre 1981	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <b>Whitehorse Indian Hospital</b> Autres noms : Regional Hospital at Whitehorse, Whitehorse General Hospital, Whitehorse Hospital	Du 1 <sup>er</sup> avril 1959 au 31 décembre 1981	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>



## PARTIE 2A | Admission à l'hôpital : renseignements supplémentaires (obligatoire)

Dans cette section, vous devez fournir des renseignements sur votre admission à l'hôpital pour aider l'administrateur des réclamations à évaluer et à traiter votre demande.

- **Important :** Dans la **partie 2B**, vous donnerez des détails sur les actes de violence ou préjudices que vous avez subis lors de votre séjour dans un hôpital fédéral indien.

Veillez fournir autant d'informations que possible sur votre admission dans les hôpitaux fédéraux indiens indiqués dans la **partie 2**. Vos réponses aux questions ci-dessous nous aideront à comprendre votre hospitalisation et à évaluer votre admissibilité à titre de demandeur et pour l'indemnisation. Pour que votre formulaire de demande d'indemnisation soit considéré comme complet, veillez à fournir tous les renseignements requis et à répondre à toutes les questions obligatoires.

- **Important :** Si vous avez été admis dans plus d'un hôpital et que vous avez subi des actes de violence ou des préjudices à chaque occasion, vous devez remplir et joindre l'**Annexe A** pour chaque admission supplémentaire.

### Renseignements sur votre admission (obligatoire)

Pour chaque admission dans un hôpital fédéral indien, répondez aux questions suivantes du mieux que vous pouvez. Veuillez fournir le maximum d'informations que vous êtes à l'aise de communiquer. *Les exemples de réponses ne sont donnés qu'à titre indicatif pour vous aider.*

- **Important :** Pour chaque admission supplémentaire dans un hôpital où vous avez subi un acte de violence ou un préjudice, veuillez remplir l'**Annexe A** et fournir des réponses aux questions obligatoires.

1. Quel est le nom de l'hôpital où vous avez été admis? Exemple : Hôpital Charles Camshell.

2. Quelle a été la durée de votre séjour à l'hôpital? Exemple : 3 mois.

3. Quelle était la raison de votre admission? Exemple : traitement de la tuberculose.

4. Où habitiez-vous avant d'être admis à l'hôpital (indiquez l'adresse si elle est connue)? Exemple : au pensionnat indien de St. Mary's.

5. Pourquoi êtes-vous allé à cet hôpital en particulier (plutôt qu'un autre)? Exemple : c'était l'hôpital le plus proche de ma communauté.

6. Quel moyen de déplacement avez-vous utilisé pour vous rendre à l'hôpital et en revenir au début et à la fin de votre hospitalisation? Exemple : transport par bateau.

7. Quels sont les noms des médecins, des membres du personnel infirmier ou des autres membres du personnel qui vous ont aidé? Exemple : docteur Smith, infirmière Johnson.



## PARTIE 2A | Admission à l'hôpital : renseignements supplémentaires (obligatoire)

8. Quels types de traitements médicaux avez-vous reçus? Exemple : antibiotiques, physiothérapie.

9. Avez-vous été transféré depuis ou vers un autre hôpital ou établissement médical avant ou après votre admission dans un hôpital fédéral indien? Exemple : j'ai été transféré dans un sanatorium pour tuberculeux après mon admission.

### Renseignements supplémentaires (recommandés)

Cette section vous permet de communiquer tous les autres renseignements dont vous vous souvenez concernant votre admission dans un hôpital fédéral indien. Par exemple, le nom d'autres patients ou une description de l'hôpital. Veuillez fournir les informations que vous êtes à l'aise de communiquer. Ne fournissez pas de renseignements sur les actes de violence ou préjudices admissibles que vous pourriez avoir subis dans cette section. Ces informations vous seront demandées plus tard dans la partie 2B du présent formulaire.

### Documents pertinents (si disponibles)

Veillez fournir tous les documents pertinents en votre possession relatifs à votre admission dans un hôpital fédéral indien. La transmission de documents est facultative, mais peut être utile à l'évaluation de votre demande d'indemnisation. La liste ci-dessous vise à vous aider à réfléchir aux documents ou aux renseignements dont vous disposez et qui pourraient étayer votre demande. Étant donné le temps qui s'est écoulé depuis votre admission dans un hôpital fédéral indien, il se peut que vous n'ayez aucun document en votre possession. Ne laissez pas cela vous dissuader de présenter une demande d'indemnisation, car la soumission de documents est facultative.

#### Documents (si disponibles)

Veuillez joindre une copie de tout document susceptible d'appuyer votre demande.

#### Exemples de documents susceptibles d'appuyer votre demande :

- **Confirmation d'admission à l'hôpital** : documents confirmant votre admission à l'hôpital (p. ex., dossiers médicaux comportant des dates de visite, traitements, notes du médecin).
- **Dossiers médicaux ou sommaires de congé** : dossiers médicaux ou sommaires de congé.
- **Confirmation de rendez-vous** : lettres de confirmation de rendez-vous ou autres documents indiquant vos rendez-vous à l'hôpital ou chez le médecin.
- **Autre** : tout autre document à l'appui de votre demande, mais qui ne correspond pas aux catégories précédentes.



**N'envoyez pas de documents originaux; veuillez n'envoyer que des copies (photocopie, numérisation, télécopie ou photo).** Veuillez inscrire clairement le prénom et le nom de famille du demandeur ainsi que sa date de naissance (tels qu'ils figurent dans la partie 1A du présent formulaire) sur chaque page de chaque copie que vous joignez afin que tous les documents soient associés au bon formulaire de demande d'indemnisation. Assurez-vous que toutes les copies sont claires et faciles à lire.

## → PARTIE 2B | Admission à l'hôpital : actes de violence ou préjudices subis (obligatoire)

Utilisez cette section pour décrire les actes de violence ou les préjudices que vous avez subis pendant votre séjour dans un hôpital fédéral indien (voir la liste des hôpitaux dans la **partie 2** du présent formulaire de demande d'indemnisation). Pour que votre formulaire de demande d'indemnisation soit considéré comme complet, veuillez à fournir tous les renseignements requis pour le niveau sélectionné et à répondre à toutes les questions obligatoires.

### Important :

- N'incluez pas les actes de violence ou préjudices liés à un traitement médical.
- Veuillez noter que vous ne pouvez pas combiner ou choisir plusieurs niveaux. Ne sélectionnez qu'un seul niveau.
- Si plusieurs niveaux s'appliquent à votre expérience, sélectionnez le niveau le plus élevé.

### > Étape 1 : Choisissez un niveau qui correspond à votre expérience (obligatoire)

Veuillez lire attentivement la description des cinq niveaux d'actes de violence et de préjudices présentée à cette étape. Sélectionnez ensuite le niveau d'actes de violence et de préjudices le plus élevé qui correspond à votre expérience. Vous devrez fournir le niveau que vous avez sélectionné à l'étape 2.



**Important :** Une fois qu'un niveau est soumis avec votre formulaire de demande d'indemnisation, vous ne pouvez plus demander à ce que l'évaluation de votre dossier couvre un niveau supérieur.

