

Recours collectif concernant les foyers familiaux indiens

Catégorie 1 – Indemnisation pour placement dans le cadre du programme des foyers familiaux indiens – Formulaire de réclamation (représentant personnel)

Dans les années 1950, le Canada a créé le **programme des foyers familiaux indiens**, dans le cadre duquel des enfants des Premières Nations et des Inuit ont été retirés de leurs communautés et placés dans des foyers privés pour fréquenter l'école.

Le **recours collectif concernant les foyers familiaux indiens prévoit une indemnisation pour les personnes qui ont été placées dans ces foyers**. Les membres du groupe principal du recours collectif concernant les foyers familiaux indiens sont des demandeurs éligibles. **Les membres du groupe principal sont des personnes qui ont été placées dans des foyers privés durant la période du 1er septembre 1951 au 30 juin 1992 pour fréquenter l'école**, excluant les placements pour le niveau postsecondaire. Les personnes placées après le 30 juin 1992 sont aussi incluses si le Canada était responsable de leur placement.

Ce formulaire est destiné aux représentants personnels des membres du groupe principal qui sont des personnes frappées d'incapacité. Une personne frappée d'incapacité est une personne qui n'est pas en mesure d'administrer ses affaires ou d'exercer des jugements raisonnables ou de prendre des décisions raisonnables en raison d'une inaptitude mentale.

Pour les membres du groupe principal qui sont décédés le 24 juillet 2016 ou après cette date, ce formulaire n'est pas le bon. La personne responsable de leur succession peut remplir les formulaires de la succession en leur nom.

Les demandeurs éligibles peuvent réclamer deux catégories d'indemnisation :

- 1. Catégorie 1** – indemnisation pour placement dans le cadre du programme des foyers familiaux indiens
- 2. Catégorie 2** – indemnisation pour abus

Le présent formulaire de réclamation s'applique à une indemnité de catégorie 1. La première étape consiste à remplir ce formulaire. Vous pourrez soumettre une réclamation de catégorie 2 pour abus plus tard OU en même temps que ce formulaire.

Pour en savoir plus sur l'admissibilité, les dates pertinentes et le recours collectif lui-même, visitez le site:

<https://foyersfamiliauxfederaux.com/>

IMPORTANT:

**Le processus de réclamation a une date limite.
Date limite de réclamation : 22 février 2027**

Avertissement / mise en garde:

Remplir les sections suivantes de ce formulaire de réclamation pourrait être difficile émotionnellement et/ou traumatisant.

Si une consultation ou un soutien émotionnel vous est utile, la **Ligne d'écoute d'espoir pour le mieux-être** fournit gratuitement et en tout temps des services de conseil et d'intervention en situation de crise au **1-855-242-3310** ou en ligne à l'adresse www.espoirpourlemieuxetre.ca

Vous trouverez aussi des services de soutien en santé mentale sur le site Web du recours collectif concernant les foyers familiaux indiens, à l'adresse:

<https://foyersfamiliauxfederaux.com/ressources/>

Si vous avez besoin de soutien, trois équipes peuvent vous aider

Soutien émotionnel / en santé mentale

Remplir ce formulaire peut avoir des incidences sur votre santé émotionnelle et psychologique. Si vous avez besoin de soutien au cours de ce processus, vous trouverez des ressources sur le site Web du recours collectif, à l'adresse: <https://foyersfamiliauxfederaux.com/ressources/>

Vous pouvez également contacter la **Ligne d'écoute d'espoir pour le mieux-être** pour obtenir du réconfort et du soutien émotionnel. Vous pouvez la joindre sans frais au: **1-855-242-3310** ou en ligne à l'adresse: www.espoirpourlemieuxetre.ca

Questions relatives à la réclamation et au paiement de l'indemnité

L'administrateur des réclamations gère les réclamations et les paiements. Il peut vous aider avec le processus de réclamation et vous montrer comment remplir le formulaire.

