

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

Perte de revenu / soutien – FORMULAIRE DE RENOUVELLEMENT GEN 10
Strictement privé et confidentiel

**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.

VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT LES INSTRUCTIONS CI-Jointes AVANT DE REMPLIR LE FORMULAIRE.

Le présent formulaire doit être rempli par la personne infectée par le VHC ou son représentant personnel au titre du VHC. Si vous êtes la personne infectée par le VHC, veuillez remplir la ligne 1. Si vous êtes le représentant personnel au titre du VHC de la personne infectée par le VHC, veuillez remplir la ligne 1 au sujet de la personne infectée par le VHC et la ligne 2 à votre sujet.

Si vous êtes une personne à charge de la personne infectée par le VHC, veuillez remplir la ligne 1 au sujet de la personne infectée par le VHC et la ligne 3 à votre sujet.

SECTION A – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

PERSONNE INFECTÉE PAR LE VHC

1.	Prénom	Second prénom/Initiales	Nom de famille	
	Adresse résidentielle	Ville/Municipalité	Province/Territoire	Code postal

REPRÉSENTANT PERSONNEL RECONNUS AU TITRE DU VHC

2.	Prénom	Second prénom/Initiales	Nom de famille	
	Adresse résidentielle	Ville/Municipalité	Province/Territoire	Code postal

PERSONNE À CHARGE

3.	Prénom	Second prénom/Initiales	Nom de famille	
	Adresse résidentielle	Ville/Municipalité	Province/Territoire	Code postal
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Numéro de téléphone			

SECTION B – DESCRIPTION DE LA RECLAMATION

4.	Indiquez le type de réclamant : <p><input type="checkbox"/> Personne infectée par le VHC qui est vivante atteinte d'incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Représentant personnel reconnu au titre du VHC de la personne infectée par le VHC qui est vivante atteinte d'incapacité qui est une personne mineure ou un adulte inapte</p> <p><input type="checkbox"/> Personne à charge de la personne infectée par le VHC décédée – perte de soutien</p>	Indiquez le type de réclamation : <p><input type="checkbox"/> Perte de revenu</p> <p><input type="checkbox"/> Perte de soutien</p> <p>Pour présenter une demande d'indemnisation pour la perte de services domestiques, vous devez remplir le FORMULAIRE PRINCIPAL DE RENOUVELLEMENT- GEN 12.</p> <p>Vous pouvez présenter une demande pour un seul type de perte au cours d'une période donnée.</p>
----	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

SECTION C – PRESTATIONS D'INVALIDITÉ

5.	La personne infectée par le VHC atteinte d'incapacité reçoit-elle/recevait-elle des prestations d'invalidité du Régime de pension du Canada ou du Régime des rentes du Québec, d'un régime d'indemnisation des victimes d'accidents du travail ou de tout autre régime d'assurance contre la maladie, les accidents ou l'invalidité? Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants :				
	Nom et numéro de téléphone du fournisseur du régime	Adresse postale du fournisseur du régime	Numéro de la police	Date du début JJ/MM/AAAA	Montant mensuel
				/ /	\$
	() -				
				/ /	\$
	() -				
Veuillez joindre toute documentation relativement aux renseignements sur les prestations d'invalidité ci-dessus.					

SECTION D – PERTE DE REVENU / SOUTIEN

Année : 2001

Province de résidence le 31 décembre de cette année-là	Nom de l'employeur		
Adresse de l'employeur	Ville/Municipalité	Province/Territoire	Code postal
Poste	Tâche essentielle		
Nombre d'heures régulières de travail par semaine :		<input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel	<input type="checkbox"/> Contractuel
			JJ/MM/AAAA
Aviez-vous un conjoint? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Si oui, veuillez indiquer sa date de naissance et nous faire parvenir sa déclaration de revenus			
Avez-vous des personnes à charge?			
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Si oui, combien de personnes à charge avez-vous?			
Veuillez fournir le nom et la date de naissance des personnes à charge :			
Nom de la personne à charge		JJ/MM/AAAA	La personne à charge est-elle atteinte d'incapacité?
		/ /	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		/ /	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		/ /	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		/ /	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		/ /	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

RENSEIGNEMENTS SUR LE REVENU POST-RECLAMATION

Voir les *Instructions* fournies pour les définitions de revenu post-réclamation et de travail régulier, relié ou indépendant. Veuillez fournir les renseignements sur le revenu post-réclamation de la personne infectée par le VHC.

Si la personne infectée par le VHC est décédée et qu'une demande pour perte de soutien est faite par les personnes à charge, vous devez remplir seulement certaines cases. Veuillez lire attentivement la page des *Instructions* à cet égard.

Veuillez joindre au complet les déclarations d'impôt et avis de cotisation du gouvernement fédéral et du Québec, si vous résidez au Québec pour cette année de perte de revenu post-réclamation. Les personnes à charge qui présentent une demande pour perte de soutien doivent joindre le relevé des prestations T4A(P) (et s'il s'agit d'un résident du Québec, le RL-2) pour cette année de post-réclamation.

Si vous ne fournissez pas la documentation requise sur le revenu, cela pourrait occasionner des délais dans le traitement de votre demande d'indemnisation.