#### Niveau 1 | Montant de l'indemnisation : 10 000 \$

- Commentaires à caractère sexuel ou provocation sexualisée; OU
- Actes de discipline ou de punition déraisonnables ou disproportionnés; OU
- Un ou plusieurs incidents de moquerie, de dénigrement (par exemple langage dénigrant ou abusif), ou d'humiliation (par exemple honte); OU
- Menaces de violence ou déclarations ou gestes intimidants; OU
- Un ou plusieurs incidents d'actes de violence, tels que :
  - Confinement déraisonnable sans rapport avec un traitement et des interventions médicales; OU
  - Être forcé de consommer de l'alcool et/ou des substances illégales, à l'exclusion de l'administration de médicaments nécessaires, y compris des stupéfiants.

#### Niveau 2 | Montant de l'indemnisation : 50 000 \$

- Un ou plusieurs incidents de :
  - Photographies prises du membre du groupe principal nu, sans but médical (comme pour un traitement médical ou des interventions, y compris des radiographies); OU
  - Personnes autre que des patients exposant leurs organes génitaux ou d'autres parties intimes à un membre du groupe principal; OU
  - Attouchements aux organes génitaux ou à d'autres parties intimes (directement ou à travers les vêtements), à l'exclusion des contacts à des fins médicales (par exemple avec un thermomètre, une stéthoscope ou un autre dispositif médical); OU
  - Caresses ou baisers; OU
  - Rapports sexuels simulés à travers les vêtements; OU
- Un ou plusieurs incidents d'agression physique causant :
  - Une déficience ou une défiguration mineure non permanente (par exemple perte de conscience, fractures, perte ou endommagement des dents, œil au beurre noir, ecchymose, abrasion, lacération, fracture) à l'exclusion des extractions de dents, ou des déficiences ou défigurations mineures résultant d'un traitement ou d'interventions médicales.



Nous reconnaissons qu'il peut être difficile de se remémorer ces expériences. Si vous avez besoin de soutien psychologique, n'hésitez pas à appeler la Ligne d'écoute d'espoir pour le mieux-être au **1-855-242-3310** ou à visiter le site [www.espoirpourlemieuxetre.ca](http://www.espoirpourlemieuxetre.ca).

## → PARTIE 2B | Admission à l'hôpital : actes de violence ou préjudices subis (obligatoire)

### Niveau 3 | Montant de l'indemnisation : 100 000 \$

- L'un des incidents suivants :
  - Masturbation; OU
  - Rapports oraux ou tentatives de rapports oraux; OU
  - Tentative de pénétration (y compris vaginale ou anale, pénétration digitale ou pénétration avec un objet) à l'exclusion d'une tentative de pénétration à des fins médicales (par exemple avec un thermomètre, une stéthoscope ou autre dispositif médical); OU
- Agressions physiques récurrentes (tendancielles ou répétitives) causant :
  - Une déficience ou une défiguration mineure non permanente (par exemple perte de conscience, fractures, perte ou endommagement des dents, œil au beurre noir, ecchymose, abrasion, lacération, fracture) à l'exclusion des extractions de dents, ou des déficiences ou déformations mineures résultant d'un traitement ou d'interventions médicales.

### Niveau 4 | Montant de l'indemnisation : 150 000 \$

- Un incident de pénétration (y compris vaginale ou anale, pénétration digitale ou pénétration avec un objet) à l'exclusion d'une pénétration à des fins médicales (par exemple avec un thermomètre, une stéthoscope ou autre dispositif médical); OU
- Deux incidents ou plus de :
  - Tentative de rapports oraux; OU
  - Tentative de pénétration (y compris vaginale ou anale, tentative de pénétration digitale ou tentative de pénétration avec un objet) à l'exclusion d'une tentative de pénétration à des fins médicales (par exemple avec un thermomètre, une stéthoscope ou autre dispositif médical); OU
- Une ou plusieurs agressions physiques causant une déficience mentale ou physique, une blessure ou une défiguration permanente ou à long terme.

### Niveau 5 | Montant de l'indemnisation : 200 000 \$

- Deux incidents ou plus de :
  - Masturbation; OU
  - Rapports oraux; OU
  - Pénétration (y compris vaginale ou anale, pénétration digitale ou pénétration avec un objet) à l'exclusion d'une pénétration à des fins médicales (par exemple avec un thermomètre, une stéthoscope ou autre dispositif médical); OU
- Toute grossesse résultant d'un incident d'agression sexuelle (y compris une grossesse interrompue par une fausse couche ou un avortement thérapeutique); OU
- Une ou plusieurs agressions physiques entraînant une perte permanente de mobilité ou des lésions cérébrales.

### > Étape 2 : Confirmez par écrit le niveau que vous avez sélectionné parmi les options ci-dessus (niveaux 1, 2, 3, 4 ou 5) (obligatoire)

Je choisis le niveau :



Nous reconnaissons qu'il peut être difficile de se remémorer ces expériences. Si vous avez besoin de soutien psychologique, n'hésitez pas à appeler la Ligne d'écoute d'espoir pour le mieux-être au **1-855-242-3310** ou à visiter le site [www.espoirpourelmieuxetre.ca](http://www.espoirpourelmieuxetre.ca).

## → PARTIE 2B | Admission à l'hôpital : actes de violence ou préjudices subis (obligatoire)

### > Étape 3 : Déclaration relative à l'âge et au consentement (obligatoire, le cas échéant)

Nous reconnaissons qu'il peut être difficile de se remémorer ces expériences. Si vous affirmez avoir été victime d'actes de violence sexuels et que vous aviez plus de 18 ans au moment des faits, cette étape est nécessaire pour déterminer votre admissibilité aux termes de l'entente de règlement.

- Veuillez indiquer un « X » dans cette case si vous aviez plus de 18 ans au moment des faits et qu'il s'agissait d'actes de nature sexuelle indésirables ou pour lesquels vous n'avez pas donné votre consentement.

### > Étape 4 : Fournissez des renseignements détaillés sur votre expérience (obligatoire)

- **Important :** Veuillez lire attentivement les instructions ci-dessous.

Dans cette section, vous répondrez à une série de questions afin de décrire les actes de violence et les préjudices précis que vous avez subis pendant votre séjour dans un hôpital fédéral indien. Ces renseignements sont nécessaires pour que l'administrateur des réclamations puisse évaluer votre admissibilité à recevoir l'indemnisation liée au niveau d'acte de violence ou de préjudice que vous avez indiqué ci-dessus, ou pour faire la lumière sur votre expérience afin que l'administrateur des réclamations puisse ajuster votre indemnisation en conséquence.

#### Instructions

1. Dans les pages suivantes, vous avez de l'espace pour décrire les actes de violence ou les préjudices que vous avez subis dans l'un des **33 hôpitaux fédéraux indiens**. Dans le présent formulaire de demande d'indemnisation, vous pouvez documenter jusqu'à trois actes de violence ou préjudices distincts que vous avez subis dans les hôpitaux fédéraux indiens. Tout autre acte de violence ou préjudice subi doit être consigné dans l'**Annexe B**.
2. Veuillez répondre aux six questions relatives à chaque acte de violence ou préjudice au mieux de vos capacités.
3. Notez tout ce dont vous vous souvenez sur chaque acte de violence ou préjudice que vous avez subi. Plus vous nous donnez de détails, mieux nous pourrions évaluer votre demande.
4. Veuillez vous concentrer sur les actes de violence ou préjudices que vous avez subis pendant votre séjour dans un hôpital fédéral indien.



