

Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide

Étape 1 – Demande d'évaluation préliminaire

Toutes les personnes **vivantes** qui estiment être des survivants de la thalidomide, y compris celles qui n'ont pas été indemnisées dans le cadre du Régime d'aide extraordinaire aux victimes de la thalidomide mis en place par le gouvernement du Canada en 1991 ou du Programme de soutien aux survivants de la thalidomide de 2015, doivent présenter une **demande d'évaluation préliminaire** à l'administrateur avant la **date limite** de présentation des demandes, **soit le 3 juin 2024, et** doivent passer les trois étapes suivantes pour être admissibles en vertu du « Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide (« PCSST »).

Étape 1 : Évaluation préliminaire

Étape 2 : Évaluation de la probabilité

Étape 3 : Examen par le comité multidisciplinaire

Pour en savoir plus sur chaque étape, veuillez consulter le site Web www.pcsstcanada.ca.

ÉTAPE 1 : Instructions

1. Remplir le formulaire de demande d'évaluation préliminaire ci-joint, au complet. Les demandes incomplètes entraîneront des retards dans le traitement.
2. Déposer les documents et les photographies demandés dans le formulaire de demande.
3. Déposer une photocopie de la pièce d'identité obligatoire émise par le gouvernement.
4. Retourner à l'administrateur le formulaire de demande d'évaluation préliminaire, les documents et photographies requis, ainsi que la pièce d'identité, dans une enveloppe portant le cachet de la poste, au plus tard le 3 juin 2024, à l'adresse suivante :

Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide
CP 507 SUCC B, Ottawa (Ontario), K1P 5P6
info@pcsstcanada.ca; Télécopieur : 1-866-262-0816

Sur réception, l'administrateur examinera votre demande d'évaluation préliminaire et déterminera si vous êtes admissible pour passer à l'étape 2, l'évaluation de la probabilité.

Vous serez informé par **écrit** lorsqu'une décision aura été prise.

DES QUESTIONS? BESOIN D'AIDE?
1-877-507-7706 • 1-877-627-7027 (ATS) • www.pcsstcanada.ca

Énoncé de confidentialité :

Les renseignements requis dans le présent formulaire de demande d'évaluation préliminaire dans le cadre du Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide sont recueillis, utilisés et conservés par l'Administrateur du Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide (« Administrateur ») et par ses agents, aux fins de l'exploitation et de l'administration du Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide, en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques*, L.C. 2000, ch. 5 (« LPRPDE »). Ces renseignements peuvent être fournis au gouvernement du Canada afin de faciliter l'administration du Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide. Les renseignements personnels sont protégés en vertu de la législation fédérale, y compris la LPRPDE et la *Loi sur la protection de la vie privée*. Les renseignements personnels peuvent être utilisés ou divulgués conformément à la législation pertinente. Vous avez le droit de présenter une demande d'accès à vos renseignements personnels. Pour ce faire, veuillez composer le 1-877-507-7706 ou le 1-877-627-7027 (ATS).

Section 1 : Coordonnées du demandeur de la thalidomide

Langue préférée :	<input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> Français
Mode de communication préféré :	<input type="checkbox"/> Poste	<input type="checkbox"/> Courriel *
Prénom :		
Second(s) prénom(s) :		
Nom de famille :		
Adresse postale :		
Ville :		
Province/territoire/État/Pays :		
Code postal/Code zip :		
Numéro de téléphone principal :	()	—
Autre numéro de téléphone :	()	—
Adresse électronique :		

* Si vous préférez communiquer par courrier électronique, veuillez ajouter info@pcsstcanada.ca à votre carnet d'adresses.

Section 2 : Coordonnées du représentant personnel dûment autorisé

(Ne pas remplir cette section si le demandeur n'a pas de représentant personnel dûment autorisé)

Cette section doit être remplie **seulement** si vous avez été **dûment** autorisé à administrer les affaires du demandeur. Vous **DEVEZ** fournir une preuve de votre pouvoir d'agir à titre de représentant personnel du demandeur de la thalidomide. Veuillez remplir toutes les cases de la section 1 à la page précédente concernant le demandeur et la section 2 ci-dessous vous concernant.