Revenu brut gagné durant l'année de post-réclamation

	Emploi régulier	Emploi relié	Travail indépendant
Revenu brut gagné durant l'année post-réclamation	\$	\$	\$
Assurance (chômage) emploi : AE/AC ou prestations d'invalidité du RPC/RRQ	AE/AC	AE/AC	AE/AC
	\$	\$	\$
	RPC/RRQ	RPC/RRQ	RPC/RRQ
	\$	\$	\$
Maintien du revenu ou prestations d'invalidité	Imposable	Imposable	Non imposable
	\$	\$	\$
Toute autre indemnisation	Imposable	Imposable	Non imposable
	\$	\$	\$

Versements de prestations alimentaires ou d'entretien déduits pour fins d'impôt? (inscrire le montant) \$

Crédit d'impôt réclamé pour personne handicapée? Oui Non

SECTION E – DECLARATION PAR CERTAINS RECLAMANTS, S'IL Y A LIEU

J'atteste que les renseignements fournis sont exacts et véridiques. Je ne fais pas de déclarations fausses ou exagérées pour obtenir des avantages auxquels je n'ai pas droit.

Date de la signature

Signature de la personne infectée par le VHC atteinte d'incapacité ou son représentant personnel au titre du VHC ou la personne à charge

SECTION F – TABLEAU DES PERSONNES À CHARGE – PERTE DE SOUTIEN SEULEMENT

La personne à charge qui présente une demande et ce formulaire **doit remplir** le tableau ci-joint.

Dans le tableau des personnes à charge, il faut inscrire **toute personne à charge vivante dont la personne infectée par le VHC subvenait aux besoins ou était légalement tenue de subvenir aux besoins le jour de la date du décès, y compris un ex-conjoint, s'il y a lieu.**

- Énumérez les renseignements requis dans le tableau des personnes à charge qui fait partie du formulaire de renouvellement GEN 10.
- **Chaque personne à charge nommée dans le tableau doit signer** le tableau à l'endroit indiqué. Si la personne à charge est une personne mineure ou un adulte inapte, le représentant personnel d'une telle personne doit signer le tableau.
- **Chaque personne à charge doit lire attentivement la déclaration d'attestation** au-dessus du tableau avant de signer.

Si une personne à charge est un adulte inapte, veuillez indiquer le nom de la personne nommée pour agir comme **tuteur légal** et fournir une copie de l'ordonnance de la cour désignant un tel tuteur.

Si une personne à charge est une personne mineure dans la province où elle réside, veuillez indiquer le nom de **l'adulte qui subvient aux besoins, en a la garde et le contrôle** dans la colonne des adresses. Si la demande pour perte de soutien de la personne à charge est approuvée, l'Administrateur communiquera avec cet adulte au sujet de la réception du paiement.

Après avoir terminé au complet le tableau, après l'avoir signé et recueilli toute la documentation justificative, la personne à charge doit faire parvenir le présent formulaire de renouvellement GEN 10 et la documentation justificative à l'Administrateur.

Contreparts : À toutes fins utiles, la **personne à charge qui a décidé de présenter la demande peut faire une ou plus d'une photocopie du tableau des personnes à charge rempli dans lequel elle a nommé toutes les personnes à charge, et fera parvenir une telle copie aux personnes à charge qui devront remplir tous les renseignements personnels supplémentaires, dater et signer le tableau des personnes à charge devant témoin. Les personnes à charge feront parvenir leur copie originale signée à la personne à charge présentant la demande.** On appelle ces copies des « contreparts ». La personne à charge faisant la demande doit présenter tous les formulaires, y compris les contreparts originaux signés à l'Administrateur en un seul envoi.

Le Centre des réclamations relatives à l'hépatite C (1986-1990) - Téléphone : 1 877 434-0944

**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.

TABLEAU DES PERSONNES A CHARGE

ATTESTATION – Chaque personne à charge dont la personne infectée par le VHC subvenait aux besoins ou était légalement tenue de subvenir aux besoins doit lire et signer ce tableau des personnes à charge.

En signant ce tableau des personnes à charge, j'atteste que : a) je ne connais aucune personne à charge vivante, qui est le conjoint, l'enfant, le parent, l'enfant de mêmes parents, le petit-enfant, le grand-parent ou un ex-conjoint dont la personne infectée par le VHC subvenait aux besoins ou était légalement tenue de subvenir aux besoins le jour de la date du décès autre que les personnes à charge énumérées dans ce tableau; b) tous les renseignements fournis dans ce tableau sont véridiques et complets au meilleur de mes connaissances et croyances; et c) je ne fais aucune déclaration fausse ou exagérée pour obtenir des bénéfices.

Nom de la personne à charge	La personne à charge est un adulte inapte	La personne à charge est mineure	Adresse résidentielle et numéro de téléphone (si la personne à charge est un adulte inapte ou une personne mineure, veuillez donner le nom du tuteur légal ou de l'adulte qui subvient à ses besoins, en a la garde et le contrôle)	Date de naissance J/M/AA	Numéro d'assurance social	Lien avec la personne infectée par le VHC	Signature de la personne à charge ou du représentant personnel de la personne à charge mineure ou adulte inapte
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui			/ /			
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui			/ /			
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui			/ /			
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui			/ /			