Nous reconnaissons qu'il peut être difficile de se remémorer ces expériences. Si vous avez besoin de soutien psychologique, n'hésitez pas à appeler la Ligne d'écoute d'espoir pour le mieux-être au **1-855-242-3310** ou à visiter le site [www.espoirpourlemieuxetre.ca](http://www.espoirpourlemieuxetre.ca).

## → PARTIE 2B | Admission à l'hôpital : actes de violence ou préjudices subis (obligatoire)

### Acte de violence ou préjudice n° 1

- 1. Quel a été l'acte de violence ou le préjudice que vous avez subi lors de votre séjour dans un hôpital fédéral indien? Fournissez une brève description.**

- 2. Quel était le nom de l'hôpital fédéral indien où vous avez subi cet acte de violence ou ce préjudice? Si vous ne connaissez pas le nom, veuillez fournir la meilleure description possible du lieu.**

- 3. Qui a commis l'acte de violence ou le préjudice? En cas d'incertitude, fournissez la meilleure description possible (exemples : un médecin, une infirmière, un autre patient ou un visiteur).**

- 4. Au mieux de vos souvenirs, quand l'acte de violence ou le préjudice a-t-il eu lieu? En cas d'incertitude, vous pouvez indiquer l'âge que vous aviez lorsque l'acte de violence ou le préjudice a eu lieu (exemple : « j'avais 16 ans »). Vous pouvez également fournir votre meilleure estimation sous forme de fourchette (exemples : « entre 1971 et 1973 » ou « quand j'avais entre 23 et 27 ans »).**

- 5. Combien de fois avez-vous subi l'acte de violence ou le préjudice? En cas d'incertitude, vous pouvez fournir une fourchette (exemple : « 4 ou 5 fois »). Vous pouvez également donner une réponse vague (exemples : « à maintes reprises » ou « plus de deux fois »).**

- 6. Veuillez décrire l'incidence que cet acte de violence ou ce préjudice a eue sur vous. Les conséquences d'un acte de violence physique ou sexuelle peuvent être multiples : yeux tuméfiés, ecchymoses, coupures, perte de connaissance, fractures, dents cassées, cicatrices, grossesse, complications liées à une grossesse ou à un accouchement, incapacité, blessure ou déficience physique permanente ou à long terme, déficience intellectuelle, blessure psychologique ou incapacité mentale permanente ou à long terme (exemples : dépression, anxiété ou trouble de stress post-traumatique), perte de mobilité permanente ou lésions cérébrales.**



Nous reconnaissons qu'il peut être difficile de se remémorer ces expériences. Si vous avez besoin de soutien psychologique, n'hésitez pas à appeler la Ligne d'écoute d'espoir pour le mieux-être au **1-855-242-3310** ou à visiter le site [www.espoirpourlemieuxetre.ca](http://www.espoirpourlemieuxetre.ca).

## → PARTIE 2B | Admission à l'hôpital : actes de violence ou préjudices subis (obligatoire)

### Acte de violence ou préjudice n° 2

- 1. Quel a été l'acte de violence ou le préjudice que vous avez subi lors de votre séjour dans un hôpital fédéral indien? Fournissez une brève description.**

- 2. Quel était le nom de l'hôpital fédéral indien où vous avez subi cet acte de violence ou ce préjudice? Si vous ne connaissez pas le nom, veuillez fournir la meilleure description possible du lieu.**

- 3. Qui a commis l'acte de violence ou le préjudice? En cas d'incertitude, fournissez la meilleure description possible (exemples : un médecin, une infirmière, un autre patient ou un visiteur).**

- 4. Au mieux de vos souvenirs, quand l'acte de violence ou le préjudice a-t-il eu lieu? En cas d'incertitude, vous pouvez indiquer l'âge que vous aviez lorsque l'acte de violence ou le préjudice a eu lieu (exemple : « j'avais 16 ans »). Vous pouvez également fournir votre meilleure estimation sous forme de fourchette (exemples : « entre 1971 et 1973 » ou « quand j'avais entre 23 et 27 ans »).**

- 5. Combien de fois avez-vous subi l'acte de violence ou le préjudice? En cas d'incertitude, vous pouvez fournir une fourchette (exemple : « 4 ou 5 fois »). Vous pouvez également donner une réponse vague (exemples : « à maintes reprises » ou « plus de deux fois »).**

- 6. Veuillez décrire l'incidence que cet acte de violence ou ce préjudice a eue sur vous. Les conséquences d'un acte de violence physique ou sexuelle peuvent être multiples : yeux tuméfiés, ecchymoses, coupures, perte de connaissance, fractures, dents cassées, cicatrices, grossesse, complications liées à une grossesse ou à un accouchement, incapacité, blessure ou déficience physique permanente ou à long terme, déficience intellectuelle, blessure psychologique ou incapacité mentale permanente ou à long terme (exemples : dépression, anxiété ou trouble de stress post-traumatique), perte de mobilité permanente ou lésions cérébrales.**



Nous reconnaissons qu'il peut être difficile de se remémorer ces expériences. Si vous avez besoin de soutien psychologique, n'hésitez pas à appeler la Ligne d'écoute d'espoir pour le mieux-être au **1-855-242-3310** ou à visiter le site [www.espoirpourelmieuxetre.ca](http://www.espoirpourelmieuxetre.ca).

→ **PARTIE 2B** | Admission à l'hôpital : actes de violence ou préjudices subis (obligatoire)

**Acte de violence ou préjudice n° 3**

**1. Quel a été l'acte de violence ou le préjudice que vous avez subi lors de votre séjour dans un hôpital fédéral indien? Fournissez une brève description.**

**2. Quel était le nom de l'hôpital fédéral indien où vous avez subi cet acte de violence ou ce préjudice? Si vous ne connaissez pas le nom, veuillez fournir la meilleure description possible du lieu.**

**3. Qui a commis l'acte de violence ou le préjudice? En cas d'incertitude, fournissez la meilleure description possible (exemples : un médecin, une infirmière, un autre patient ou un visiteur).**

**4. Au mieux de vos souvenirs, quand l'acte de violence ou le préjudice a-t-il eu lieu? En cas d'incertitude, vous pouvez indiquer l'âge que vous aviez lorsque l'acte de violence ou le préjudice a eu lieu (exemple : « j'avais 16 ans »). Vous pouvez également fournir votre meilleure estimation sous forme de fourchette (exemples : « entre 1971 et 1973 » ou « quand j'avais entre 23 et 27 ans »).**

**5. Combien de fois avez-vous subi l'acte de violence ou le préjudice? En cas d'incertitude, vous pouvez fournir une fourchette (exemple : « 4 ou 5 fois »). Vous pouvez également donner une réponse vague (exemples : « à maintes reprises » ou « plus de deux fois »).**

**6. Veuillez décrire l'incidence que cet acte de violence ou ce préjudice a eue sur vous. Les conséquences d'un acte de violence physique ou sexuelle peuvent être multiples : yeux tuméfiés, ecchymoses, coupures, perte de connaissance, fractures, dents cassées, cicatrices, grossesse, complications liées à une grossesse ou à un accouchement, incapacité, blessure ou déficience physique permanente ou à long terme, déficience intellectuelle, blessure psychologique ou incapacité mentale permanente ou à long terme (exemples : dépression, anxiété ou trouble de stress post-traumatique), perte de mobilité permanente ou lésions cérébrales.**



Nous reconnaissons qu'il peut être difficile de se remémorer ces expériences. Si vous avez besoin de soutien psychologique, n'hésitez pas à appeler la Ligne d'écoute d'espoir pour le mieux-être au **1-855-242-3310** ou à visiter le site [www.espoirpourelmieuxetre.ca](http://www.espoirpourelmieuxetre.ca).





