

Guide pour le formulaire de remboursement



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

Informations générales

Vous êtes invité à remplir cette demande si vous ou une personne que vous accompagnez avez déjà rempli un **Formulaire pour demandeurs** et que cette demande a reçu une réponse d'acceptation dans le présent dossier.

Vous devez remplir un formulaire par bénéficiaire.

Note : Le bénéficiaire est la personne qui a fait les dépenses et qui recevra le remboursement. Cela peut être le demandeur reconnu par le Programme, ou l'un de ces accompagnateurs. Il n'est pas nécessaire que le demandeur ait été présent à l'audience pour qu'un autre bénéficiaire puisse recevoir le remboursement.

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.

Préparation de votre demande de remboursement

Rassemblez toutes vos pièces justificatives et complétez les renseignements du formulaire.

Pièces justificatives à joindre à votre demande de remboursement :

- Preuve d'adresse
- Reçus de stationnement
- Reçus de repas
- Reçus d'hôtel
- Reçus de transport : autobus, taxi, avion, etc.
- Autres reçus à joindre

Les pièces justificatives pourront être jointes à l'envoi sous forme de photos ou de document PDF. Assurez-vous toutefois de **conserver les originaux** qui devront être fournis sur demande.

Après avoir envoyé votre demande

Le bénéficiaire pour qui le formulaire a été rempli recevra un chèque à son nom et à l'adresse indiquée dans le formulaire. Veuillez-vous assurer que le nom et l'adresse indiqués sur le formulaire sont conformes.

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**.

Assurez-vous que toutes vos pièces justificatives accompagnent votre demande.

Formulaire de remboursement



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

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.

A- Informations sur le bénéficiaire

Nom*

Prénom : _____

Nom : _____

Date de naissance* (JJ / MM / AAAA)

____ / ____ / ____

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*

Langue*

Français Anglais

Avez-vous été reconnu comme demandeur par le présent programme ?*

Oui : Numéro de demandeur :*

Note : le numéro de demandeur est inscrit dans la lettre d'acceptation du statut de demandeur.

Si oui, vous pouvez passer immédiatement à la **section C**

Non : Numéro de demandeur :*

Note : le numéro de demandeur est inscrit dans la lettre d'acceptation du statut de demandeur.

Prénom du demandeur que vous accompagnez :*

Nom du demandeur que vous accompagnez :*

Date de naissance du demandeur que vous accompagnez :*

B- Informations supplémentaires

À remplir seulement si vous êtes un accompagnateur (c'est-à-dire si vous n'avez pas été reconnu comme demandeur par le Programme).

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 :

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 Assassénées 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

C- Informations sur le Palais de justice où se sont déroulées les audiences

Étape(s) à la cour :

Lieu :

Date de l'audience (JJ / MM / AAAA) : / /

Si l'audience a durée plusieurs jours, veuillez indiquer la période :

D- Période couverte par la demande de remboursement

Date et heure du départ et du retour à résidence pour assister aux audiences.

Si l'audience s'est déroulée sur plusieurs jours et que vous êtes retourné à la résidence pour la nuit, veuillez spécifier le détail pour chaque jour. Si l'audience s'est déroulée sur plusieurs jours et que vous avez logé à l'extérieur de la résidence, veuillez inscrire le détail pour la journée de départ de la résidence et la journée de retour à la résidence.

Jours (AAAA/MM/JJ)	Heure de départ de la résidence	Heure de retour de la résidence

Avez-vous reçu une assignation à comparaître pour l'une ou l'autre de ces dates ?

- Non
- Oui, spécifier toutes les dates :

Ajouter des détails au besoin :

E- Transport

Vous pouvez réclamer le coût du transport (autobus, train, avion, etc.) que vous avez utilisé pour vous rendre au palais de justice ou à votre résidence.

Jours (AAAA/MM/JJ)	Mode de transport	Lieu de départ	Destination	Montant déboursé

Joindre les reçus*

Vous devez joindre toutes les factures pour obtenir un remboursement. De tels reçus ne sont pas exigés pour l'utilisation du transport en commun, tel que métro et autobus de ville. En l'absence de reçu, un maximum de 6,50 \$ par jour (soit 3,25 \$ par passage, aller-retour) sera remboursé.