Vous pouvez communiquer avec l'administrateur au: **1-888-499-1155**

Avocats du groupe et conseils juridiques disponibles

Si vous avez besoin d'un soutien juridique ou d'aide pour trouver un avocat qui vous aidera à remplir le formulaire de réclamation, vous pouvez communiquer avec **les avocats du groupe en composant** le: **1-604-874-7171** ou **les avocats du sous-groupe du Québec** au: **1-888-232-3778**

AVANT DE COMMENCER:

1. Rassemblez tous les documents qui, selon vous, pourraient vous aider à remplir ce formulaire. Bien que ce ne soit pas obligatoire, vous pouvez soumettre tout document que vous jugez utile pour appuyer votre demande. Les documents qui sont utiles incluent:
 - Pièce d'identité avec photo du membre du groupe (si vous en avez une)
 - Pièce d'identité avec photo du représentant personnel (si vous en avez une)
 - Documents concernant les demandes de participation au programme des foyers familiaux indiens
 - Documents concernant le séjour du membre du groupe dans le foyer familial, comme des photos, des lettres, des journaux intimes, etc.
 - Registres de présence ou bulletins de l'école que le membre du groupe a fréquentée pendant son placement
2. Veuillez remplir le formulaire du mieux que vous le pouvez. Vous pouvez soit imprimer le formulaire et le remplir sur papier, soit entrer vos réponses sur votre ordinateur dans les cases fournies, puis imprimer le formulaire rempli.
3. Veuillez répondre à toutes les questions obligatoires. Vous devez répondre à toutes les questions marquées de ***(obligatoire)** pour que votre formulaire soit considéré comme complet. Les réponses à toutes les autres questions ne sont pas obligatoires, et si vous ne voulez pas y répondre, laissez la case vide.
4. Lorsque des documents doivent être joints à votre réclamation, veuillez envoyer une photocopie claire. **N'envoyez pas de photos, de pièces d'identité ou de dossiers originaux**, car les documents joints à votre réclamation ne vous seront pas retournés.
5. Assurez-vous de garder, pour vos dossiers personnels, une copie de votre formulaire de réclamation et de tout document que vous y joindrez.

IMPORTANT:

Ce formulaire constitue une réclamation pour une **indemnité de catégorie 1** seulement. **Vous devez remplir un formulaire distinct pour réclamer une indemnité de catégorie 2.**

Présenter une réclamation pour la **catégorie 2 est optionnel**, vous n'avez pas à le faire sauf si vous voulez réclamer une indemnisation supplémentaire.

Si vous souhaitez faire une réclamation pour la catégorie 2, vous trouverez le formulaire sur le **site Web** <https://foyersfamiliauxfederaux.com/formulaire-de-reclamation> OU vous pouvez nous joindre par courriel ou par téléphone pour demander que le formulaire vous soit envoyé par la poste:

- **Adresse courriel:** reclamer@foyersfamiliauxfederaux.com
- **Numéro de téléphone:** 1-888-499-1155

Rappel: Le processus de réclamation est complexe. Le traitement de votre réclamation peut prendre plusieurs mois après l'envoi de votre ou vos formulaires. Si vous déménagez ou changez d'adresse courriel ou de numéro de téléphone, assurez-vous de fournir vos nouvelles coordonnées.

Si vous avez besoin de **modifier des renseignements (par exemple, adresse postale, adresse courriel ou numéro de téléphone)**, veuillez communiquer avec l'administrateur des réclamations par l'un des moyens suivants:

Adresse courriel	Numéro de téléphone	Poste
reclamer@foyersfamiliauxfederaux.com	1-888-499-1155	Attn: Recours collectif concernant les foyers familiaux indiens 18 York Street, Suite 2500, Toronto, Ontario, Canada M5J 0B2



Section A – Renseignements sur le demandeur

Êtes-vous un représentant personnel nommé pour administrer les affaires d'un membre du groupe principal frappé d'incapacité? ***(obligatoire)**

- Oui** – Veuillez continuer à remplir le formulaire.
- Je suis avocat et je remplis le formulaire au nom d'un représentant personnel** – Veuillez continuer à remplir le formulaire et remplir l'annexe B.

Je **NE SUIS PAS** le représentant personnel d'un membre du groupe principal, et je **NE SUIS PAS** un avocat faisant la demande pour un représentant personnel - **Vous utilisez le mauvais formulaire. Ne remplissez pas ce formulaire.** Veuillez utiliser le formulaire qui représente le mieux votre relation avec le membre du groupe.