## PARTIE 3 | Renseignements sur le paiement (obligatoire)

Si votre demande d'indemnisation est approuvée, le paiement sera effectué par dépôt direct ou par chèque. Les paiements ne seront versés qu'après l'approbation de votre demande d'indemnisation par l'administrateur des réclamations.

- **Important :** Si vous déménagez après avoir soumis le présent formulaire, communiquez avec l'administrateur des réclamations pour mettre à jour votre adresse.

### > Option 1 : Dépôt direct

- Veuillez sélectionner cette option si vous souhaitez recevoir l'indemnisation par dépôt direct.

#### Information relative au compte bancaire

Numéro de transit

Numéro de l'institution

Numéro de compte (7 à 12 chiffres)

VOTRE NOM		001
123 VOTRE RUE VOTREVILLE, ONTARIO R3B 1E7		DATE _____
PAYEZ À L'ORDRE DE _____		\$ <input type="text"/>
<b>■ VotreBanque</b> 123 LEUR RUE LEURVILLE, ONTARIO, M4N 5G6		/100 DOLLARS
POUR _____		
⑆ 00 01 ⑆ ⑆ 2 3 4 5 ⑆ ⑆ 2 3 4 5 6 7 ⑆		
Numéro de Transit	Numéro de l'Institution	Numéro de Compte

**ANNULÉ**

**Pour recevoir l'indemnisation par dépôt direct, vous devez satisfaire aux exigences énumérées à droite.**

Un chèque d'indemnisation vous sera envoyé par la poste si l'une des informations est manquante ou erronée, ou si la banque n'accepte pas votre dépôt direct.

1. Vous avez joint au présent formulaire un chèque annulé ou un formulaire de dépôt direct pour que nous sachions où envoyer le paiement.
2. Le compte bancaire est au nom de la personne qui recevra l'indemnisation. Le compte bancaire doit être au nom du demandeur ou, le cas échéant, de la succession du demandeur décédé.
3. Le compte bancaire est avec une institution financière canadienne et en devise canadienne.
4. Les renseignements bancaires fournis sont exacts. Une fois le paiement déposé, nous ne pouvons pas le récupérer ni effectuer de paiements de remplacement. Par exemple, si vous fournissez les renseignements bancaires d'un membre de votre famille plutôt que les vôtres, nous ne pourrions pas récupérer ce paiement pour vous.

OU

### > Option 2 : Chèque

- Veuillez sélectionner cette option si vous souhaitez recevoir l'indemnisation par chèque.



**Remarque :** Si vous êtes un représentant successoral, vous recevrez l'indemnisation à laquelle le demandeur décédé aurait eu droit. Si vous ouvrez un compte bancaire pour la succession, le paiement peut être déposé directement dans ce compte. Si le paiement est effectué par chèque, celui-ci sera libellé à l'ordre de la succession du demandeur décédé.

**Remarque :** Les paiements émis pour un demandeur qui est une personne frappée d'incapacité ou qui est représenté par un représentant personnel seront versés au demandeur, à l'attention du représentant personnel ou de la procuration. Un compte bancaire doit être ouvert au nom du demandeur pour qu'une indemnisation soit versée, sauf indication contraire dans l'ordonnance de nomination applicable.

FIN DU FORMULAIRE DE DEMANDE D'INDEMNISATION

Nom complet du demandeur (obligatoire) :

Date de naissance du demandeur (obligatoire) (JJ/MM/AAAA) :

 /  / 

## → ANNEXE A | Admission(s) supplémentaire(s) dans un hôpital fédéral indien

La présente annexe doit être remplie si vous avez subi des actes de violence ou des préjudices lors de plusieurs séjours dans un hôpital fédéral indien. Autrement dit, si vous avez été admis plus d'une fois dans le même hôpital et y avez subi des actes de violence ou des préjudices chaque fois, ou si vous avez fréquenté plus d'un hôpital fédéral indien et y avez subi des actes de violence ou des préjudices chaque fois.

**Important :**

- Vous n'avez pas à consigner chaque admission dans chaque hôpital fédéral indien que vous avez fréquenté. Vous ne devez indiquer que les séjours pendant lesquels vous avez subi des actes de violence ou des préjudices.
- N'oubliez pas d'inscrire le nom de l'hôpital et les dates d'admission afin que nous sachions à quelle hospitalisation vos réponses s'appliquent.
- Si vous avez subi des actes de violence ou des préjudices dans plus d'un hôpital supplémentaire, veuillez inclure des pages additionnelles intitulées « Hôpital supplémentaire no 2 », « Hôpital supplémentaire no 3 » (et ainsi de suite), et indiquez-y vos réponses aux questions 1 à 12.
- Pour chaque admission dans un hôpital fédéral indien, répondez aux questions du mieux que vous pouvez. Les exemples de réponses ne sont donnés qu'à titre indicatif pour vous aider.
- Veuillez fournir tous les documents pertinents en votre possession relatifs à votre admission dans un hôpital fédéral indien. Étant donné le temps qui s'est écoulé depuis votre admission dans un hôpital fédéral indien, il se peut que vous n'avez aucun document en votre possession. Ne laissez pas cela vous dissuader de présenter une demande d'indemnisation, car la soumission de documents est facultative.

### Hôpital supplémentaire

**Renseignements sur votre admission (obligatoire)**

Pour chaque admission dans un hôpital fédéral indien, répondez aux questions suivantes du mieux que vous pouvez. Veuillez fournir le maximum d'informations que vous êtes à l'aise de communiquer. *Les exemples de réponses ne sont donnés qu'à titre indicatif pour vous aider.*

1. Province ou territoire. Exemple : Alberta.

2. Quel est le nom de l'hôpital où vous avez été admis? Exemple : Hôpital Charles Camshell.

3. Mois (MM) / année (AAAA) où le séjour a commencé. Exemple : 03/1965.

 / 

4. Mois (MM) / année (AAAA) où le séjour s'est terminé. Exemple : 06/1965.

 / 

5. Quelle a été la durée de votre séjour à l'hôpital? Exemple : 3 mois.

6. Quelle était la raison de votre admission? Exemple : traitement de la tuberculose.



Nom complet du demandeur (obligatoire) :

Date de naissance du demandeur (obligatoire) (JJ/MM/AAAA) :

 /  / 

## → ANNEXE B | Renseignements supplémentaires relatifs à votre expérience dans un hôpital fédéral indien

Tout autre acte de violence ou préjudice subi dans un hôpital fédéral indien et documenté dans le présent formulaire de demande d'indemnisation peut être décrit ci-dessous. Veuillez à répondre aux six questions relatives à l'acte de violence ou au préjudice. Si vous manquez d'espace, veuillez inclure des pages additionnelles intitulées « Acte de violence/préjudice no 5 », « Acte de violence/préjudice no 6 » (et ainsi de suite), et indiquez-y vos réponses aux questions 1 à 6.

