

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](http://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)  MINEURE ou  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 : \_\_\_\_\_ Date de la signature : \_\_\_\_\_  
Adulte ayant la garde et la surveillance de \_\_\_\_\_ JJ/ MM /AAAA  
la personne à charge reconnue mentionnée plus haut  
**OU** le tuteur légal.

Signature du témoin : \_\_\_\_\_ Date de la signature : \_\_\_\_\_  
JJ / MM / AAAA  
Imprimez nom du témoin (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_