F- Déplacement en voiture

Si vous vous déplacez en voiture, vous avez droit à une somme correspondant à 0,45 \$ du kilomètre parcouru.

Jour d'audience (AAAA/MM/JJ)	Lieu de départ*	Lieu d'arrivée	Kilométrage parcouru

Joindre une preuve d'adresse.*

Type de déplacement ?

- Avez-vous eu à vous déplacer sur des routes de forêt ou des routes en gravier ? Nombre de kilomètres : _____
- Avez-vous utilisé votre motocyclette personnelle ? Nombre de kilomètres : _____
- Avez-vous eu à vous déplacer en caravane motorisée ?
- Avez-vous utilisé votre motoneige personnelle ou véhicule tout terrain (V.T.T.) ou autre véhicule récréatif ?

Dates et heures :

Dates et heures :

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

G- Stationnement

Si vous vous déplacez en voiture, vous avez droit au remboursement de vos frais de stationnement.

Jour d'audience (AAAA/MM/JJ)	Heure du début du stationnement	Heure de fin du stationnement	Coût du stationnement

Joindre les reçus*

Vous devez joindre les reçus de stationnement lorsque possible. En l'absence de reçu, veuillez indiquer l'endroit exact où votre voiture a été stationnée à des fins de vérification des tarifs de stationnement :

H- Repas

Vous pouvez réclamer le coût de vos repas, jusqu'à concurrence de 46,25 \$ par jour :

- de 10,40 \$ pour le déjeuner (le déjeuner est remboursé si le déplacement nécessite un départ du domicile avant 7 h 30);
- de 14,30 \$ pour le dîner (le dîner est remboursé lorsque la période d'absence nécessaire du domicile se prolonge au-delà de 13 h ou dans le cas d'une audience l'après-midi seulement, le départ du domicile est avant 11 h 30);
- de 21,55 \$ pour le souper ou repas de nuit (Le souper est accordé lorsque la période d'absence du domicile se prolonge au-delà de 19 h).

Ces sommes incluent les taxes et le pourboire.

A noter que ces tarifs pourront être majorés dans certaines villes au nord du 49^e parallèle. Vous trouverez plus de détails sur le site Internet programmeproches.ca sous l'onglet Montants des remboursements.

Jour d'audience (AAAA/MM/JJ)	Ville	Heure du repas	Montant déboursé

Joindre les reçus*

Vous devez joindre toutes les factures pour obtenir un remboursement.

I- Hébergement

Vous pouvez obtenir une allocation pour votre hébergement si vous choisissez de coucher à l'hôtel (ou dans un autre établissement de type Airbnb), parce que votre domicile est éloigné du palais de justice ou que la procédure judiciaire se déroule sur plusieurs jours. Cette allocation peut aller de 79 \$ à 138 \$ pour une nuitée, selon la région et la période de l'année.

Vous trouverez les informations plus détaillées sur le site programmeproches.ca sous l'onglet **Montants des remboursements**.

Jour d'audience (AAAA/MM/JJ)	Adresse de l'hôtel ou du logement	Montant déboursé

Joindre les reçus*

Vous devez joindre toutes les factures pour obtenir un remboursement.

Avez-vous plutôt dormi chez un parent ou un ami ?

Si c'est le cas, vous avez droit à un montant de 22,25 \$ par nuit.

Adresse :

Dates :

J- 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 du bénéficiaire*

Date* (JJ / MM / AAAA)

____ / ____ / ____

K- Autorisation du demandeur (si différent du bénéficiaire)

J'autorise le programme à rembourser les frais du bénéficiaire qui a rempli cette demande. Je comprends que ce montant sera prélevé à même le montant auquel j'ai droit en tant que demandeur.

Signature du demandeur

Date (JJ / MM / AAAA)

____ / ____ / ____

Adresse courriel du demandeur :

L- Section à remplir seulement si le demandeur est une **personne mineure**

Nom du tuteur légal :

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 du tuteur

Date* (JJ / MM / AAAA)

____ / ____ / ____

Adresse courriel du tuteur :

Espace supplémentaire pour vos réponses :