### Acte de violence ou préjudice supplémentaire

**1. Quel a été l'acte de violence ou le préjudice que vous avez subi lors de votre séjour dans un hôpital fédéral indien? Fournissez une brève description.**

**2. Quel était le nom de l'hôpital fédéral indien où vous avez subi cet acte de violence ou ce préjudice? Si vous ne connaissez pas le nom, veuillez fournir la meilleure description possible du lieu.**

**3. Qui a commis l'acte de violence ou le préjudice? En cas d'incertitude, fournissez la meilleure description possible (exemples : un médecin, une infirmière, un autre patient ou un visiteur).**

**4. Au mieux de vos souvenirs, quand l'acte de violence ou le préjudice a-t-il eu lieu? En cas d'incertitude, vous pouvez indiquer l'âge que vous aviez lorsque l'acte de violence ou le préjudice a eu lieu (exemple : « j'avais 16 ans »). Vous pouvez également fournir votre meilleure estimation sous forme de fourchette (exemples : « entre 1971 et 1973 » ou « quand j'avais entre 23 et 27 ans »).**

**5. Combien de fois avez-vous subi l'acte de violence ou le préjudice? En cas d'incertitude, vous pouvez fournir une fourchette (exemple : « 4 ou 5 fois »). Vous pouvez également donner une réponse vague (exemples : « à maintes reprises » ou « plus de deux fois »).**

**6. Veuillez décrire l'incidence que cet acte de violence ou ce préjudice a eue sur vous. Les conséquences d'un acte de violence physique ou sexuelle peuvent être multiples : yeux tuméfiés, ecchymoses, coupures, perte de connaissance, fractures, dents cassées, cicatrices, grossesse, complications liées à une grossesse ou à un accouchement, incapacité, blessure ou déficience physique permanente ou à long terme, déficience intellectuelle, blessure psychologique ou incapacité mentale permanente ou à long terme (exemples : dépression, anxiété ou trouble de stress post-traumatique), perte de mobilité permanente ou lésions cérébrales.**

Nom complet du demandeur (obligatoire) :

Date de naissance du demandeur (obligatoire) (JJ/MM/AAAA) :

 /  / 

## ANNEXE C | Représentant successoral d'un demandeur décédé (avec ou sans délégation de pouvoir)

L'Annexe C doit être remplie si le demandeur est décédé le 25 janvier 2016 ou après cette date. Veuillez vous reporter au [protocole sur les successions](#) pour obtenir de plus amples renseignements sur le traitement des demandes d'indemnisation successorales.

Un représentant successoral nommé dans le cadre d'une délégation de pouvoir (par exemple, un testament ou une ordonnance de tribunal valide) peut soumettre un formulaire de demande d'indemnisation. En l'absence d'une délégation de pouvoir, un héritier du demandeur peut soumettre le formulaire de demande d'indemnisation.

### Remarque :

- Si vous êtes le représentant successoral (avec ou sans délégation de pouvoir), indiquez vos coordonnées ci-dessous.
- Si vous êtes le représentant successoral nouvellement désigné (avec ou sans délégation de pouvoir) d'un demandeur décédé qui a déjà soumis un formulaire de demande d'indemnisation, veuillez communiquer avec l'administrateur des réclamations au [1-888-592-9101](tel:1-888-592-9101), ou consultez la foire aux questions en ligne à l'adresse [www.ihsettlement.ca/fr/faq](http://www.ihsettlement.ca/fr/faq).
- **Important :** Pour apporter des changements à vos coordonnées (par exemple, votre adresse postale, courriel ou numéro de téléphone), veuillez communiquer avec l'administrateur des réclamations au [1-888-592-9101](tel:1-888-592-9101).

### Votre nom (obligatoire)

Votre nom doit correspondre à celui indiqué sur votre pièce d'identité gouvernementale.

Prénom :

Deuxième prénom  
(le cas échéant) :

Nom de famille :

### Pièce d'identité (obligatoire)



**Veillez joindre** à votre demande une copie de votre pièce d'identité émise par le gouvernement fédéral ou provincial.

### Exemples de pièces d'identité acceptées :

- Certificat du statut d'Indien (carte de statut)
- Carte de bénéficiaire inuit
- Carte de citoyenneté métisse
- Certificat de naissance
- Passeport
- Permis de conduire
- Carte provinciale/territoriale avec photo

### Votre employeur/organisation (le cas échéant)



**N'envoyez pas de documents originaux; veuillez n'envoyer que des copies (photocopie, numérisation, télécopie ou photo).** Veuillez inscrire clairement le prénom et le nom de famille du demandeur ainsi que sa date de naissance (tels qu'ils figurent dans la **partie 1A** du présent formulaire) sur chaque page de chaque copie que vous joignez afin que tous les documents soient associés au bon formulaire de demande d'indemnisation. Assurez-vous que toutes les copies sont claires et faciles à lire.

Nom complet du demandeur (obligatoire) :

Date de naissance du demandeur (obligatoire) (JJ/MM/AAAA) :

 /  / **ANNEXE C** | Représentant successoral d'un demandeur décédé  
(avec ou sans délégation de pouvoir)**Votre adresse postale (obligatoire)**

Numéro d'immeuble

Nom de rue

Appartement

Case postale (le cas échéant)

Ville / communauté

Code postal

Province / territoire

Pays

Nom du « a/s de » (le cas échéant)

Si votre adresse postale est un établissement (comme un établissement correctionnel ou médical) ou un lieu public (comme un hôtel ou un centre d'amitié), ou si vous séjournez chez un ami ou un membre de votre famille, veuillez inclure son nom.

**Votre adresse courriel (s'il y a lieu) :****Votre numéro de téléphone (recommandé) :**

Poste

Veuillez indiquer le type de numéro de téléphone que vous avez fourni :

Domicile

Cellulaire

Bureau

Autre :



**N'envoyez pas de documents originaux; veuillez n'envoyer que des copies (photocopie, numérisation, télécopie ou photo).** Veuillez inscrire clairement le prénom et le nom de famille du demandeur ainsi que sa date de naissance (tels qu'ils figurent dans la partie 1A du présent formulaire) sur chaque page de chaque copie que vous joignez afin que tous les documents soient associés au bon formulaire de demande d'indemnisation. Assurez-vous que toutes les copies sont claires et faciles à lire.

Nom complet du demandeur (obligatoire) :

Date de naissance du demandeur (obligatoire) (JJ/MM/AAAA) :

 /  / **ANNEXE C | Représentant successoral d'un demandeur décédé  
(avec ou sans délégation de pouvoir)****Documentation justificative (obligatoire)**

Veillez sélectionner la catégorie qui vous concerne et fournir des copies des documents requis, accompagnées de votre formulaire de demande et du certificat de décès du demandeur, comme preuve de votre autorité à agir en tant que représentant de la succession.

