



Le Centre des réclamations relatives à l'hépatite C

B.P. 2370, succursale D
Ottawa (Ontario) Canada
K1P 5W5
Tél. : 1-877-434-0944

Activités d'emploi

(VEUILLEZ REMPLIR CE FORMULAIRE POUR CERTAINES DEMANDES POUR PERTE DE REVENU)

Strictement privé et confidentiel

**LE DEMANDEUR DOIT APOSER
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 :

Les renseignements recueillis dans ce formulaire permettront de préciser les tâches normalement effectuées par la personne infectée par le VHC atteinte d'incapacité et le niveau d'incapacité de la personne infectée par le VHC.

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 d'une personne infectée par le VHC atteinte d'incapacité qui est une personne mineure ou adulte inapte, veuillez remplir ce formulaire et les formulaires GEN 10 et GEN 19 pour faire une demande d'indemnisation pour **perte de revenu**.

OU

2) La personne infectée par le VHC atteinte d'incapacité est décédée le 1^{er} janvier 1999 ou après : le représentant personnel reconnu au titre du VHC doit remplir ce formulaire et les formulaires GEN 10 et GEN 19 pour demander une **perte de revenu pré-décès** au nom de la succession de la personne infectée par le VHC atteinte d'incapacité décédée. Ne remplissez pas ce formulaire s'il n'y a pas de demande pour perte de revenu pré-décès. **Les personnes à charge de toute personne infectée par le VHC décédée faisant une demande pour perte de soutien post-décès seulement rempliront les formulaires GEN 10 et GEN 19 seulement et non le présent formulaire.**

Les personnes devant remplir ce formulaire doivent également demander au médecin traitant de remplir la « Section sur l'incapacité » du Formulaire du médecin traitant Tran/Hemo 2 ou Tran/Hemo 2D.

Veuillez vous assurer que le **médecin traitant examine ce formulaire avant de remplir la « Section sur l'incapacité » du Formulaire du médecin traitant TRAN/HEMO 2 ou Tran/Hemo 2D évaluant l'incapacité.**

SECTION A – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

PERSONNE INFECTÉE PAR LE VHC

1.	Prénom	Deuxième nom / Initiales	Nom de famille	
	Adresse résidentielle	Ville	Province / Territoire	Code postal

REPRÉSENTANT PERSONNEL RECONNU AU TITRE DU VHC

2.	Prénom	Deuxième nom / Initiales	Nom de famille	
	Adresse résidentielle	Ville	Province / Territoire	Code postal

SECTION B – DESCRIPTION DE L'EMPLOI DE LA PERSONNE INFECTÉE PAR LE VHC

Description de l'emploi de la personne infectée par le VHC (cochez chaque case pertinente) :

3.	<input type="checkbox"/> Commis	<input type="checkbox"/> Supervision	<input type="checkbox"/> Ventes	<input type="checkbox"/> Fabrication	<input type="checkbox"/> Autre _____.
	Titre ou poste :				



SECTION C – ACTIVITÉS D’EMPLOI

Indiquez le nombre total d’heures de travail par semaine pour chacune des activités effectuées par la personne infectée par le VHC dans le cadre de son emploi régulier :

4.	Tâche	Heures par semaine AVANT l’incapacité en raison du VHC	Heures par semaine (Maintenant ou immédiatement avant le décès)
	Demeurer debout		
	Demeurer assis		
	Marcher		
	Conduire un véhicule		
	Soulever des poids de moins de 25 kg		
	Soulever des poids de plus de 25 kg		
	Se mettre à genou		
	Dactylographier		
	Faire du traitement de texte		
	Écrire		
	Faire du classement		
	Parler au téléphone		
	Autre, veuillez décrire		
	TOTAL	_____ HEURES PAR SEMAINE	_____ HEURES PAR SEMAINE

5. Si, au cours de la période d’incapacité en raison de l’infection par le VHC, le nombre d’heures d’activités de travail effectuées par la personne infectée par le VHC était **différent** de ce qu’il est à l’heure actuelle ou de ce qu’il était immédiatement avant le décès, comme indiqué dans la réponse en 4 ci-dessus, veuillez fournir ci-dessous des détails sur les différences pour chacune de ces périodes :

6. Dans les cas d’ incapacité temporaire en raison de l’infection au VHC, veuillez indiquer la date où la personne infectée par le VHC a, pour la première fois, été atteinte d’incapacité et la date où elle a cessé d’être atteinte d’incapacité.	Date de début JJ/MM/AAAA	Date de fin JJ/MM/AAAA
	/ /	/ /

La personne infectée par le VHC a-t-elle / avait-elle de la difficulté au niveau d’une des capacités suivantes à cause de son incapacité en raison de son infection au VHC :

7.	Catégorie	Tâche				
7.	Capacités cognitives	Mémoire <input type="checkbox"/>	Concentration <input type="checkbox"/>	Prise de décision <input type="checkbox"/>	Jugement <input type="checkbox"/>	
		Autre <input type="checkbox"/> Veillez décrire toutes autres difficultés :				

	Capacité de contrôler les émotions / le comportement	Frustration <input type="checkbox"/>	Colère <input type="checkbox"/>	Dépression <input type="checkbox"/>	Anxiété <input type="checkbox"/>	Crainte <input type="checkbox"/>
		Autre <input type="checkbox"/> Veillez décrire toutes autres difficultés :				

	Capacités de communication	Parler <input type="checkbox"/>	Écouter <input type="checkbox"/>	Voir <input type="checkbox"/>		
		Autre <input type="checkbox"/> Veillez décrire toutes autres difficultés :				

SECTION D - ATTESTATION

J’atteste que les renseignements fournis sont véridiques et exacts. 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 ou du représentant personnel reconnu au titre du VHC