

Recours collectif concernant les foyers familiaux indiens

## Catégorie 2 – Indemnisation pour abus – 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 2. La première étape consiste à remplir un formulaire de demande d'indemnisation de catégorie 1.** Vous n'avez pas besoin de soumettre les deux formulaires en même temps, mais vous ne devez pas soumettre une réclamation de catégorie 2 en premier. **Vous pouvez soumettre une réclamation de catégorie 2 pour abus en tout temps avant la date limite de réclamation du 22 février 2027, à condition d'avoir déjà soumis une réclamation de catégorie 1.**

**Vous pouvez engager un avocat pour vous aider à soumettre votre réclamation de catégorie 2. Il n'est pas obligatoire qu'un avocat vous aide à soumettre votre formulaire.**

Si vous décidez d'engager un avocat, le Canada versera à votre avocat un montant supplémentaire équivalant à 5 % (plus taxes) de l'indemnité de catégorie 2 que vous recevrez. Ce paiement ne sera pas déduit de votre indemnité.

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](http://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](http://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**

Vous pouvez également communiquer avec le barreau de votre province ou territoire pour obtenir de l'aide juridique. Nous avons fourni une liste de coordonnées à l'annexe C.

**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 peuvent être utiles incluent:
  - Documents concernant le séjour du membre du groupe dans le foyer familial, comme des photos, des lettres, des journaux intimes, etc.
  - Dossiers médicaux
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 2** seulement. **Vous devez remplir un formulaire de catégorie 1 avant de remplir ce formulaire.** Si vous n'avez pas déjà soumis une réclamation pour une **indemnité de catégorie 1**, vous trouverez le formulaire à l'adresse <https://foyersfamiliauxfederaux.com/formulaire-de-reclamation>. Pour demander que ce formulaire de catégorie 1 vous soit envoyé par la poste, vous pouvez nous joindre par courriel ou par téléphone aux coordonnées suivantes :

- **Adresse courriel:** [reclamer@foyersfamiliauxfederaux.com](mailto:reclamer@foyersfamiliauxfederaux.com)
- **Numéro de téléphone:** 1-888-499-1155

**RAPPEL :**

Il **n'est pas obligatoire** de présenter une réclamation de **catégorie 2 pour abus**. Vous pouvez soumettre une réclamation de catégorie 2 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**.

**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
<a href="mailto:reclamer@foyersfamiliauxfederaux.com">reclamer@foyersfamiliauxfederaux.com</a>	1-888-499-1155	<b>Attn:</b> 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](mailto:reclamer@foyersfamiliauxfederaux.com)

**Numéro de téléphone:** 1-888-499-1155

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)**

**Mode de  
communication**  
**\*(réponse  
obligatoire)**

**Adresse courriel  
(le cas échéant)**

**Numéro de  
téléphone**

Si vous **soumettez vos formulaires de catégorie 1 et de catégorie 2 ensemble** ou si vous n'avez pas reçu d'avis de confirmation de l'administrateur, vous **n'avez pas à remplir la case ci-dessous.**

Si vous soumettez ce formulaire après avoir envoyé votre formulaire de catégorie 1 et que vous avez reçu un **numéro de réclamation**, veuillez inscrire votre **numéro de réclamation** dans la case ci-dessous. **Votre numéro de réclamation** ressemblera à l'exemple suivant: **BH-12345678.**

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



## Section B – Abus **\*(obligatoire)**

1. Dans cette section, vous passerez en revue le tableau qui **décrit la catégorie d'indemnisation** à laquelle le membre du groupe pourrait avoir droit. La catégorie d'indemnisation **est fondée sur le préjudice que le membre du groupe a subi** pendant son placement dans le cadre du programme des foyers familiaux indiens. **Veillez sélectionner tous les préjudices que le membre du groupe a subis en cochant les cases prévues à cet effet. **\*(obligatoire)****

**Notez que le membre du groupe ne recevra que le montant le plus élevé auquel il est admissible.** Par exemple, si le membre du groupe a subi à la fois des préjudices de la catégorie 2A et de la catégorie 2C, il recevra 100 000 \$.

