



Centre des réclamations relatives à l'hépatite C
 B.P. 2370, succursale D
 Ottawa (Ontario) Canada
 K1P 5W5
 Tél. : 1-877-434-0944

Perte de revenu / de soutien – FORMULAIRE PRINCIPAL
Strictement privé et confidentiel

**LE DEMANDEUR DOIT APPOSER
 ICI UNE DES ÉTIQUETTES
 PRÉIMPRIMÉES FOURNIES**

Si vous n'avez 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 et de
 l'adresse, s'il y a lieu :

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

Les renseignements recueillis dans ce formulaire permettront d'établir le calcul pour l'indemnisation de la perte de revenu / soutien.

1) La personne infectée par le VHC atteinte d'incapacité est vivante : si vous êtes la personne infectée par le VHC atteinte d'incapacité ou le représentant personnel reconnu au titre du VHC ou le représentant personnel reconnu au titre du VHC d'une personne infectée par le VHC atteinte d'incapacité et vivante qui est mineure ou un adulte inapte, veuillez remplir ce formulaire, le formulaire GEN 11, le formulaire GEN 19 et demander à votre médecin traitant de remplir la « Section sur l'incapacité » du formulaire du médecin traitant TRAN/HEMO 2 ou le formulaire TRAN/HEMO 2D pour présenter une demande pour **perte de revenu**.

OU

2) La personne infectée par le VHC atteinte d'incapacité qui est décédée le 1^{er} janvier 1999 ou après : le représentant personnel reconnu au titre du VHC doit remplir ce formulaire, les formulaires GEN 11, GEN 19 et demander au médecin traitant de la personne infectée par le VHC de remplir la « Section sur l'incapacité » du formulaire du médecin traitant TRAN/HEMO 2 ou le formulaire TRAN/HEMO 2D pour réclamer la **perte de revenu pré-décès au nom de la succession** de la personne infectée par le VHC atteinte d'incapacité qui est décédée.

ET / OU

3) La personne infectée par le VHC qui est décédée soit avant le 1^{er} janvier 1999 ou après cette date : Les personnes à charge rempliront ce formulaire et le formulaire GEN 19 pour réclamer la **perte de soutien post-décès seulement**.

SECTION A – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

PERSONNE INFECTÉE PAR LE VHC

1.	Prénom	Second prénom / Initiales	Nom de famille		
	Adresse résidentielle		Ville	Province / Territoire	Code postal
Date de naissance : JJ/MM/AAAA					
/ /					

REPRÉSENTANT PERSONNEL RECONNU AU TITRE DU VHC

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

PERSONNE À CHARGE

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



DESCRIPTION DU DEMANDEUR

<p>3. Indiquez le type de demandeur :</p> <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 atteinte d'incapacité qui est une personne mineure ou un adulte inapte</p> <p><input type="checkbox"/> Représentant personnel reconnu au titre du VHC de la personne infectée par le VHC atteinte d'incapacité qui est décédée – perte de revenu pré-décès</p> <p><input type="checkbox"/> Personne à charge de la personne infectée par le VHC décédée – perte de revenu post-décès</p>	<p>Indiquez le type de demande:</p> <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 GEN 12 – FORMULAIRE PRINCIPAL.</p> <p>Vous pouvez présenter une demande pour un seul type de perte au cours d'une période donnée.</p>
--	--

SECTION B - DEMANDE D'INDEMNISATION POUR PERTE DE REVENU / SOUTIEN
RENSEIGNEMENTS SUR L'INFECTION DE LA PERSONNE INFECTÉE PAR LE VHC