- **Vous êtes le membre du groupe** (formulaires A1 & A2)
- **Vous êtes le représentant d'un membre décédé du groupe principal** (formulaires C1 & C2)

IMPORTANT: Si vous avez le mauvais formulaire, vous pouvez trouver le bon formulaire sur le site Web: <https://foyersfamiliauxfederaux.com/formulaire-de-reclamation>

Pour demander que le formulaire vous soit envoyé par la poste, vous pouvez nous joindre par courriel ou par téléphone aux coordonnées suivantes:

Adresse courriel: reclamer@foyersfamiliauxfederaux.com
Numéro de téléphone: 1-888-499-1155

Prénom du
membre du groupe
***(obligatoire)**

Nom de famille du
membre du groupe
***(obligatoire)**

**Deuxième
prénom/autre(s)
prénom(s) du
membre du groupe
(le cas échéant)**

**Nom avant le mariage
du membre du groupe
(le cas échéant)**

**Autre(s) nom(s),
nom(s) traditionnel(s)
ou nom(s) avant
l'adoption que le
membre du groupe
utilise maintenant ou
qu'il a utilisé(s) dans
le passé
(le cas échéant)**

**Date de naissance du
membre du groupe
JJ / MM / AAAA
(obligatoire)*

**Numéro d'assurance
sociale du membre du
groupe
(le cas échéant)**

Le membre du groupe a-t-il une pièce d'identité valide avec photo délivrée par le gouvernement?***(réponse obligatoire)**

- Oui** – Si le membre du groupe a une pièce d'identité valide avec photo délivrée par le gouvernement, veuillez **joindre à votre demande une photocopie du recto et du verso de cette pièce d'identité. NE JOIGNEZ PAS la pièce d'identité originale à votre réclamation.**
- Non** - Si le membre du groupe **n'a pas** de pièce d'identité valide avec photo délivrée par le gouvernement, veuillez remplir **la déclaration solennelle qui se trouve à l'annexe A de ce formulaire.**

Quelles sont les « pièces d'identité valides avec photo délivrées par le gouvernement »?

- Passeport
- Permis de conduire
- Cartes-photos provinciales et territoriales (par exemple, carte-photo de l'Ontario)
- Certificat de statut d'Indien (carte de statut)
- Carte de bénéficiaire Inuit
- Carte d'assurance maladie (Québec seulement)

Membres du groupe des Premières Nations :

Veillez fournir les renseignements ci-dessous du mieux que vous le pouvez. **(obligatoire)*

Numéro de carte de statut d'Indien du membre du groupe (le cas échéant)

Nom de la bande du membre du groupe (le cas échéant)

Si vous ne pouvez pas fournir de numéro de carte de statut d'Indien ou le nom de la bande du membre du groupe, veuillez expliquer pourquoi

Membres du groupe Inuit :

Veillez fournir les renseignements ci-dessous du mieux que vous le pouvez. **(obligatoire)*

Numéro de disque du membre du groupe (le cas échéant)

Numéro de bénéficiaire du membre du groupe (le cas échéant)

Si vous ne pouvez pas
fournir de numéro de
disque ou de numéro de
bénéficiaire du membre
du groupe, veuillez
expliquer pourquoi

**Veillez fournir ci-dessous vos renseignements en tant que
représentant personnel agissant au nom d'un membre du groupe principal.**

Prénom du
représentant
***(obligatoire)**

Nom de famille
du représentant
***(obligatoire)**

Deuxième
prénom/autre(s)
prénom(s) du
représentant
(le cas échéant)

**Veillez indiquer votre adresse postale actuelle (du représentant) OU
une adresse à laquelle vous pouvez recevoir du courrier.**

Adresse (numéro
et rue) ou case
postale
***(obligatoire)**

**Numéro
d'appartement ou
d'unité
(le cas échéant)**

**Ville, village,
Première Nation
ou réserve
*(obligatoire)**

**Province ou
territoire
*(obligatoire)**

**Pays
*(obligatoire)**

**Code postal
*(obligatoire)**

Veillez fournir vos coordonnées (du représentant).

Si vous n'avez pas de téléphone ou d'adresse courriel, nous vous enverrons des messages à l'adresse postale que vous avez fournie ci-dessus.

**Téléphone du
domicile**

**Téléphone
cellulaire**

**Adresse
courriel**

Quel est votre mode de communication préféré?