### Catégorie 2A – 10 000 \$

- Commentaires ou provocations à caractère sexuel **OU**
- Mesures disciplinaires ou punitions déraisonnables ou disproportionnées **OU**
- Un incident ou plus de moquerie, de dénigrement (tels que des propos dégradants ou abusifs), d'humiliation ou de honte **OU**
- Menaces de violence, ou propos ou gestes intimidants **OU**
- Un incident de maltraitance, tel que:
  - Confinement déraisonnable (par exemple, être enfermé dans une pièce) **ou**
  - Être privé de nourriture, de soins médicaux, de vêtements adéquats, de chauffage ou de literie **ou**
  - Être contraint d'effectuer du travail non rémunéré (excédant les tâches domestiques normales) **ou**
  - Être contraint de consommer de l'alcool, des stupéfiants ou des substances nocives **ou**
  - Être empêché de fréquenter l'école

**Catégorie 2B – 50 000 \$**

- Un incident ou plus de:
  - Exposition forcée à la pornographie **ou**
  - Prise de photos nu(e) **ou**
  - Exhibitionnisme **ou**
  - Attouchements aux organes génitaux ou aux parties intimes (directement ou à travers les vêtements), caresses ou baisers **ou**
  - Simulation de rapports sexuels **OU**
  
- Une agression physique ou plus causant:
  - Un préjudice grave mais temporaire (tel qu'un œil au beurre noir, une ecchymose, une abrasion, une lacération, ou une incapacité qui a conduit ou aurait dû conduire à l'alitement) **ou**
  - Une altération ou défiguration mineure non permanente (tel que perte de conscience, os fracturés, perte ou endommagement de dents) **OU**
  
- Deux incidents ou plus de maltraitance, tel que:
  - Confinement déraisonnable (par exemple, être enfermé dans une pièce) **ou**
  - Être privé de nourriture, de soins médicaux, de vêtements adéquats, de chauffage ou de literie **ou**
  - Être contraint d'effectuer du travail non rémunéré (excédant les tâches domestiques normales) **ou**
  - Être contraint de consommer de l'alcool, des stupéfiants ou des substances nocives **ou**
  - Être empêché de fréquenter l'école

**Catégorie 2C – 100 000 \$**

- Un incident de:
  - Masturbation **ou**
  - Rapport sexuel oral ou tentative de rapport sexuel oral **ou**
  - Tentative de pénétration (y compris vaginale ou anale, pénétration digitale ou pénétration avec un objet) **OU**
  
- Agressions physiques récurrentes causant:
  - Un préjudice grave mais temporaire (tel qu'un œil au beurre noir, une ecchymose, une abrasion, une lacération, ou une incapacité qui a conduit ou aurait dû conduire à l'alitement) **ou**
  - Une altération ou défiguration mineure non permanente (tel que perte de conscience, os fracturés, perte ou endommagement de dents)

**Catégorie 2D – 150 000 \$**

- Un incident de pénétration (y compris vaginale ou anale, pénétration digitale ou pénétration avec un objet) **OU**
- Deux incidents ou plus de:
  - Tentative de rapport sexuel oral **ou**
  - Tentative de pénétration **OU**
- Une agression physique ou plus causant une déficience mentale ou physique, une blessure ou une défiguration permanente ou à long terme.

**Catégorie 2E – 200 000 \$**

- Deux incidents ou plus de:
  - Masturbation **ou**
  - Rapport sexuel oral **ou**
  - Pénétration (y compris vaginale ou anale, pénétration digitale ou pénétration avec un objet) **OU**
- Toute grossesse résultant d'un incident d'agression sexuelle (y compris une grossesse interrompue par une fausse couche ou par un avortement thérapeutique) **OU**
- Une agression physique ou plus causant une perte de mobilité permanente ou une lésion cérébrale

**Important (veuillez lire attentivement les instructions ci-dessous)**

Dans cette section, vous aurez à répondre à une série de questions sur les préjudices spécifiques subis par le membre du groupe durant son placement dans le cadre du programme des foyers familiaux indiens.

**Cette information est nécessaire pour que l'administrateur des réclamations évalue l'admissibilité du membre du groupe à l'indemnisation applicable aux niveaux de préjudice que vous avez indiqués ci-dessus.**

**Instructions**

1. Veuillez répondre aux questions obligatoires ci-dessous au meilleur de vos capacités. Vous devez répondre à toutes les questions marquées de **\*(obligatoire)** pour que votre formulaire soit considéré comme complet.
2. Il y a une case sous chaque question où vous pouvez écrire votre réponse. Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez utiliser une feuille séparée et la joindre à votre réclamation. Si vous utilisez une feuille séparée, prenez soin d'inscrire le numéro de la question à côté de votre réponse.
3. Veuillez répondre de manière aussi détaillée que possible et indiquer le type de préjudice subi, le lieu où il s'est produit et la personne qui l'a commis.
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. Veuillez vous concentrer sur les préjudices et les abus subis pendant le placement dans le cadre du programme des foyers familiaux indiens.