4.	Date de l'infection par le VHC	JJ / MM/AAAA / /	<p>Si inconnue, laisser en blanc. On prendra la date de l'infection comme étant la première transfusion d'un donneur de sang reconnu positif dans la période de recours collectif ou, si inconnue ou non applicable, la date de la première réception de sang au cours de la période de recours provenant d'un donneur non infecté.</p>																
	Date du diagnostic du VHC	JJ / MM/ AAAA / /																	
5.	Quand la personne infectée par le VHC a-t-elle pour la première fois été atteinte d'incapacité en raison de son infection par le VHC, résultant en une perte de revenu?		Date de début JJ/MM/AAAA / /																
6.	Si la personne infectée par le VHC est décédée, veuillez indiquer la date du décès?		JJ/MM/AAAA / /																
7.	La personne infectée par le VHC travaillait-elle avant son infection par le VHC?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non																
8.	La personne infectée par le VHC atteinte d'incapacité a-t-elle été infectée avant son dix-huitième anniversaire?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non																
	La personne infectée par le VHC atteinte d'incapacité a-t-elle été infectée par le VHC alors qu'elle fréquentait (à temps plein) une institution d'enseignement dûment reconnue au Canada et avant de faire partie de la population active à temps plein et sur une base permanente?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non																
9.	<p>Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants :</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">Nom de l'institution d'enseignement dûment reconnue</td> <td>Date de la dernière fréquentation</td> <td style="text-align: center;">JJ/MM/AAAA / /</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Adresse</td> <td colspan="2">Programme et niveau</td> </tr> <tr> <td>Ville</td> <td>Province / Territoire</td> <td>Code postal</td> <td>Date de fin des études ou date prévue de fin des études</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">JJ/MM/AAAA / /</td> </tr> </table> <p>La personne infectée par le VHC fréquente-t-elle maintenant l'école? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>			Nom de l'institution d'enseignement dûment reconnue		Date de la dernière fréquentation	JJ/MM/AAAA / /	Adresse		Programme et niveau		Ville	Province / Territoire	Code postal	Date de fin des études ou date prévue de fin des études				JJ/MM/AAAA / /
Nom de l'institution d'enseignement dûment reconnue		Date de la dernière fréquentation	JJ/MM/AAAA / /																
Adresse		Programme et niveau																	
Ville	Province / Territoire	Code postal	Date de fin des études ou date prévue de fin des études																
			JJ/MM/AAAA / /																

SECTION C – PRESTATIONS D'INVALIDITÉ

10.	<p>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, contre-accidents ou d'invalidité? Si oui, veuillez donner les renseignements suivants :</p>				
	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

RENSEIGNEMENTS SUR LE REVENU PRÉ-RECLAMATION

Voir les *Instructions* fournies pour les définitions du revenu pré-réclamation et de travail régulier, relié ou indépendant et pour le tableau d'indexation. Veuillez fournir les renseignements sur le revenu pré-réclamation de la personne infectée par le VHC pour une période de **3 années consécutives** de votre choix, comme requis dans le tableau ci-dessous à moins que la personne infectée par le VHC n'ait aucun dossier relativement au revenu d'emploi pré-réclamation en raison des réponses données aux lignes (questions) 7 à 9 ci-dessus.

Année 1 : _____(année civile)	Emploi régulier	Emploi relié	Travail indépendant
Montant du revenu brut gagné pré-réclamation	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Année 2 : _____(année civile)	Emploi régulier	Emploi relié	Travail indépendant
Montant du revenu brut gagné pré-réclamation	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Année 3 : _____(année civile)	Emploi régulier	Emploi relié	Travail indépendant
Montant du revenu brut gagné pré-réclamation	\$ _____	\$ _____	\$ _____

- Veuillez joindre les déclarations d'impôt et les avis de cotisation au complet du gouvernement fédéral et du Québec, s'il s'agit d'une personne résidant au Québec, pour chaque année choisie plus haut.
- Si vous ne pouvez fournir une copie complète des déclarations d'impôt et des avis de cotisation de la personne infectée par le VHC pour les années choisies plus haut, veuillez obtenir un résumé d'impôt de l'Agence canadienne des douanes et du revenu (et du ministère du Revenu du Québec, s'il y a lieu) pour les années (voir le formulaire Instructions pour des renseignements sur la manière d'obtenir un résumé d'impôt) et remplissez le formulaire GEN 10A. Veuillez également remplir le formulaire GEN 10B si la personne infectée par le VHC réside ou a résidé dans l'une des provinces indiquées dans le formulaire.
- Si la personne infectée par le VHC a déclaré un revenu pour un travail indépendant, veuillez remplir le formulaire GEN 10C.
- Si vous ne fournissez pas la documentation sur le revenu requise, cela pourrait occasionner des délais dans le traitement de votre demande d'indemnisation.

