

Formulaire de demande de révision de dossier



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

Informations générales

Vous êtes invité(e) à remplir cette demande si vous ou une personne que vous accompagnez avez déjà rempli un **Formulaire pour demandeurs** et que vous voulez faire réviser la décision prise dans votre dossier. Vous avez **5 jours ouvrables** suite à la réception de la décision pour nous faire parvenir ce 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

Vous serez avisé(e) 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

Veillez 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**.

Les champs obligatoires sont marqués d'un astérisque. *

Informations sur le demandeur

Nom*

Prénom : _____

Nom : _____

Date de naissance* (JJ / MM / AAAA)

____ / ____ / _____

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*
