

# Proches

Programme québécois de remboursement  
pour les proches de personnes décédées  
à la suite d'un acte criminel

# Guide à l'attention du demandeur

## Informations générales

Vous êtes invité à remplir cette demande si vous êtes un proche d'une personne décédée à la suite d'un acte criminel. Est considérée comme « proche » toute personne liée par la naissance, par alliance ou par d'autres relations avec la personne décédée (par exemple : amis, personnes significatives).

La priorité sera donnée à la famille immédiate :

- le conjoint ou la conjointe de la victime décédée
- l'enfant de la victime décédée
- le père et la mère de la victime décédée
- le frère et la sœur de la victime décédée
- le grand-père et la grand-mère de la victime décédée

Vous pouvez être admissible à une aide financière sous forme de remboursement de dépenses si toutes ces déclarations s'appliquent à votre cas.

- Le décès a été causé par acte criminel (homicide, négligence criminelle causant la mort, conduite dangereuse causant la mort, conduite avec facultés affaiblies causant la mort, etc.)
- Il y a une procédure judiciaire ou une audience à la Commission d'examen des troubles mentaux prévue après la date du 28 janvier 2019.
- L'acte criminel est survenu dans la province de Québec.

Prenez note que **si le demandeur est une personne mineure**, celui-ci doit être assisté par son tuteur légal pour remplir les formulaires. Le tuteur devra apposer sa signature dans la section prévue à cet effet à la fin du formulaire.

Si vous le désirez, vous pouvez recevoir de l'aide pour remplir ce formulaire. Contactez :

- Les Centres d'aide aux victimes d'actes criminels : **1-866-LE CAVAC (532-2822)**
- Association des familles de personnes assassinées ou disparues (AFPAD) : **1-877-484-0404**
- MADD Canada (Mères contre l'alcool au volant) : **1-877-392-6233**

## Comment procéder

Vous devez inscrire tous les renseignements requis dans les champs prévus à cette fin. Un formulaire contenant des renseignements erronés ou incomplets peut occasionner un délai supplémentaire dans le traitement de la demande.

## Après avoir envoyé votre demande

Selon l'information disponible et les demandes reçues, le Programme déterminera quels sont les deux proches de la victime qui seront reconnus comme demandeurs. **Afin de donner aux proches un délai raisonnable pour envoyer leur demande, nous pourrions attendre jusqu'à 6 mois après la date de comparution, ou 2 semaines avant la date d'une étape importante** (exemple : enquête préliminaire, procès, enregistrement d'un plaidoyer de culpabilité) **pour prendre la décision sur le choix des demandeurs.**

Il est possible qu'un représentant du Programme communique avec vous afin de vous informer des étapes à venir et pour obtenir de l'information supplémentaire pouvant aider au traitement de votre dossier, si nécessaire.

**Si vous êtes reconnu comme demandeur**, on vous informera par écrit de la décision. Vous pourrez alors remplir les formulaires de remboursement, afin d'obtenir des remboursements de vos dépenses et de celles de vos accompagnateurs jusqu'à concurrence de 2000\$ par poursuites judiciaires, incluant les procédures d'appel. Advenant le cas d'un nouveau procès ou de plusieurs accusés ayant différents procès, des montants supplémentaires s'ajouteront au montant initial.

Les frais de déplacement, de repas, de hébergement et de stationnement pourront être remboursés. Le programme ne dédommage pas pour la perte de salaire ou les frais de garde.

**Si vous n'avez pas été reconnu comme demandeur**, on vous informera par écrit de la décision.

## Révision des décisions

Si vous n'êtes pas satisfait de la décision prise dans votre dossier, vous pouvez demander la révision par écrit dans les **5 jours** ouvrables suivant la date de cette décision. Vous devez préciser la raison pour laquelle vous demandez une révision. Vous serez ensuite avisé par écrit des résultats de votre demande à l'intérieur de 30 jours. Toutes les décisions prises à la suite d'une révision sont finales.

## Avis de cueillette de renseignements

---

Soyez avisés que les renseignements contenus dans ce présent formulaire sont recueillis aux fins de l'administration du programme et de son évaluation. L'accès aux renseignements que vous nous transmettez est réservé aux seules personnes autorisées à les consulter. Ces renseignements ne seront pas partagés avec des organismes tiers, conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé* (chapitre P-39.1).

## Renseignements supplémentaires

---

Pour toutes questions, veuillez communiquer avec nous à l'adresse suivante : **demande@programmeproches.ca**, ou par téléphone au 514-277-9860, poste 2234.

## Envoi du formulaire

---

Veuillez envoyer votre formulaire par courriel à l'adresse suivante : **demande@programmeproches.ca**, ou par la poste au **CP 70 BP Saint Dominique, Montréal, Québec H2S 3K6**.



Programme québécois de remboursement  
pour les proches de personnes décédées  
à la suite d'un acte criminel

# Formulaire pour demandeurs

Les champs obligatoires sont marqués d'un astérisque. \*

Au besoin, un espace supplémentaire pour vos réponses est mis à votre disposition à la fin du formulaire.

## Informations sur le demandeur

### Nom\*

Prénom : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

**Date de naissance\*** (JJ / MM / AAAA)

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Note : une personne mineure doit être assistée par son tuteur légal pour remplir les formulaires. Le tuteur devra apposer sa signature dans la section prévue à cet effet à la fin du formulaire.