- Courriel (Veillez vous assurer d'avoir inclus votre adresse courriel ci-dessus)
- Courrier
- Un avocat remplit ce formulaire pour moi, et je veux qu'on passe par lui pour communiquer avec moi

Avez-vous (le représentant) une pièce d'identité valide avec photo délivrée par le gouvernement?
***(réponse obligatoire)**

- Oui** – Si vous avez une pièce d'identité valide avec photo délivrée par le gouvernement, veuillez **joindre à votre demande une photocopie du recto et du verso de cette pièce d'identité. NE JOIGNEZ PAS la pièce d'identité originale à votre demande**
- Non**– Si vous **n'avez pas** de pièce d'identité valide avec photo délivrée par le gouvernement, veuillez remplir pour vous-même **la déclaration solennelle qui se trouve à l'annexe A de ce formulaire.**

Quelles sont les « pièces d'identité valides avec photo délivrées par le gouvernement »?

- Passeport
- Permis de conduire
- Cartes-photos provinciales et territoriales (par exemple, carte-photo de l'Ontario)
- Certificat de statut d'Indien (carte de statut)
- Carte de bénéficiaire Inuit
- Carte d'assurance maladie (Québec seulement)

Vous (le représentant) devez avoir une preuve de votre autorisation d'agir en tant que représentant personnel du membre du groupe. *(obligatoire)

- Oui** – J'ai inclus une photocopie de la preuve de l'autorisation.
Remarque: NE JOIGNEZ PAS les documents originaux.

Qu'est-ce qui est considéré comme une « preuve d'autorité » d'agir en tant que représentant du membre du groupe?

- Preuve de nomination comme tuteur ou fiduciaire par une cour
- Nomination par Services aux Autochtones Canada en vertu de l'article 51 de la Loi sur les Indiens



Section B – Renseignements pour le paiement

Quel est le mode de paiement préféré du membre du groupe?

- Chèque à l'ordre du membre du groupe ou à l'ordre d'un compte en fiducie dont le membre du groupe est le bénéficiaire
- Dépôt direct dans le compte du membre du groupe ou dans un compte en fiducie dont le membre du groupe est le bénéficiaire

IMPORTANT pour les personnes admissibles:

Les paiements par chèque seront envoyés par la poste à l'adresse indiquée à la section A.

Si vous ne sélectionnez pas de mode de paiement, un chèque sera envoyé à l'adresse postale indiquée à la section A.

Veillez remplir cette section seulement si vous avez choisi le **dépôt direct** comme mode de paiement préféré.

Renseignements sur le compte bancaire

Numéro de transit

Numéro d'institution

Numéro de compte



Section C – Questions pour la catégorie 1

Pour être admissible à une indemnisation, le membre du groupe doit avoir été placé dans un foyer privé pour fréquenter l'école dans le cadre du programme des foyers familiaux indiens **entre le 1^{er} septembre 1951 et le 30 juin 1992**.

Si le membre du groupe a été placé **après le 30 juin 1992**, il est admissible à une indemnisation s'il peut établir que le gouvernement du Canada était responsable du placement.

Veillez fournir le plus d'information possible d'après vos souvenirs.

1. Le membre du groupe a-t-il été placé dans un foyer familial pour fréquenter l'école? ***(obligatoire)**

Oui Non

2. Première année du placement OU âge / niveau scolaire durant la première année du placement ***(obligatoire)**

3. Dernière année du placement OU âge / niveau scolaire durant la dernière année du placement ***(obligatoire)**

4. Dans le tableau ci-dessous, veuillez fournir les renseignements demandés du mieux que vous le pouvez.

Si vous avez besoin de plus d'espace, indiquez sur une feuille séparée tous les foyers familiaux dans lesquels le membre du groupe a été placé. Assurez-vous de joindre cette feuille à votre réclamation.

	Emplacement du foyer familial		Période du placement dans le foyer familial (années ou âges) *(obligatoire)	Noms des autres enfants placés dans le foyer familial avec le membre du groupe (si connus)	Noms du ou des parents du foyer familial (si connus)
	Ville, village, Première Nation ou réserve *(obligatoire)	Province ou territoire			
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					



Section C – Questions pour la catégorie 1 (suite)

5. Dans le tableau ci-dessous, veuillez indiquer les noms des écoles que le membre du groupe a fréquentées pendant son placement dans le cadre du programme des foyers familiaux indiens, et la période durant laquelle il les a fréquentées, si vous le pouvez. Si le membre du groupe s'en souvient, indiquez s'il s'agissait d'une école primaire ou secondaire.