Cochez la case de la catégorie qui s'applique		Documents requis
<input type="checkbox"/> <b>Délégation de pouvoir</b> (toutes les provinces et tous les territoires à l'exception du Québec)	<p><b>Testament</b> : vous êtes désigné comme représentant successoral dans un testament valide aux termes de la législation fédérale, provinciale ou territoriale applicable.</p> <p><b>Autre délégation de pouvoir</b> : vous avez été officiellement nommé exécuteur testamentaire ou administrateur de la succession par un tribunal ou une autorité gouvernementale.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Certificat de décès; ET</li> <li>- Testament signé par le défunt et au moins deux témoins; OU</li> <li>- Testament olographe, rédigé et signé <u>uniquement</u> par le testateur (non valable en Colombie-Britannique et à l'Île-du-Prince-Édouard).</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Certificat de décès; ET</li> <li>- Lettre d'homologation; OU</li> <li>- Nomination à titre de fiduciaire; OU</li> <li>- Autre document officiel de délégation de pouvoir (p. ex., lettres d'administration d'AANC, de SAC ou de RCAANC).</li> </ul>
<input checked="" type="checkbox"/>	<p><b>Testament</b> : vous êtes désigné comme liquidateur dans un testament valide.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Certificat de décès; ET</li> <li>- Testament notarié; OU</li> <li>- Testament olographe ou devant témoins accompagné du jugement d'homologation.</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>Délégation de pouvoir</b> (Québec)	<p><b>Nomination à titre de liquidateur</b> : vous êtes désigné comme liquidateur par les héritiers pour administrer la succession.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Certificat de décès; ET</li> <li>- Nomination à titre de liquidateur; ET</li> <li>- Certificat de recherche testamentaire de <b>la Chambre des notaires du Québec et du Barreau du Québec</b>; ET</li> <li>- Formulaire <b>LM-14</b> ou <b>LM-14.1</b> de Revenu Québec; ET</li> <li>- Formulaire <b>MR-14.A</b> de Revenu Québec.</li> </ul>
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Héritier</b> (uniquement si AUCUN des éléments ci-dessus ne s'applique, c.-à-d. en l'absence d'une délégation de pouvoir, un héritier peut soumettre un formulaire de demande d'indemnisation)	<p><b>Héritier</b> : le défunt n'avait pas de testament valide, et aucun pouvoir n'a été octroyé par un tribunal ou un gouvernement. Vous êtes un héritier (p. ex., époux, conjoint de fait, enfant, petit-enfant, parent, frère ou soeur, grand-parent).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Certificat de décès; ET</li> <li>- Document(s) prouvant votre relation avec le défunt (p. ex., certificat de naissance détaillé, certificat de mariage).</li> <li>- <b>Remarque</b> : Pour les « Indiens », au sens de la Loi sur les Indiens, qui vivaient dans une réserve, la Loi sur les Indiens s'applique dans toutes les provinces et tous les territoires, y compris le Québec, en cas de succession non testamentaire.</li> </ul>

Nom complet du demandeur (obligatoire) :

Date de naissance du demandeur (obligatoire) (JJ/MM/AAAA) :

 /  / **ANNEXE C | Représentant successoral d'un demandeur décédé  
(avec ou sans délégation de pouvoir)****Demande d'indemnisation pour un héritier seulement**

**Important :** Ne remplissez le reste de la présente annexe (C) que si vous soumettez une demande en tant qu'héritier au niveau de priorité le plus élevé. Ne remplissez le reste de cette section que si le demandeur est décédé et qu'un administrateur, un exécuteur testamentaire, un fiduciaire ou un liquidateur n'a pas été nommé pour sa succession. Le niveau de priorité des héritiers est déterminé par l'identification de l'héritier vivant au niveau de priorité le plus élevé selon la liste de l'étape 2 à la page suivante.

**> Étape 1 : Veuillez indiquer un « X » dans cette case si l'affirmation est vraie (obligatoire)**

- À votre connaissance, aucune délégation de pouvoir n'est en place (comme un testament ou une lettre d'administration de Services aux Autochtones Canada). Le défunt n'a pas laissé de testament et aucun exécuteur testamentaire, administrateur, liquidateur ou fiduciaire n'a été désigné par un tribunal, le gouvernement du Canada, un gouvernement provincial/territorial ou une législation provinciale/territoriale. Tous les efforts raisonnables ont été déployés pour trouver un testament ou une autre attestation de délégation de pouvoir.

**> Étape 2a : Définissez votre relation avec le demandeur décédé (obligatoire)**

Le niveau de priorité des héritiers est déterminé par l'identification de l'héritier vivant au niveau de priorité le plus élevé selon la liste ci-dessous.

**Ne sélectionnez qu'une seule catégorie de relation**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> <b>Conjoint survivant</b> (légalement marié ou en union de fait) au moment du décès du demandeur | 3. <input type="checkbox"/> <b>Petit-enfant</b><br>(ou son tuteur légal)                | 4. <input type="checkbox"/> <b>Parent</b> |
| 2. <input type="checkbox"/> <b>Enfant</b><br>(ou son tuteur légal)   | 6. <input type="checkbox"/> <b>Enfant d'un frère ou d'une soeur</b><br>(neveu ou nièce) | 7. <input type="checkbox"/> <b>Autre</b>  |
| 5. <input type="checkbox"/> <b>Frère ou soeur</b>  |   |   |

**> Étape 2b : Veuillez indiquer un « X » dans cette case si l'affirmation est vraie (obligatoire)**

- Je déclare qu'à ma connaissance, aucun membre vivant de la famille ne constitue un héritier demandeur ayant un niveau de priorité supérieur au mien.



**N'envoyez pas de documents originaux; veuillez n'envoyer que des copies (photocopie, numérisation, télécopie ou photo).** Veuillez inscrire clairement le prénom et le nom de famille du demandeur ainsi que sa date de naissance (tels qu'ils figurent dans la partie 1A du présent formulaire) sur chaque page de chaque copie que vous joignez afin que tous les documents soient associés au bon formulaire de demande d'indemnisation. Assurez-vous que toutes les copies sont claires et faciles à lire.

Nom complet du demandeur (obligatoire) :

Date de naissance du demandeur (obligatoire) (JJ/MM/AAAA) :

 /  / **ANNEXE C** | Représentant successoral d'un demandeur décédé  
(avec ou sans délégation de pouvoir)**Demande d'indemnisation pour un héritier seulement****> Étape 2c : Consentement écrit d'autres héritiers ayant un niveau de priorité plus élevé (le cas échéant)****Documents (le cas échéant)**

- Veillez joindre** une copie du consentement écrit de tout héritier ayant un niveau de priorité plus élevé qui ne présente pas de demande.

Si un ou plusieurs membres vivants de la famille constituent des héritiers ayant un niveau de priorité plus élevé, veuillez fournir le consentement écrit de ces héritiers non demandeurs.

**> Étape 3 : Veuillez fournir une preuve de votre relation avec le demandeur décédé (si disponible); si aucune preuve n'est disponible, veuillez fournir une attestation ou une déclaration sous serment (obligatoire)****Documents (si disponibles)**

- Veillez joindre** une copie de tout document susceptible de confirmer votre relation avec le défunt. Ne soumettez pas de documents tels que des photos de famille, des lettres ou des documents non officiels.