RENSEIGNEMENTS SUR LE REVENU POST-RECLAMATION

Voir les *Instructions* fournies pour la définition du revenu pré-réclamation et de travail régulier, relié ou indépendant. Fournissez les renseignements sur le revenu post-réclamation de la personne infectée par le VHC pour chaque année où une demande est présentée pour perte de revenu / soutien en raison d'une incapacité due à l'infection par le VHC.

Si la personne infectée par le VHC est décédée et qu'une demande pour perte de revenu pré-décès est présentée, vous devez remplir toutes les cases reliées aux renseignements sur le revenu de la post-réclamation de la personne décédée jusqu'à son décès, y compris l'année du décès.

Si la personne infectée par le VHC est décédée et que les personnes à charge font une demande pour perte de soutien post-décès, vous ne devez remplir qu'un certain nombre de cases. Veuillez lire attentivement la page des *Instructions* à cet égard.

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

Si vous n'êtes pas en mesure de fournir une copie complète des déclarations de revenus et des avis de cotisation du gouvernement fédéral et du Québec de la personne infectée par le VHC, si elle réside au Québec, pour les années de revenu post-réclamation, veuillez fournir un résumé d'impôts de l'Agence canadienne des douanes et du revenu (et du ministère du Revenu du Québec, s'il y a lieu) pour les années, (voir le formulaire Instructions sur la façon d'obtenir un résumé d'impôts) et remplir le formulaire GEN 10A. Veuillez également remplir le formulaire GEN 10B si la personne infectée par le VHC réside ou résidait dans une des provinces indiquées dans le formulaire.

Si la personne infectée par le VHC a déclaré un revenu pour travail indépendant, veuillez remplir le formulaire GEN 10C.

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

Année : _____ (année civile)	Revenu brut gagné			
Province de résidence le 31 décembre de cette même année :	Revenu brut gagné post-réclamation	Emploi régulier	Emploi relié	Travail indépendant
		\$ _____	\$ _____	\$ _____
Nom et adresse de l'employeur :	Assurance-emploi (chômage) : Prestations d'invalidité AE/AC ou RPC/RRQ	AE/AC	AE/AC	AE/AC
		\$ _____	\$ _____	\$ _____
		RPC/RRQ	RPC/RRQ	RPC/RRQ
Poste et tâches importantes :	Continuité de revenu ou paiements d'invalidité	Imposable	Imposable	Non-imposable
		\$ _____	\$ _____	\$ _____
Nombre d'heures régulières de travail par semaine :	Toute autre indemnisation	Imposable	Imposable	Non imposable
		\$ _____	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Contractuel		Pension alimentaire ou allocation d'entretien déduite pour des fins d'impôt ? (inscrire le montant)		\$ _____
		Crédit d'impôt pour personnes handicapées réclamé ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non



Photocopiez cette page avant de remplir si vous faites une demande pour plus de 4 ans.

Année : _____ (année civile)	Revenu brut gagné			
Province de résidence le 31 décembre de cette même année :	Revenu brut gagné post-réclamation	Emploi régulier	Emploi relié	Travail indépendant
		\$	\$	\$
Nom et adresse de l'employeur :	Assurance-emploi (chômage) : Prestations d'invalidité AE/AC ou RPC/RRQ	AE/AC	AE/AC	AE/AC
		\$	\$	\$
		RPC/RRQ	RPC/RRQ	RPC/RRQ
Poste et tâches essentielles :	Continuité de revenu ou paiements d'invalidité	Imposable	Imposable	Non imposable
		\$	\$	\$
Nombre d'heures régulières de travail par semaine :	Toute indemnisation autre	Imposable	Imposable	Non imposable
		\$	\$	\$
		Pension alimentaire ou allocation d'entretien déduite pour des fins d'impôt ? (inscrire le montant)		\$
<input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Contractuel		Crédit d'impôt pour personnes handicapées réclamé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