Si vous avez besoin de plus d'espace, indiquez sur une feuille séparée toutes les écoles que le membre du groupe a fréquentées pendant son placement. Assurez-vous de joindre cette feuille à votre réclamation.

	Nom de l'école	Période (années ou âges)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		



Section D – Renseignements sur la diffusion

Pour nous aider à joindre d'autres membres du groupe potentiels, veuillez nous dire comment le membre du groupe a entendu parler du recours collectif concernant les foyers familiaux indiens.

- Site Web <https://foyersfamiliauxfederaux.com/>
- Réseaux sociaux (*Facebook / Instagram / LinkedIn etc.*)
- Session d'information de l'Administrateur des réclamations
- Centre d'amitié local
- Bureau de la bande
- Médias d'informations (radio, podcast, blog, journaux, magazines (y compris en ligne))
- Autre (veuillez préciser):



Section E – Acceptation

En soumettant votre réclamation, vous acceptez que:

- Les renseignements fournis à l'administrateur puissent être partagés avec le gouvernement du Canada, les avocats du groupe, les avocats du sous-groupe du Québec, l'examineur indépendant et le Comité des exceptions, au besoin;
- Après une décision finale quant à la présente réclamation, prise en vertu et conformément au processus de réclamation, les Parties, les Avocats du groupe, les Avocats du sous-groupe du Québec et les Avocats du Canada, l'Administrateur des réclamations, l'Examineur indépendant et le Comité des exceptions seront libérés de toute réclamation découlant de l'application du processus de réclamation, y compris, mais sans s'y limiter, la suffisance de l'indemnité reçue;
- Le Canada, l'Administrateur des réclamations, les Avocats du groupe, les Avocats du sous-groupe du Québec, l'Examineur indépendant et le Comité des exceptions et ses membres seront dégagés de toute responsabilité à l'égard de toute réclamation, poursuite, action, cause d'action ou demande, quelle qu'elle soit, en raison ou découlant d'un paiement à un représentant personnel;
- Les renseignements fournis sont, à votre connaissance, véridiques.

**Prénom et nom de famille
du représentant personnel
(en lettres moulées)**
***(obligatoire)**

Signature
***(obligatoire)**

Date de signature
JJ / MM / AAAA
***(obligatoire)**

Tous les renseignements personnels reçus resteront confidentiels et ne seront utilisés qu'aux fins du processus de règlement. Si vous avez des questions, veuillez visiter notre site Web à l'adresse <https://foyersfamiliauxfederaux.com/> ou appeler notre centre d'assistance au **1-888-499-1155**.



Avant de soumettre votre formulaire, veuillez utiliser notre liste de vérification pour vous assurer de l'avoir bien rempli

Veuillez vérifier d'avoir fait ce qui suit avant de soumettre votre réclamation:

Section A	<p>Vous avez:</p> <ul style="list-style-type: none">• Indiqué si vous êtes un représentant personnel ou un avocat• Fourni les renseignements obligatoires suivants pour le membre du groupe:<ul style="list-style-type: none">○ Prénom et nom de famille○ Date de naissance○ Photocopie de la pièce d'identité valide délivrée par le gouvernement du membre du groupe OU déclaration solennelle à l'annexe A s'il n'a pas de pièce d'identité• Fourni les renseignements obligatoires suivants pour le représentant :<ul style="list-style-type: none">○ Prénom et nom de famille○ Date de naissance○ Adresse à laquelle vous pouvez recevoir du courrier○ Mode de communication préféré (courriel, téléphone ou courrier)○ Photocopie de votre (le représentant) pièce d'identité valide délivrée par le gouvernement OU déclaration solennelle à l'annexe A si vous n'avez pas de pièce d'identité○ Photocopie de votre preuve d'autorisation
Section B	<p>Vous avez:</p> <ul style="list-style-type: none">• Fourni les renseignements sur le compte bancaire administré à titre de représentant du membre du groupe et joint un spécimen de chèque ou un formulaire de dépôt direct si vous préférez que le paiement soit versé par dépôt direct
Section C	<p>Vous avez:</p> <ul style="list-style-type: none">• Indiqué si le membre du groupe a été placé dans un foyer privé dans le cadre du programme des foyers familiaux indiens• Indiqué à quel âge, en quelle année ou à quel niveau scolaire le membre du groupe été placé dans le cadre du programme des foyers familiaux

