



Demande de changement d'avocat ou de retrait d'un avocat

Ce formulaire doit être utilisé si vous souhaitez retirer un avocat de votre réclamation. Si vous souhaitez ajouter un nouvel avocat, veuillez inclure ses coordonnées dans la **Section B**.

Prénom du membre du groupe

***(obligatoire)**

Nom de famille du membre du groupe

***(obligatoire)**

Date de naissance du membre du groupe

JJ/MM/AAAA

***(obligatoire)**

**Nom du demandeur
(s'il est différent du membre du groupe)**

Méthode de contact

***(Réponse obligatoire)**

☐

Adresse de courriel

(si vous en avez une)

☐

Numéro de téléphone

**Numéro de
réclamation**
***(obligatoire)**

Section A – Avocat à retirer

**Prénom de
l'avocat**
***(obligatoire)**

Nom de l'avocat
***(obligatoire)**

**Cabinet
d'avocats
(s'il est connu)**

Confirmation du demandeur

Je (le demandeur) confirme que j'ai demandé que l'avocat nommé ci-dessus soit retiré de ma réclamation dans le cadre du règlement du programme de foyers familiaux indiens. Je comprends que cet avocat n'aura plus accès à ma réclamation et ne me représentera plus. Toute communication qui était envoyée à mon avocat sera désormais envoyée à moi ou à mon nouveau représentant.

Je comprends également que si cet avocat m'a aidé à remplir mon formulaire de Catégorie 2, sa rémunération en vertu de l'Accord de règlement ne sera pas affectée par son retrait.

**Nom du demandeur
(en lettres moulées)**
***(obligatoire)**

Signature du demandeur
***(obligatoire)**

Section B - Renseignements sur le nouvel avocat

Souhaitez-vous être représenté(e) par un nouvel avocat? ***(obligatoire)**

- ☐ **Oui, et je veux être contacté(e) par l'intermédiaire de ce nouvel avocat.** - Veuillez continuer à remplir la **section B**.
- ☐ **Oui, mais je veux être contacté(e) directement au sujet de ma réclamation.** - Veuillez continuer à remplir la **section B**.
- ☐ **Non.** - Aucune autre mesure n'est requise.

Prénom de l'avocat
***(obligatoire)**

Nom de l'avocat
***(obligatoire)**

Cabinet d'avocats

Numéro du
barreau
***(obligatoire)**

Nom de la rue et
numéro d'immeuble
***(obligatoire)**

Numéro de bureau
ou d'unité
(le cas échéant)

**Ville/Village/Première
Nation ou réserve**
***(obligatoire)**

**Province/
territoire**
***(obligatoire)**

Pays
***(obligatoire)**

Code postal
***(obligatoire)**

**Téléphone de
bureau
avec le numéro de
poste**

Téléphone cellulaire

Adresse de courriel
***(obligatoire)**

Confirmation du demandeur

Je (le demandeur) affirme solennellement que j'ai choisi l'avocat mentionné ci-dessus pour me représenter dans le cadre du règlement du recours collectif concernant le programme de foyers familiaux indiens. J'autorise l'administrateur des réclamations à envoyer les informations relatives à ma réclamation, y compris tout formulaire de réclamation soumis, à l'avocat désigné en mon nom.

Je (l'avocat) affirme solennellement que j'assisterai le demandeur dans toutes les autres demandes liées au règlement du recours collectif concernant le programme de foyers familiaux indiens.

Nom de l'avocat
(en caractères d'imprimerie) ***(obligatoire)**

Signature de l'avocat
***(obligatoire)**

Nom du demandeur
(en caractères d'imprimerie) ***(obligatoire)**

Signature du demandeur
***(obligatoire)**

IMPORTANT : Toutes les communications entre l'administrateur des réclamations et l'avocat du demandeur se feront par courriel. Si vous n'êtes pas en mesure de communiquer par courriel, veuillez appeler l'administrateur au **1-888-499-1144**.

Renseignements relatifs au compte bancaire de l'avocat

**Numéro transitaire de
l'avocat**
***(obligatoire)**

**Numéro d'institution
financière de l'avocat**
***(obligatoire)**

**Numéro de compte de
l'avocat**
***(obligatoire)**