**Exemples de documents :**

- **Mariage** : attestation de la célébration ou certificat de mariage
- **Relation parent-enfant** : certificat de naissance de l'enfant
- **Parent et enfant légalement adopté** : ordonnance d'adoption
- **Autre** (décrire) :

- **Attestation ou déclaration sous serment**

- **Important** : Les demandes d'indemnisation d'héritiers ne seront traitées qu'à la fin de la période de réclamation. L'administrateur des réclamations communiquera avec vous ultérieurement pour obtenir de plus amples renseignements. Nous pouvons divulguer l'identité d'héritiers concurrents l'un à l'autre, s'il y a lieu.



**N'envoyez pas de documents originaux; veuillez n'envoyer que des copies (photocopie, numérisation, télécopie ou photo).** Veuillez inscrire clairement le prénom et le nom de famille du demandeur ainsi que sa date de naissance (tels qu'ils figurent dans la partie 1A du présent formulaire) sur chaque page de chaque copie que vous joignez afin que tous les documents soient associés au bon formulaire de demande d'indemnisation. Assurez-vous que toutes les copies sont claires et faciles à lire.

Nom complet du demandeur (obligatoire) :

Date de naissance du demandeur (obligatoire) (JJ/MM/AAAA) :

 /  / **ANNEXE C** | Représentant successoral d'un demandeur décédé  
(avec ou sans délégation de pouvoir)**Demande d'indemnisation pour un héritier seulement****Déclaration sous serment**

Vous devez remplir la déclaration sous serment suivante seulement si vous êtes un héritier et que vous ne possédez pas de documents permettant de prouver votre relation avec le défunt (p. ex., certificat de mariage, certificat de naissance, etc.).

Une déclaration sous serment est une déclaration signée par le demandeur et l'un des garants suivants (avec titres) :

- Notaire public ou commissaire à l'assermentation, y compris un secrétaire-trésorier des villages nordiques
- Représentant élu ou leader de communauté (p. ex., chef, conseiller, leader de communauté inuite)
- Autre professionnel (p. ex., avocat, médecin, comptable (CPA), policier)

**Déclaration sous serment de l'héritier :**

Je déclare que les renseignements que j'ai fournis concernant ma relation avec le défunt sont, à ma connaissance, exacts.

SIGNER

Prénom de l'héritier (en caractères d'imprimerie)

Nom de famille de l'héritier (en caractères d'imprimerie)

Signature de l'héritier (obligatoire)

Jour (JJ)

Mois (MM)

Année (AAAA)

La déclaration ci-dessus doit être attestée par un garant (virtuellement ou en personne), conformément aux exigences provinciales ou territoriales applicables. Le garant a seulement besoin de voir le demandeur signer la page. En tant que garant, vous n'êtes pas tenu de lire le formulaire de demande d'indemnisation ni de vérifier l'exactitude des événements décrits dans ce formulaire. **Le garant doit remplir tous les champs ci-dessous.**

Prénom du garant

Nom de famille du garant

Titre du garant

Fonction du garant

Employeur / organisation du garant

Numéro d'immeuble

Nom de rue

Appartement

Ville / communauté

Code postal

Province / territoire

Pays

Numéro de téléphone

Adresse courriel (s'il y a lieu)

SIGNER

Signature du garant (obligatoire)

Jour (JJ)

Mois (MM)

Année (AAAA)

Nom complet du demandeur (obligatoire) :

Date de naissance du demandeur (obligatoire) (JJ/MM/AAAA) :

 /  / 

## ANNEXE D | Représentant personnel d'un demandeur qui est une personne frappée d'incapacité

Ne remplissez cette section que si vous êtes le représentant personnel\* d'un demandeur qui est une personne frappée d'incapacité\*. Si vous présentez une demande pour un demandeur décédé, remplissez plutôt l'Annexe C.

- **Remarque :** Si vous êtes le représentant nouvellement désigné d'un demandeur qui est une personne frappée d'incapacité ayant déjà soumis un formulaire de demande d'indemnisation, veuillez communiquer avec l'administrateur des réclamations au **1-888-592-9101**, ou consultez la foire aux questions en ligne à l'adresse [www.ihsettlement.ca/fr/faq](http://www.ihsettlement.ca/fr/faq).
- **Important :** Pour apporter des changements à vos coordonnées (par exemple, votre adresse postale, courriel ou numéro de téléphone), veuillez communiquer avec l'administrateur des réclamations au **1-888-592-9101**.

\* Selon les définitions établies dans la foire aux questions.

### Votre nom (obligatoire)

Votre nom doit correspondre à celui indiqué sur votre pièce d'identité gouvernementale.

Prénom :

Deuxième prénom  
(le cas échéant) :

Nom de famille :

### Pièce d'identité (obligatoire)



**Veillez joindre** à votre demande une copie de votre pièce d'identité émise par le gouvernement fédéral ou provincial.

### Exemples de pièces d'identité acceptées :

- Certificat du statut d'Indien (carte de statut)
- Carte de bénéficiaire inuit
- Carte de citoyenneté métisse
- Certificat de naissance
- Passeport
- Permis de conduire
- Carte provinciale/territoriale avec photo

### Votre employeur/organisation (le cas échéant)



**N'envoyez pas de documents originaux; veuillez n'envoyer que des copies (photocopie, numérisation, télécopie ou photo).** Veuillez inscrire clairement le prénom et le nom de famille du demandeur ainsi que sa date de naissance (tels qu'ils figurent dans **la partie 1A** du présent formulaire) sur chaque page de chaque copie que vous joignez afin que tous les documents soient associés au bon formulaire de demande d'indemnisation. Assurez-vous que toutes les copies sont claires et faciles à lire.

Nom complet du demandeur (obligatoire) :

Date de naissance du demandeur (obligatoire) (JJ/MM/AAAA) :

 /  / **ANNEXE D** | Représentant personnel d'un demandeur qui est une personne frappée d'incapacité**Votre adresse postale (obligatoire)**

Numéro d'immeuble

Nom de rue

Appartement

Case postale (le cas échéant)

Ville / communauté

Code postal

Province / territoire

Pays

Nom du « a/s de » (le cas échéant)

Si votre adresse postale est un établissement (comme un établissement correctionnel ou médical) ou un lieu public (comme un hôtel ou un centre d'amitié), ou si vous séjournez chez un ami ou un membre de votre famille, veuillez inclure son nom.

**Votre adresse courriel (s'il y a lieu) :****Votre numéro de téléphone (recommandé) :**

Poste

Veuillez indiquer le type de numéro de téléphone que vous avez fourni :

Domicile

Cellulaire

Bureau

Autre :

Nom complet du demandeur (obligatoire) :

Date de naissance du demandeur (obligatoire) (JJ/MM/AAAA) :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

→ **ANNEXE D** | Représentant personnel d'un demandeur qui est une personne frappée d'incapacité

**Pièces justificatives (obligatoires)**

Veillez sélectionner la catégorie qui s'applique à vous en indiquant un « X » dans la case correspondante, et joignez au présent formulaire des copies du ou des documents requis afin de démontrer que vous êtes le représentant personnel ou le mandataire du demandeur.