Section E	<ul style="list-style-type: none"> Indiqué à quel âge, en quelle année ou à quel niveau scolaire le placement du membre du groupe a pris fin dans le cadre du programme des foyers familiaux indiens
	<p>Vous avez:</p> <ul style="list-style-type: none"> Signé et daté la page Acceptation

**Veillez choisir la méthode d’envoi qui vous convient le mieux.
Envoyez le formulaire de réclamation et les documents connexes par l’un
des moyens suivants :**

Adresse courriel	Télécopieur	Poste
reclamer@foyersfamiliauxfederaux.com	<p>Objet: Recours collectif concernant les foyers familiaux indiens</p> <p>Numéro de télécopieur: 1-833-912-5048</p>	<p>Attn: Recours collectif concernant les foyers familiaux indiens</p> <p>18 York Street, Suite 2500, Toronto, Ontario, Canada M5J 0B2</p>

Remarque: Si vous choisissez d’envoyer votre formulaire à l’administrateur par la poste, il est recommandé d’utiliser le courrier recommandé et d’obtenir un numéro de suivi, afin que vous sachiez où en est le traitement de votre envoi.

Ici se termine la réclamation de catégorie 1.

Si vous souhaitez présenter une réclamation de catégorie 2, vous devrez soumettre un autre formulaire. Les formulaires de catégorie 2 peuvent être téléchargés à partir du site Web:

<https://foyersfamiliauxfederaux.com/formulaire-de-reclamation>

Rappel: Présenter une réclamation pour la **catégorie 2 pour abus est optionnel. Vous pouvez soumettre une réclamation de catégorie 2 pour abus en même temps que ce formulaire ou plus tard**, quand vous serez à l'aise de le faire et que vous aurez le soutien nécessaire, **mais avant la date limite de réclamation.**

Prochaines étapes

1. Un avis de confirmation vous sera envoyé dans un délai de quatre à huit semaines pour vous informer que l'administrateur a reçu votre ou vos formulaires. Si vous ne recevez pas de confirmation dans les huit semaines suivant l'envoi de cette demande, veuillez communiquer avec l'administrateur des réclamations par courriel ou par téléphone pour vérifier que votre ou vos formulaires de réclamation ont bien été reçus.
 - L'administrateur des réclamations traitera ensuite votre réclamation pour déterminer si vous avez droit à une indemnisation. Tout au long de ce processus, vous pourrez demander de l'information sur le traitement de votre réclamation par le site Web, par téléphone, par courriel ou par la poste, selon votre préférence.
 - **Assurez-vous de conserver votre avis de confirmation**
2. Le traitement de chaque formulaire de réclamation peut prendre de six à huit mois, selon la complexité de la réclamation et du processus de paiement. Les réclamations présentées par des membres de la famille au nom d'un demandeur décédé qui n'a pas d'exécuteur testamentaire seront traitées après la fin de la période de soumission le 22 février 2027. Nous vous remercions d'avance de votre patience et de votre compréhension tout au long de ce processus.
3. Si votre réclamation a été examinée et que le membre du groupe est jugé non admissible à une indemnisation, le membre du groupe a le droit de demander un réexamen. Le formulaire de réexamen et les renseignements sur le processus se trouvent sur notre site Web à l'adresse <https://foyersfamiliauxfederaux.com/autres-formulaires>. Pour demander que le formulaire vous soit envoyé par la poste, vous pouvez nous joindre par courriel ou par téléphone aux coordonnées suivantes
 - **Adresse courriel:** reclamer@foyersfamiliauxfederaux.com
 - **Numéro de téléphone:** 1-888-499-1155
4. Si vos coordonnées changent (par exemple, votre adresse postale ou votre numéro de téléphone change), veuillez communiquer avec l'administrateur des réclamations par courriel ou par téléphone pour lui transmettre vos nouvelles coordonnées.

Annexe A - Déclaration solennelle

Cette section doit être remplie seulement si le membre du groupe ou le représentant ne peuvent pas fournir de photocopie d'une pièce d'identité valide délivrée par le gouvernement.