2. Dans cette section, il y a **cinq cases dans lesquelles vous pouvez décrire le préjudice spécifique que le membre du groupe a subi. Vous avez de l'espace pour décrire trois préjudices dans ce formulaire.** Vous pouvez décrire autant de préjudices que nécessaire, et joindre une page supplémentaire pour décrire des incidents supplémentaires. Veuillez répondre au meilleur de vos connaissances et si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez continuer sur une feuille séparée.

<b>Préjudice 1</b>
<b>1. Veuillez décrire le préjudice que le membre du groupe a subi pendant son placement dans le cadre du programme des foyers familiaux indiens. <i>*(obligatoire)</i></b>
<b>2. Où le préjudice s'est-il produit? Si vous n'êtes pas certain, veuillez fournir la meilleure description possible du lieu. <i>*(obligatoire)</i></b>
<b>3. Qui a commis le préjudice? <i>*(obligatoire)</i></b>
<b>4. Quand le préjudice s'est-il produit (âge, niveau scolaire ou année)? <i>*(obligatoire)</i></b>
<b>5. Environ combien de fois le membre du groupe a-t-il subi le préjudice? <i>*(obligatoire)</i></b>

**Préjudice 2**

1. Veuillez décrire le préjudice que le membre du groupe a subi pendant son placement dans le cadre du programme des foyers familiaux indiens. **\*(obligatoire)**

2. Où le préjudice s'est-il produit? Si vous n'êtes pas certain, veuillez fournir la meilleure description possible du lieu. **\*(obligatoire)**

3. Qui a commis le préjudice? **\*(obligatoire)**

4. Quand le préjudice s'est-il produit (âge, niveau scolaire ou année)? **\*(obligatoire)**

5. Environ combien de fois le membre du groupe a-t-il subi le préjudice? **\*(obligatoire)**

**Préjudice 3**

1. Veuillez décrire le préjudice que le membre du groupe a subi pendant son placement dans le cadre du programme des foyers familiaux indiens. **\*(obligatoire)**

2. Où le préjudice s'est-il produit? Si vous n'êtes pas certain, veuillez fournir la meilleure description possible du lieu. **\*(obligatoire)**

3. Qui a commis le préjudice? **\*(obligatoire)**

4. Quand le préjudice s'est-il produit (âge, niveau scolaire ou année)? **\*(obligatoire)**

5. Environ combien de fois le membre du groupe a-t-il subi le préjudice? **\*(obligatoire)**

3. Veuillez décrire les blessures et les répercussions que ces événements ont causées au membre du groupe. Par exemple, les effets à court terme de la violence physique ou sexuelle pourraient être des yeux au beurre noir, des coupures ou la perte de conscience.

Les effets à long terme de la violence physique ou sexuelle pourraient être des dents ou des os cassés, des cicatrices, une grossesse, des complications de grossesse ou d'accouchement ou des troubles de santé physique ou mentale. **\*(obligatoire)**

4. Y a-t-il des informations au sujet des préjudices que le membre du groupe a subis dans le cadre du programme des foyers familiaux indiens que vous souhaiteriez ajouter, qui **ne sont pas** déjà inclus dans vos réponses aux questions 1 à 3 ? **(Facultatif)**



## Section C – Renseignements sur le représentant personnel

**La section C s'applique seulement aux nouveaux représentants qui présentent une réclamation au nom d'un membre du groupe principal.**

Êtes-vous **le même représentant** qui a rempli le formulaire de catégorie 1 au nom du membre du groupe OU soumettez-vous ce formulaire de catégorie 2 avec votre formulaire de catégorie 1?

**\*(Required)**

- Oui** – Veuillez passer à la **section D**
- Non** – Veuillez **utiliser la case ci-dessous pour expliquer pourquoi vous n'êtes pas le même demandeur**, et remplissez le reste de la **section C**

**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

**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 C.

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

Veuillez 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 D – 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:**