Année : _____ (année civile)	Revenu brut gagné			
Province de résidence le 31 décembre de la même année :	Revenu brut gagné post-réclamation	Emploi régulier	Emploi relié	Travail indépendant
		\$	\$	\$
Nom et adresse de l'employeur :	Assurance-emploi (chômage) : Prestations d'invalidité AE/AC ou RPC/RRQ	AE/AC	AE/AC	AE/AC
		\$	\$	\$
		RPC/RRQ	RPC/RRQ	RPC/RRQ
Poste et tâches importantes :	Continuité de revenu ou paiements d'invalidité	Imposable	Imposable	Non imposable
		\$	\$	\$
Nombre d'heures de travail régulier par semaine :	Toute indemnisation autre	Imposable	Imposable	Non imposable
		\$	\$	\$
		Pension alimentaire ou allocation d'entretien déduite pour des fins d'impôt ? (inscrire le montant)		\$
<input type="checkbox"/> Plein temps <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Contractuel		Crédit d'impôt pour personnes handicapées réclamé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		



Année : _____ (année civile)	Revenu brut gagné			
Province de résidence le 31 décembre de cette même année :	Revenu brut gagné post-réclamation	Emploi régulier	Emploi relié	Travail indépendant
		\$	\$	\$
Nom et adresse de l'employeur :	Assurance-emploi (chômage): Prestations d'invalidité AE/AC ou RPC/RRQ	AE/AC	AE/AC	AE/AC
		\$	\$	\$
		RPC/RRQ	RPC/RRQ	RPC/RRQ
		\$	\$	\$
Poste et tâches essentielles :	Continuité de revenu ou paiements d'invalidité	Imposable	Imposable	Non imposable
		\$	\$	\$
Nombre d'heures régulières de travail par semaine :	Toute autre indemnisation	Imposable	Imposable	Non imposable
		\$	\$	\$
Pension alimentaire ou allocation d'entretien déduite pour des fins d'impôts ? (inscrire le montant)		\$		
<input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Contractuel	Crédit d'impôt pour personnes handicapées réclamé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

SECTION E – DÉCLARATION DE CERTAINS DEMANDEURS, 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.

Date de la signature

Signature de la personne infectée par le VHC atteinte d'incapacité ou du Représentant personnel reconnu au titre du VHC

SECTION F – TABLEAU DES PERSONNES À CHARGE / PERTE DE SOUTIEN POST-DÉCÈS 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 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 de cette personne doit signer le tableau.
- **Chaque personne à charge doit lire 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.

S'il y a des **personnes à charge mineures** 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 post-décès 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 pertinente, la personne à charge doit faire parvenir le présent formulaire GEN 10 et toute documentation d'appui 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 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) - Tél. : 1-877-434-0944



**LE REPRÉSENTANT PERSONNEL RECONNU AU TITRE DU
VHC DOIT APPOSER ICI UNE DES ÉTIQUETTES
PRÉIMPRIMÉES FOURNIES**

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

CORRECTIONS SEULEMENT :

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

TABLEAU DES PERSONNES À CHARGE

ATTESTATION -Chaque personne à charge dont la personne infectée par le VHC subvenait aux besoins ou était tenue légalement 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; **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 une personne adulte inapte ou 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/A	Numéro d'assurance sociale	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		/ /			


TABLEAU DES PERSONNES À CHARGE

ATTESTATION -Chaque personne à charge dont la personne infectée par le VHC subvenait aux besoins ou était tenue légalement 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; **c)** je ne fais aucune déclaration fautive 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 une personne adulte inapte ou 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/A	Numéro d'assurance sociale	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		/ /			
	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui		/ /			