NE REMPLISSEZ PAS CETTE DÉCLARATION SOLENNELLE SI VOUS JOIGNEZ À VOTRE RÉCLAMATION UNE PHOTOCOPIE D'UNE PIÈCE D'IDENTITÉ VALIDE DÉLIVRÉE PAR LE GOUVERNEMENT.

Je déclare que les renseignements que j'ai fournis dans ce formulaire sont, à ma connaissance, exacts et véridiques.

Prénom et nom de famille
du représentant personnel
(en lettres moulées)
***(obligatoire)**

Signature
***(obligatoire)**

Date de signature
JJ / MM / AAAA
***(obligatoire)**

La déclaration ci-dessus doit être attestée par un garant, qui doit remplir les champs des pages 24 et 25.

La responsabilité du garant se limite à voir le demandeur signer cette page. En tant que garant, vous n'avez pas l'obligation de lire le formulaire ou de vérifier l'exactitude des événements décrits dans ce formulaire.

Un garant est une personne qui exerce l'une des fonctions suivantes:

- Agent des services frontaliers
- Gestionnaire financier autochtone accrédité
- Comptable agréé / inscrit
- Commissaire à l'assermentation
- Agent correctionnel
- Chef / chef héréditaire
- Mère de clan
- Sage-femme
- Juge de la Cour fédérale ou d'une cour provinciale ou juge de paix
- Conseiller du gouvernement, y compris chef ou conseiller de bande
- Administrateur du registre des Indiens
- Agent de liaison pour les communautés autochtones
- Dirigeant d'une communauté inuite / Aîné des Premières Nations / guérisseur traditionnel
- Avocat
- Médecin détenant une licence ou un permis de pratique
- Secrétaire des villages nordiques
- Notaire
- Agent de la paix
- Pharmacien
- Agent de police
- Psychologue ou psychiatre
- Conseiller clinicien inscrit
- Ergothérapeute inscrit
- Travailleur social détenant un permis de pratique

Prénom du garant
***(obligatoire)**

Nom de famille du garant
***(obligatoire)**

Deuxième prénom/autre(s) prénom(s) du garant (le cas échéant)

Numéro de téléphone du garant
***(obligatoire)**

Adresse courriel du garant

Fonction exercée par le garant
***(obligatoire)**

Adresse (numéro et rue) du garant
***(obligatoire)**

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

**Ville, village,
Première Nation ou
réserve**
***(obligatoire)**

**Province ou
territoire**
***(obligatoire)**

Pays
***(obligatoire)**

Code postal
***(obligatoire)**

**Prénom et nom de famille
du garant
(en lettres moulées)**
***(obligatoire)**

Signature du garant
***(obligatoire)**

Date de signature
JJ / MM / AAAA
***(obligatoire)**

Annexe B – Renseignements sur l’avocat

IMPORTANT: le Canada ne paiera aucun frais d’avocat pour une réclamation de catégorie 1.

Prénom
***(obligatoire)**

Nom de famille
***(obligatoire)**

Cabinet d’avocats

**Numéro du
barreau**
***(obligatoire)**

Adresse
(numéro et rue)
***(obligatoire)**

**Numéro de bureau
ou d’unité**
(le cas échéant)

**Ville, village,
Première Nation ou
réserve**
***(obligatoire)**

Province ou territoire
***(obligatoire)**

Pays
***(obligatoire)**

Code postal
***(obligatoire)**

Numéro de téléphone de bureau et poste

Téléphone cellulaire

Adresse courriel
***(obligatoire)**

Confirmation du représentant personnel

Je (le représentant personnel) affirme solennellement que l'avocat désigné ci-dessus m'a aidé(e) à remplir ma réclamation, et que j'en comprends le contenu.

Je (l'avocat) affirme solennellement que j'ai aidé le représentant à remplir personnel sa réclamation.

Nom de l'avocat
(en lettres moulées)
***(obligatoire)**

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

Nom du représentant personnel
(en lettres moulées)
***(obligatoire)**

Signature du représentant personnel
***(obligatoire)**

IMPORTANT: Toutes les communications entre l'administrateur des réclamations et l'avocat du demandeur se feront par courriel. Si vous ne parvenez pas à communiquer par courriel, veuillez appeler l'administrateur au **1-888-499-1155**