Cochez la case de la catégorie qui s'applique	Documents requis
<input type="checkbox"/> <b>Représentant personnel</b>	Vous avez l'autorisation légale d'agir au nom du demandeur qui ne peut pas gérer ses propres affaires juridiques ou financières ou ses affaires personnelles en raison d'une incapacité.
<b>OU</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Procuration</b>	Vous avez l'autorisation légale de gérer les questions relatives aux finances et aux biens du demandeur.

- Ordonnance de nomination provinciale ou territoriale (y compris la nomination d'un tuteur et curateur public); OU
- Ordonnance de nomination fédérale (p. ex., administrateur des biens désigné par Services aux Autochtones Canada); OU
- Lettres de nomination pour les biens ou les finances; OU
- Ordonnance du tribunal désignant un représentant personnel.

- Document de procuration signé par le mandant avec deux témoins; ET
- Ordonnance judiciaire pertinente (si la procuration a été contestée ou clarifiée par un tribunal).



**N'envoyez pas de documents originaux; veuillez n'envoyer que des copies (photocopie, numérisation, télécopie ou photo).** Veuillez inscrire clairement le prénom et le nom de famille du demandeur ainsi que sa date de naissance (tels qu'ils figurent dans **la partie 1A** du présent formulaire) sur chaque page de chaque copie que vous joignez afin que tous les documents soient associés au bon formulaire de demande d'indemnisation. Assurez-vous que toutes les copies sont claires et faciles à lire.

Nom complet du demandeur (obligatoire) :

Date de naissance du demandeur (obligatoire) (JJ/MM/AAAA) :

 /  / **ANNEXE E | Conseiller juridique individuel**

À titre de conseiller juridique individuel, vous devez joindre la convention d'honoraires signée et datée par vous et le demandeur ou le représentant successoral/personnel qui soumet la demande au nom du demandeur. Pour obtenir de plus amples renseignements sur le traitement du paiement des frais juridiques, veuillez vous reporter au protocole pour le paiement des frais juridiques individuels.

Votre convention d'honoraires doit indiquer que les services juridiques fournis ont pour but d'aider le demandeur à déposer sa demande d'indemnisation aux termes de l'entente de règlement pour le recours collectif relatif aux hôpitaux fédéraux indiens.

**Important :**

- Le conseiller juridique individuel doit avoir soumis un mandat de représentation en justice valide conformément au protocole pour le paiement des frais juridiques individuels et doit être un avocat en exercice et en règle dans une province ou un territoire canadien.
- En cas de déménagement ou de changement d'adresse courriel ou de numéro de téléphone, veuillez fournir vos nouvelles coordonnées à l'administrateur des réclamations au **1-888-592-9101**.
- **Remarque :** Pour recevoir le paiement des frais juridiques prescrits, vous devrez également remplir et retourner le formulaire de demande de paiement pour les conseillers juridiques individuels.

**Votre nom (obligatoire)**

Votre nom doit correspondre au nom associé à votre numéro du Barreau.

Prénom :

Deuxième prénom  
(le cas échéant) :

Nom de famille :

**Renseignements sur l'organisation (obligatoires)**

Votre organisation juridique ou cabinet d'avocats

Province / territoire

Numéro du Barreau (du Québec ou autre)

Nom complet du demandeur (obligatoire) :

Date de naissance du demandeur (obligatoire) (JJ/MM/AAAA) :

 /  / → **ANNEXE E** | Conseiller juridique individuel**Divulgarion relative aux avocats du groupe**

En plus de votre rôle de conseiller juridique individuel du demandeur ou de la personne qui dépose une demande en son nom, êtes-vous l'un des avocats du groupe?

Non

Oui

*Si oui*, quel est le nom de votre cabinet?

Koskie Minsky LLP

Merchant Law Group LLP

Cooper Regel LLP

Klein Lawyers LLP

**Votre adresse postale (obligatoire)**

Numéro d'immeuble

Nom de rue

Appartement

Case postale (le cas échéant)

Ville / communauté

Code postal

Province / territoire

Pays

Nom du « a/s de » (le cas échéant)

**Votre adresse courriel (obligatoire) :****Votre numéro de téléphone (obligatoire) :** -  - 

Poste



## ANNEXE F | Liste de contrôle relative au formulaire de demande d'indemnisation

Passez en revue la présente liste de contrôle et suivez toutes les étapes pour vous assurer que votre demande d'indemnisation est traitée le plus efficacement possible.

### Veillez effectuer ces dernières étapes avant de soumettre votre demande

Étape	Ce que vous devez faire
<input type="checkbox"/> Étape 1	<p><b>Réunir les renseignements nécessaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Préparez votre pièce d'identité émise par le gouvernement.</li> <li>• Rassemblez toutes les pièces justificatives qui s'appliquent à votre rôle (voir l'étape 3).</li> <li>• Si vos coordonnées (y compris votre nom) changent après la soumission de votre demande d'indemnisation, vous devez communiquer avec l'administrateur des réclamations pour les mettre à jour.</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Étape 2	<p><b>Remplir le formulaire de demande d'indemnisation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Remplissez le formulaire de demande d'indemnisation dans son intégralité.</li> <li>• Répondez à toutes les questions requises de manière claire et complète.</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Étape 3	<p><b>Joindre les pièces justificatives requises (aucun document original; uniquement des copies claires)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pièce d'identité émise par le gouvernement.</li> <li>• Preuve de changement de nom légal, le cas échéant.</li> <li>• Documents relatifs à une admission dans un hôpital fédéral indien (p. ex., recommandations, confirmations, dossiers hospitaliers).</li> <li>• Tous les documents relatifs à votre demande d'indemnisation : <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Si le demandeur est décédé :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Certificat de décès en plus de l'un des documents suivants :</i></li> <li>– <i>Testament valide (devant témoins et signé), attestation de délégation de pouvoir, documents pour une succession au Québec ou preuve de relation/attestation (pour les héritiers).</i></li> <li>– <i>Si vous êtes un héritier, confirmez qu'il n'existe pas de testament ou d'attestation de délégation de pouvoir et précisez votre relation avec le demandeur décédé.</i></li> </ul> </li> <li>– <b>Si le demandeur est une personne frappée d'incapacité qui fait appel à un représentant personnel :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Document de procuration, ordonnance du tribunal ou lettres de nomination.</i></li> </ul> </li> <li>– <b>Conseiller juridique :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Mandat de représentation en justice.</i></li> <li>– <i>Renseignements complets sur le conseiller juridique (nom, cabinet, numéro du Barreau, province ou territoire).</i></li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
<input type="checkbox"/> Étape 4	<p><b>Passer en revue le formulaire de demande d'indemnisation et les pièces justificatives</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vérifiez attentivement que toutes les sections du formulaire de demande d'indemnisation sont dûment remplies.</li> <li>• Confirmez que des copies claires de toutes les pièces justificatives requises sont jointes.</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Étape 5	<p><b>Faire des copies</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faites des copies du formulaire de demande d'indemnisation dûment rempli et de tous les documents et conservez-les dans vos dossiers.</li> </ul>