<p><b>Section A</b></p>	<p><b>Vous avez:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indiqué si vous êtes un représentant personnel ou un avocat</li> <li>• Indiqué le prénom et le nom de famille du membre du groupe, ainsi que sa date de naissance</li> <li>• Fourni le numéro de réclamation du membre du groupe, si vous soumettez ce formulaire séparément du formulaire de catégorie 1</li> </ul>
<p><b>Section B</b></p>	<p><b>Vous avez:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indiqué les types d'abus que le membre du groupe a subis pendant son placement dans le cadre du programme des foyers familiaux indiens</li> <li>• Inclus des renseignements supplémentaires au sujet des expériences vécues par le membre du groupe et joint des photocopies des documents pertinents que vous jugez appropriés</li> <li>• Si vous incluez des documents, veuillez envoyer des photocopies claires. Vous ne devez pas envoyer de documents, de pièces d'identité ou de dossiers originaux, car ils ne vous seront pas retournés</li> </ul>
<p><b>Section C (Nouveaux représentants seulement)</b></p>	<p><b>Vous êtes le représentant légal d'un membre du groupe et vous N'ÊTES PAS le même représentant qui a présenté une réclamation pour la catégorie 1.</b></p> <p><b>Vous avez:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fourni votre nom et votre adresse</li> <li>• Joint une photocopie de votre pièce d'identité valide délivrée par le gouvernement</li> <li>• Joint une preuve de l'autorisation d'agir en tant que représentant du demandeur</li> </ul>
<p><b>Section D</b></p>	<p><b>Vous avez:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Signé et daté la page Acceptation</li> </ul>

**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
<p><a href="mailto:reclamer@foyersfamiliauxfederaux.com">reclamer@foyersfamiliauxfederaux.com</a></p>	<p><b>Objet:</b> Recours collectif concernant les foyers familiaux indiens</p> <p><b>Numéro de télécopieur:</b> 1-833-912-5048</p>	<p><b>Attn:</b> 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 2.

Nous comprenons que le rappel de ces expériences peut avoir été bouleversant ou émotionnellement épuisant.

Si vous avez un besoin immédiat d'aide en santé mentale ou de soutien émotionnel, veuillez communiquer avec la **Ligne d'écoute d'espoir pour le mieux-être au 1-855-242-3310** ou en ligne à l'adresse [www.espoirpourlemieuxetre.ca](http://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/>.

## 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. De plus, votre réclamation de catégorie 1 doit être examinée avant que votre réclamation de catégorie 2 ne puisse être traitée. 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 ou admissible à un niveau de réclamation inférieur à celui demandé, vous avez 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](mailto: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 représentant ne peut 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 du représentant  
personnel  
**\*(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 28 et 29.

**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

Si vous êtes un avocat qui remplit le formulaire au nom d’un demandeur, veuillez fournir les renseignements demandés ci-dessous.

**IMPORTANT:**

Si un avocat aide un demandeur à remplir son formulaire de catégorie 2, le Canada le paiera pour son assistance. Les frais juridiques seront de 5 % de l’indemnité de catégorie 2 versée au demandeur, plus les taxes applicables. Le Canada paiera les frais juridiques en plus du montant versé au demandeur.

Ces frais juridiques **s’ajouteront au paiement versé aux membres du groupe. Le recours à un avocat ne réduira pas votre indemnité d’un pourcentage quelconque.**

**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 personnel à remplir 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**

Les frais de l'avocat de 5 % seront payés par dépôt direct. Pour le traitement de ce paiement, veuillez fournir vos renseignements ci-dessous.

### **Renseignements sur le compte bancaire**

**Numéro de transit**  
**\*(obligatoire)**

**Numéro d'institution**  
**\*(obligatoire)**

**Numéro de compte**  
**\*(obligatoire)**

#### **IMPORTANT:**

Pour le traitement de votre paiement par dépôt direct, **veuillez joindre à votre demande une copie d'un spécimen de chèque ou un formulaire de dépôt direct.** Vous pouvez obtenir un formulaire de dépôt direct auprès d'un représentant du service à la clientèle de votre banque, ou dans les services bancaires en ligne.

## Annexe C – Renseignements sur les barreaux

Vous trouverez ci-dessous la liste des barreaux provinciaux et territoriaux et leurs coordonnées. Veuillez communiquer avec le barreau de la province ou du territoire où vous habitez pour trouver un avocat qui vous offrira du soutien juridique.

### Numéros de téléphone généraux:

<b>Alberta</b>	1-800-661-9003
<b>Colombie-Britannique</b>	1-800-903-5300
<b>Manitoba</b>	1-855-942-5571
<b>Nouveau-Brunswick</b>	506-458-8540
<b>Terre-Neuve-et-Labrador</b>	709-722-4740
<b>Nouvelle-Écosse</b>	902-422-1491
<b>Ontario</b>	1-800-668-7380
<b>Île-du-Prince-Édouard</b>	902-566-1666
<b>Québec</b>	1-844-954-3411
<b>Saskatchewan</b>	1-833-733-0133
<b>Territoires du Nord-Ouest</b>	1-867-873-3828
<b>Nunavut</b>	1-844-979-2330
<b>Yukon</b>	1-867-668-4231

