



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

Perte des services domestiques – FORMULAIRE PRINCIPAL
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 généralement effectuées à domicile par la personne infectée par le VHC, et, au besoin, le niveau d'incapacité de la personne infectée par le VHC.

1) La personne infectée par le VHC atteinte d'incapacité est vivante et ne peut effectuer les services domestiques en raison de son infection par le VHC : 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 vivante et atteinte d'incapacité qui est mineure ou un adulte inapte doit remplir le formulaire GEN 12 pour présenter une demande d'indemnisation pour perte de services domestiques.

Vous devez 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 le formulaire GEN 12 avant de remplir le Formulaire du médecin traitant. Veuillez remplir et retourner le formulaire GEN 12 et le Formulaire du médecin traitant à l'administrateur.

OU

2) La personne infectée par le VHC atteinte d'incapacité qui est décédée le 1^{er} janvier 1999 ou après était incapable d'effectuer les services domestiques avant son décès en raison de son infection par le VHC : le représentant personnel reconnu au titre du VHC, au nom de la succession, doit remplir le formulaire GEN 12 pour demander une indemnisation pour perte de services domestiques pré-décès.

Vous devez 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 le formulaire GEN 12 avant de remplir le Formulaire du médecin traitant. Veuillez remplir et retourner le formulaire GEN 12 et le Formulaire du médecin traitant à l'administrateur.

ET / OU

3) La personne infectée par le VHC est décédée soit avant ou après le 1^{er} janvier 1999, et les personnes à charge de la personne infectée par le VHC vivant avec la personne infectée par le VHC à la date du décès ont perdu les services domestiques de la personne infectée par le VHC après son décès : la personne à charge qui présente cette demande et qui remplit le formulaire GEN 12 pour réclamer la perte de services post-décès doit remplir le tableau des personnes à charge ci-joint et s'assurer que chaque personne à charge vivant avec la personne décédée au moment du décès signe le tableau des personnes à charge. Le Formulaire du **médecin traitant n'est pas** nécessaire pour une demande pour perte de services post-décès seulement. Veuillez remplir et retourner le formulaire GEN 12 à l'administrateur.

SECTION A – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

PERSONNE INFECTÉE PAR LE VHC

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

REPRÉSENTANT PERSONNEL RECONNU AU TITRE DU VHC

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

PERSONNE À CHARGE

	Prénom	Deuxième nom / Initiales	Nom de famille	
	Adresse résidentielle		Ville	Province / Territoire



DESCRIPTION DE LA DEMANDE					
3.	Indiquez le type de demandeur : <input type="checkbox"/> Personne infectée par le VHC qui est vivante atteinte d'incapacité <input type="checkbox"/> Représentant personnel reconnu au titre du VHC de la personne infectée par le VHC atteinte d'incapacité vivante qui est mineure ou adulte inapte <input type="checkbox"/> Représentant personnel reconnu au titre du VHC de la personne infectée par le VHC atteinte d'incapacité décédée – perte de services pré-décès <input type="checkbox"/> Personne(s) à charge de la personne infectée par le VHC décédée – perte de services post-décès		Indiquez le type de demande: <input type="checkbox"/> Perte de services SEULEMENT Pour faire une demande d'indemnisation pour perte de revenu ou perte de soutien, vous devez remplir le formulaire Perte de revenu / soutien - FORMULAIRE PRINCIPAL GEN 10 On peut réclamer seulement un type de perte pour une période donnée.		
SECTION B – RENSEIGNEMENTS SUR L'INFECTION DE LA PERSONNE INFECTÉE PAR LE VHC					
4.	Date de l'infection par le VHC	JJ / MM/ AAAA / /	Si on ne connaît pas la date, veuillez laisser en blanc. On acceptera comme <u>date d'infection</u> la première transfusion d'un donneur reconnu positif au cours de la période de recours ou, si on ne connaît pas ce dernier ou si non pertinent, la date de la première réception de sang au cours de la période de recours qui ne provient pas d'un donneur non infecté reconnu.		
5.	Date du diagnostic du VHC	JJ / MM/ AAAA / /			
6.	Quand la personne infectée par le VHC a-t-elle été atteinte d'incapacité pour la première fois en raison de son infection par le VHC, la rendant incapable de fournir les services qu'elle effectuait <u>généralement</u> à domicile?		Date de début JJ / MM/ AAAA / /		
7.	Si la personne infectée par le VHC est décédée, veuillez indiquer la date du décès.		JJ / MM/ AAAA / /		
SECTION C – DESCRIPTION DU DOMICILE					
Description du domicile où habite ou habitait la personne infectée par le VHC (cochez la case pertinente) :					
8.	<input type="checkbox"/> Maison	<input type="checkbox"/> Appartement	<input type="checkbox"/> Condominium	<input type="checkbox"/> Maison en rangée	<input type="checkbox"/> Autre _____
9.	Nombre de résidents	Nombre d'étages	Nombre de pièces	Dimensions du terrain	
SECTION C – SERVICES DOMESTIQUES					
Indiquez le nombre total d'heures par semaine reliées aux tâches domestiques suivantes <u>normalement</u> effectuées par la personne infectée par le VHC.					
Catégorie	Tâche	Heures par semaine AVANT l'incapacité en raison du VHC	Heures par semaine (effectuées maintenant ou immédiatement avant le décès)		
Magasinage	Faire les épiceries				
	Autre				
Repas	Préparer les repas				
	Faire la cuisson				
	Laver la vaisselle				
Blanchissage	Lessivage / Séchage				
	Repassage				
	Couture				
Nettoyage	Lits				
	Salles de bain				
	Planchers				
	Four / réfrigérateur				
	Aspirateur				
	Ordures				
Activités d'entretien	Tondre le gazon				
	Jardiner / Piscine				
	Déneiger				
	Entretien de véhicule				
Activités financières	Équilibrer le budget				
	Payer les factures				
Garde d'enfants					
Autre					
TOTAL		_____ HEURES	_____ HEURES		



**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 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 :

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 un(e) conjoint(e), l'enfant, le parent, l'enfant de mêmes parents, le petit-enfant, le grand-parent ou l'ex-conjoint(e) dont la personne infectée par le VHC subvenait aux besoins ou était légalement tenue de subvenir aux besoins 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 avantages.

Nom de la personne à charge	Personne à charge qui est un adulte inapte	Personne à charge qui est mineure	Adresse résidentielle et numéro de téléphone (Si la personne à charge est un adulte inapte ou une personne mineure, veuillez inclure 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 d'une personne à charge mineure ou adulte inapte	Vivant avec la personne infectée par le VHC au moment du décès?
	<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



TABLEAU DES PERSONNES À 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 un(e) conjoint(e), l'enfant, le parent, l'enfant de mêmes parents, le petit-enfant, le grand-parent ou l'ex-conjoint(e) dont la personne infectée par le VHC subvenait aux besoins ou était légalement tenue de subvenir aux besoins 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 fautive ou exagérée pour obtenir des avantages.

Nom de la personne à charge	Personne à charge qui est un adulte inapte	Personne à charge qui est mineure	Adresse résidentielle et numéro de téléphone (Si la personne à charge est un adulte inapte ou une personne mineure, veuillez inclure 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 d'une personne à charge mineure ou adulte inapte	Vivant avec la personne infectée par le VHC au moment du décès?
	<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	<input type="checkbox"/> Oui		/ /				<input type="checkbox"/> Oui
	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui		/ /				<input type="checkbox"/> Oui