

Centre des réclamations relatives à l'hépatite C

C.P. 2370, succursale D
Ottawa (Ontario) K1P 5W5
Canada

Tél. : 1 877 434-0944

www.hepc8690.ca

INDEMNISATION POUR PERTE DE SOUTIEN OU PERTE DE SERVICES

ENGAGEMENT D'UN ADULTE AYANT LA GARDE ET LA SURVEILLANCE OU DU TUTEUR LÉGAL
D'UNE PERSONNE À CHARGE MINEURE OU ADULTE INAPTE RECONNUE
QUI A DROIT À LA PERTE DE SOUTIEN OU DE SERVICES

LE DEMANDEUR DOIT APPOSER ICI
UNE DES ÉTIQUETTES
PRÉIMPRIMÉES FOURNIES

*S'il n'y a pas d'étiquettes, téléphonez au numéro
1 877 434-0944 pour obtenir des renseignements.

CORRECTIONS SEULEMENT

Inscrivez ci-dessous toutes corrections au sujet du nom, de
l'adresse et du numéro de téléphone s'il y a lieu.

PERSONNE À CHARGE RECONNUE					
Prénom		Second prénom / Initiales		Nom de famille	
Lien de la personne à charge reconnue avec la personne infectée par le VHC décédée		Date de naissance de la personne à charge reconnue (JJ/MM/AAAA)		Âge de la personne à charge reconnue	
		/ /			
La personne à charge reconnue est (cochez une case) <input type="checkbox"/> MINEURE <u>ou</u> <input type="checkbox"/> ADULTE INAPTE.					

Je, _____ suis l'ADULTE AYANT LA GARDE ET LA
(Écrivez le nom au complet en lettres moulées)

SURVEILLANCE ou Je suis LE TUTEUR LÉGAL de la personne à charge reconnue nommée ci-dessus.

Une demande pour perte de services /soutien a été présentée au nom de la personne à charge mineure ou adulte inapte reconnue mentionnée plus haut. L'allocation des « **dépenses communes et des dépenses exclusives** » à laquelle **la personne à charge reconnue mentionnée plus haut a droit** à l'heure actuelle, est présentée en détail dans le « tableau des allocations » ci-joint. La personne à charge reconnue mentionnée plus haut peut choisir de présenter d'autres réclamations pour perte de services / perte de soutien. Son **droit à une indemnisation future** pour perte de services / perte de soutien sera évalué, calculé, détaillé dans un « tableau d'indemnisation » semblable, au fur et à mesure que les montants seront dus.

MODALITÉS ET CONDITIONS DE L'ENGAGEMENT

Au nom de la personne à charge reconnue mentionnée plus haut, **JE SUIS D'ACCORD ET J'ACCEPTE QUE TOUTES LES DÉPENSES COMMUNES ET EXCLUSIVES PRÉSENTES ET FUTURES SOIENT CALCULÉES EN CONFORMITÉ AVEC LE PROTOCOLE APPROUVÉ PAR LES TRIBUNAUX** lorsqu'il s'agit de *réclamations relatives à un ou plus d'un membre de la famille et/ou personnes à charge qui sont mineures ou adultes inaptes* (ci-après appelé le « Protocole »).

Note spéciale : Si vous n'êtes pas d'accord avec la formule des allocations telle que présentée dans le **Protocole**, vous pouvez présenter un **Formulaire de demande de révision**, que l'on peut obtenir auprès de l'Administrateur. Veuillez noter que si vous avez déposé une demande de renvoi, l'Administrateur ne peut émettre de paiement relatif à une telle indemnisation jusqu'à ce que l'arbitre ou le juge-arbitre ou les tribunaux aient déterminé le paiement et l'allocation de la perte de soutien / perte de services.

À titre d'adulte ayant la garde et la surveillance de la **personne à charge mineure reconnue ou adulte inapte mentionnée plus haut**, **J'ATTESTE qu'elle réside avec moi à temps plein.**

JE COMPRENDS, J'ACCEPTE ET JE M'ENGAGE À CE QUI SUIT :

- A. **TOUTES LES DÉPENSES COMMUNES PRÉSENTES ET FUTURES** que je reçois au nom de la personne à charge adulte reconnue qui habite dans le même domicile que les personnes à charge mineures reconnues serviront au bénéfice de toutes les personnes à charge reconnues habitant dans le même domicile;
- B. **TOUTES LES DÉPENSES EXCLUSIVES PRÉSENTES ET FUTURES encourues** pour la personne à charge reconnue mentionnée plus haut, que je reçois à titre d'adulte ayant la garde et la surveillance de la personne à charge mineure reconnue, serviront à l'avantage direct de cette même personne; et
- C. L'Administrateur sera avisé s'il y a un **changement important dans la situation domiciliaire**, comme le départ du domicile d'une personne à charge mineure reconnue.
- D. **TOUTES LES DÉPENSES COMMUNES ET EXCLUSIVES PRÉSENTES ET FUTURES** pour la **personne à charge adulte inapte reconnue** que je reçois à titre de tuteur légal nommé pour gérer les affaires financières de la dite personne à charge reconnue, serviront à l'avantage direct de la personne à charge reconnue mentionnée plus haut.

“ Renseignements importants ”

Relativement aux personnes à charge mineures reconnues

Si, en aucun temps, l'Administrateur estime **qu'on ne respecte pas l'engagement** ou que les circonstances du ménage ont changé de sorte que le paiement au membre adulte du ménage ou à l'adulte ayant la garde et la surveillance de la personne mineure qui a pris l'engagement n'est plus raisonnable, l'Administrateur réexaminera et recalculera l'indemnisation de l'allocation s'il y a lieu et/ou ajustera le paiement de l'indemnisation pour perte de soutien.

L'Administrateur a le **pouvoir discrétionnaire de payer** les dépenses communes et les dépenses exclusives pour la personne à charge mineure reconnue à la **personne qui, à son avis, est la mieux qualifiée pour administrer** le paiement au nom de la **personne à charge mineure reconnue**, y compris, s'il y a lieu, le tuteur ou le Curateur public ou l'avocat des enfants.

Relativement aux personnes à charge adultes inaptes reconnues

Si, en aucun temps, l'Administrateur estime que les dépenses communes et/ou dépenses exclusives de la **personne à charge adulte inapte reconnue ne servent pas à son avantage direct**, il retiendra ces paiements et avisera le tuteur ou le Curateur public pertinent par l'entremise du conseiller du **Fonds**. L'Administrateur recommencera à verser les paiements de la manière et au moment indiqués par le tuteur ou le Curateur public pertinent ou sur ordonnance des tribunaux.

CONSENTEMENT À L'ENGAGEMENT

JE COMPRENDS LES MODALITÉS ET CONDITIONS DE CET ENGAGEMENT MENTIONNÉES PLUS HAUT ET JE LES ACCEPTE ET JE SUIS D'ACCORD AVEC CELLES-CI aussi longtemps que la personne à charge mineure ou adulte inapte reconnue mentionnée plus haut reçoit une indemnisation pour perte de services / perte de soutien payée par l'Administrateur du Centre des réclamations relatives à l'hépatite C (1986-1990).

Signature : _____

Adulte ayant la garde et la surveillance de
la personne à charge reconnue mentionnée plus haut
OU le tuteur légal.

Date de la signature : _____

JJ / MM / AAAA

Signature du témoin : _____

Date de la signature : _____

JJ / MM / AAAA

Imprimez nom du témoin (en lettres moulées) : _____