

Programme des foyers familiaux indiens  
**Formulaire de demande de réexamen**



**Demande de réexamen**

**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**

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

**Quelle est la catégorie de réclamation que vous souhaitez faire réexaminer? *\*(obligatoire)***

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

**Pourquoi demandez-vous un réexamen? *\*(obligatoire)***

**Catégorie 1**

- La lettre de décision indiquait que je n'étais pas admissible à une indemnité.
- La lettre de décision indiquait que des renseignements ne figuraient pas dans ma demande. Je fournis plus de renseignements avec cette demande de réexamen.

**Catégorie 2**

- La lettre de décision indiquait que j'avais droit à un montant d'indemnité inférieur au montant que j'avais demandé.
- La lettre de décision indiquait que je n'avais pas droit à une indemnité. Je n'ai donc reçu aucune indemnité.
- La lettre de décision indiquait que des renseignements ne figuraient pas dans ma demande. Je fournis cette information avec la présente demande de réexamen.

**Disposez-vous de renseignements SUPPLÉMENTAIRES à l'appui de votre demande de réexamen?  
(Facultatif)**

- Oui
- Non

**IMPORTANT :** Si vous fournissez des pièces justificatives ou des témoignages avec votre demande, joignez uniquement des **photocopies et non les originaux** car ceux-ci ne vous seront pas retournés.

**Veillez fournir des détails sur les raisons pour lesquelles la décision relative à la réclamation devrait être réexaminée. Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez l'inclure sur une feuille de papier distincte. **\*(obligatoire)****

**Un avocat vous a-t-il aidé pour cette demande de réexamen d'une réclamation de catégorie 2?**

- Oui** – Veuillez répondre à la question ci-dessous
- Non** – Aucune autre mesure n'est nécessaire

L'avocat qui vous a aidé pour cette demande de réexamen vous a-t-il également aidé pour votre réclamation initiale? Si non, veuillez remplir l'annexe A.

- Oui, le même avocat m'a aidé** – Aucune autre mesure n'est nécessaire
- Non, un nouvel avocat m'a aidé ou mon avocat m'a seulement aidé pour ma demande de réexamen et non pour ma réclamation initiale de catégorie 2** – Veuillez remplir l'annexe A.

**Veuillez choisir la méthode d'envoi qui vous convient le mieux.**  
**Envoyez le formulaire de réclamation et les documents connexes:**

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

## Annexe A – Renseignements de l’avocat

**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)

**Code postal**  
**\*(obligatoire)**

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

**Pays**  
**\*(obligatoire)**

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

**Numéro de téléphone de bureau et poste**

**Téléphone cellulaire**

**Adresse courriel**  
**\*(obligatoire)**

**Confirmation du membre du groupe**

Je (le demandeur), affirme solennellement que l'avocat désigné ci-dessus m'a aidé à remplir ma demande de réexamen et j'en comprends le contenu.

Je (l'avocat), affirme solennellement que j'ai aidé le demandeur à remplir sa demande de réexamen.

---

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

---

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

---

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

---

**Signature du demandeur**  
**\*(obligatoire)**

**IMPORTANT** : Les communications entre l'administrateur des réclamations et le conseil du requérant doivent se faire par courriel. Si vous n'êtes pas en mesure de communiquer par courriel, veuillez appeler l'administrateur des réclamations au : **1-888-499-1155**

Si **vous êtes avocat** et que vous remplissez le formulaire au nom d'un requérant, veuillez fournir vos renseignements bancaires ci-dessous aux fins de paiement.

**Renseignements relatifs au compte bancaire :**

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

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

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