**Les sites web du Barreau et « Trouver un avocat »:**

	<b>Le site web du barreau</b>	<b>Site web « Trouver un avocat »:</b>
<b>Canada</b>	<a href="https://www.cba.org/Home?lang=fr-ca">https://www.cba.org/Home?lang=fr-ca</a>	<a href="https://www.cba.org/For-The-Public/Find-A-Lawyer?lang=fr-ca">https://www.cba.org/For-The-Public/Find-A-Lawyer?lang=fr-ca</a>
<b>Alberta</b>	<a href="https://www.lawsociety.ab.ca/">https://www.lawsociety.ab.ca/</a>	<a href="https://lsa.memberpro.net/main/body.cfm">https://lsa.memberpro.net/main/body.cfm</a>
<b>Colombie-Britannique</b>	<a href="https://www.lawsociety.bc.ca/">https://www.lawsociety.bc.ca/</a>	<a href="https://www.lawsociety.bc.ca/for-the-public/finding-a-lawyer/">https://www.lawsociety.bc.ca/for-the-public/finding-a-lawyer/</a>
<b>Manitoba</b>	<a href="https://www.lawsociety.mb.ca/">https://www.lawsociety.mb.ca/</a>	<a href="https://lawsociety.mb.ca/for-the-public/finding-a-lawyer/lawyer-lookup/">https://lawsociety.mb.ca/for-the-public/finding-a-lawyer/lawyer-lookup/</a>
<b>Nouveau-Brunswick</b>	<a href="https://lawsociety-barreau.nb.ca/fr/">https://lawsociety-barreau.nb.ca/fr/</a>	<a href="https://lsbnb.alinityapp.com/client/RepertoirePublic">https://lsbnb.alinityapp.com/client/RepertoirePublic</a>
<b>Terre-Neuve-et-Labrador</b>	<a href="https://lsnl.ca/">https://lsnl.ca/</a>	<a href="https://lsnl.ca/public/finding-a-lawyer/">https://lsnl.ca/public/finding-a-lawyer/</a>
<b>Nouvelle-Écosse</b>	<a href="https://nsbs.org/">https://nsbs.org/</a>	<a href="https://members.nsbs.org/NSBSWEB/Lawyer_Search/Search_Page.aspx">https://members.nsbs.org/NSBSWEB/Lawyer_Search/Search_Page.aspx</a>
<b>Ontario</b>	<a href="https://lso.ca/accueil">https://lso.ca/accueil</a>	<a href="https://lso.ca/services-au-public/trouver-un-avocat-ou-un-parajuriste/repertoire-des-avocat(e)s-et-des-parajuristes">https://lso.ca/services-au-public/trouver-un-avocat-ou-un-parajuriste/repertoire-des-avocat(e)s-et-des-parajuristes</a>
<b>Île-du-Prince-Édouard</b>	<a href="https://lawsocietypei.ca/">https://lawsocietypei.ca/</a>	<a href="https://lawsocietypei.ca/find-a-lawyer">https://lawsocietypei.ca/find-a-lawyer</a>
<b>Québec</b>	<a href="https://www.barreau.qc.ca/fr/">https://www.barreau.qc.ca/fr/</a>	<a href="https://www.barreau.qc.ca/fr/trouver-un-avocat/">https://www.barreau.qc.ca/fr/trouver-un-avocat/</a>

<b>Saskatchewan</b>	<a href="https://www.lawsociety.sk.ca/">https://www.lawsociety.sk.ca/</a>	<a href="https://lss.alinityapp.com/client/public-directory">https://lss.alinityapp.com/client/public-directory</a>
<b>Territoires du Nord-Ouest</b>	<a href="https://lawsociety.nt.ca/">https://lawsociety.nt.ca/</a>	<a href="https://lsnt.ca.thentiacloud.net/webs/lsnt/register/#">https://lsnt.ca.thentiacloud.net/webs/lsnt/register/#</a>
<b>Nunavut</b>	<a href="https://www.lawsociety.nu.ca/">https://www.lawsociety.nu.ca/</a>	<a href="https://www.lawsociety.nu.ca/en/for-the-public/membership-directory">https://www.lawsociety.nu.ca/en/for-the-public/membership-directory</a>
<b>Yukon</b>	<a href="https://lawsocietyyukon.com/">https://lawsocietyyukon.com/</a>	<a href="https://lawsocietyyukon.com/find-a-lawyer/">https://lawsocietyyukon.com/find-a-lawyer/</a>