Sexe : \_\_\_\_\_

### Adresse complète\*

Adresse postale : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Province / État / Région : \_\_\_\_\_

Code postal / ZIP : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_

**Numéros de téléphone\*** (un seul champ obligatoire)

Maison : \_\_\_\_\_

Cellulaire : \_\_\_\_\_

Au travail : \_\_\_\_\_

**Adresse courriel\***

\_\_\_\_\_

### Par rapport à la victime, vous êtes\* :

Note : Vous êtes considérés comme conjoint si vous êtes soit marié, soit uni civilement, ou si vous vous présentez publiquement comme conjoints et vivez maritalement depuis une période de 1 an ou si un enfant est né ou doit naître de votre union, si vous avez adopté un enfant ensemble ou si l'un de vous a adopté l'enfant de l'autre pendant l'union.

Conjoint / Conjointe

#### Statut :

Marié(e)

Union civile

Conjoint de fait - date du début de la vie commune :

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Conjoint avec enfant(s)

Enfant

Parent

Frère / sœur

Grand-parent

Partenaire intime - date du début de la relation :

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Enfant du conjoint

Conjoint du parent

Oncle / Tante

Neveu / Nièce

Cousin / Cousine

Parent du conjoint

Conjoint de l'enfant

Ami / Amie

Collègue de travail

Autre, précisez :

\_\_\_\_\_

**Information complémentaire sur votre lien avec la personne décédée :**

\_\_\_\_\_

**Langue\***

Français

Anglais

## Informations sur la personne décédée

---

### Nom de la personne décédée\*

Prénom : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

### Date de naissance\* (JJ / MM / AAAA)

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### Date de l'événement criminel\*

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## Informations sur l'acte criminel

---

### Nom(s) du ou des accusés :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Numéro(s) de dossier(s) à la Cour :

\_\_\_\_\_

### Accusations

- Homicide
- Négligence criminelle causant la mort
- Conduite dangereuse causant la mort
- Conduite avec facultés affaiblies causant la mort
- Autre, précisez :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Avez-vous un lien avec l'un des accusés ?

- Non
- Si oui, de quelle nature ?

(plusieurs réponses acceptées si plus d'un accusé)

Conjoint / Conjointe

#### Statut :

Marié(e)

Union civile

Conjoint de fait - date du début de la vie commune :

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Conjoint avec enfant (s)

Enfant

Parent

Frère / sœur

Grand-parent

Partenaire intime - date du début de la relation :

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Enfant du conjoint

Conjoint du parent

Oncle / Tante

Neveu / Nièce

Cousin / Cousine

Parent du conjoint

Conjoint de l'enfant

Ami / Amie

Collègue de travail

Autre, précisez :

\_\_\_\_\_

### Information complémentaire sur votre lien avec l'accusé ou les accusés :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Date(s) de comparution du ou des accusé(s) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Autres dates connues des procédures judiciaires, passées ou à venir (Inscrire les étapes et les dates) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Informations complémentaires

---

### Faites-vous partie d'une minorité ethnoculturelle ?

Si oui, laquelle :

---

### Faites-vous partie d'une nation autochtone ?

Si oui, laquelle :

---

### Présentez-vous un handicap ?

Précisez :

---

### Comment avez-vous entendu parler du Programme de remboursement pour les proches ?

Un intervenant dans un organisme. Précisez quel organisme :

---

Un policier

Une publicité (affiche, dépliant, etc.)

Recherche sur Internet

Autre, précisez :

---

### Avez-vous reçu de l'aide d'un intervenant pour remplir ce formulaire ?

Si oui, de quel organisme ?

---

### Recevez-vous présentement ou avez-vous reçu des services d'un CAVAC (Centre d'aide aux victimes d'actes criminels) ?

Si oui, celui de quelle région ?

---

Nom de l'intervenant(e) :

---

Coordonnées :

---

Nous autorisez-vous à échanger des informations avec cet organisme afin de pouvoir mieux vous aider quant à votre situation de proches et des frais encourus pour assister aux procédures judiciaires ?

Oui

Non

### Recevez-vous présentement ou avez-vous reçu des services d'un autre organisme en lien avec le décès ?

Non

Oui, précisez quel organisme :

---

Nom de l'intervenant(e) :

---

Coordonnées :

---

Nous autorisez-vous à échanger des informations avec cet organisme afin de pouvoir mieux vous aider quant à votre situation de proches et des frais encourus pour assister aux procédures judiciaires ?

Oui

Non

### Désirez-vous recevoir de l'information sur les services offerts par les Centres d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC) ?

Oui

Non

### Désirez-vous recevoir de l'information sur les services offerts par l'Association des Familles de Personnes Assassinées ou Disparues (AFPAD) ?

Oui

Non

### Désirez-vous recevoir de l'information sur les services offerts par MADD Canada (Mères contre l'alcool au volant) ?

Oui

Non

## Déclaration

---

Je déclare que les renseignements fournis dans cette demande sont exacts. Une déclaration de renseignements fausse, incomplète ou trompeuse aura des répercussions sur le traitement de la présente demande.

### Signature\*

---

Date\* (JJ / MM / AAAA)

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