J'ai joint une photocopie certifiée conforme d'une (1) des pièces suivantes :	Veillez cocher (✓) la case pertinente : <input type="checkbox"/> Pouvoir d'agir <input type="checkbox"/> Ordonnance du tribunal <input type="checkbox"/> Autre : _____
Prénom :	
Nom :	
Adresse postale :	
Ville :	
Province/territoire/État/Pays :	
Code postal/Code zip :	
Numéro de téléphone principal :	() –
Autre numéro de téléphone :	() –
Adresse électronique :	
Lien avec le demandeur :	

Section 3 : Personne qui a aidé à remplir le présent formulaire

Comme pour la section 2 (si la présente case est cochée, il n'y a pas lieu de remplir les cases de la section 3 ci-dessous)

Prénom :	
Nom :	
Courriel ou numéro de téléphone :	
Lien avec le demandeur :	

Section 4 : Antécédents du demandeur

Ancien(s) nom(s) ou autre(s) nom(s) du demandeur de la thalidomide :	
Sexe à la naissance :	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Identité de genre :	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Autre : _____
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :	
Lieu de naissance (ville, province et pays) :	
Description des lésions causées par la thalidomide : <ul style="list-style-type: none">• Soyez précis dans votre description• Indiquer si vous aviez cette lésion à la naissance ou si elle est survenue après votre naissance• Indiquer si vous avez subi des chirurgies réparatrices• Au besoin, utiliser d'autres pages	Tête (y compris le visage, les oreilles et les yeux) : <input type="checkbox"/> Sans objet <input type="checkbox"/> Documents joints <input type="checkbox"/> Photographies jointes

<p>Description des lésions causées par la thalidomide :</p> <ul style="list-style-type: none">• Soyez précis dans votre description• Indiquer si vous aviez cette lésion à la naissance ou si elle est survenue après votre naissance• Indiquer si vous avez subi des chirurgies réparatrices• Au besoin, utiliser d'autres pages	<p>Bras (y compris les mains et les doigts) :</p> <p><input type="checkbox"/> Sans objet</p> <p><input type="checkbox"/> Documents joints <input type="checkbox"/> Photographies jointes</p>
<p>Description des lésions causées par la thalidomide :</p> <ul style="list-style-type: none">• Soyez précis dans votre description• Indiquer si vous aviez cette lésion à la naissance ou si elle est survenue après votre naissance• Indiquer si vous avez subi des chirurgies réparatrices• Au besoin, utiliser d'autres pages	<p>Jambes (y compris les hanches et les pieds) :</p> <p><input type="checkbox"/> Sans objet</p> <p><input type="checkbox"/> Documents joints <input type="checkbox"/> Photographies jointes</p>

Description des lésions causées par la thalidomide :

- Soyez précis dans votre description
- Indiquer si vous aviez cette lésion à la naissance ou si elle est survenue après votre naissance
- Indiquer si vous avez subi des chirurgies réparatrices
- Au besoin, utiliser d'autres pages

Organes internes (y compris les nerfs) :

- Sans objet
 Documents joints Photographies jointes

Veillez utiliser l'espace ci-dessous pour partager des renseignements additionnels au sujet de votre santé dont vous aimeriez que l'Administrateur prenne connaissance. Au besoin, veuillez utiliser d'autres pages.

DES QUESTIONS? BESOIN D'AIDE?

1-877-507-7706 • 1-877-627-7027 (ATS) • www.pcsstcanada.ca

Section 5 : Antécédents de la mère biologique

Prénom de la mère biologique :

Nom de la mère biologique :

Ancien(s) nom(s) de la mère biologique :

Énumérer toutes les villes, les provinces et les pays dans lesquels votre mère biologique a résidé avant votre naissance, en indiquant quand et où (si vous le savez) :

Veillez nous fournir des renseignements au sujet de l'ingestion de la thalidomide par votre mère biologique, notamment en ce qui concerne la façon dont/la personne auprès de qui elle s'est procuré le médicament, le moment où elle l'a ingéré et combien de fois elle l'a ingéré, si vous le savez. Si vous avez des documents tels que les dossiers médicaux vous concernant ou concernant votre mère biologique et indiquant la prise de thalidomide, ou des affidavits de toute personne ayant connaissance de l'ingestion (p. ex. les membres de la famille, les amis ou autres), vous pouvez joindre des photocopies de ces documents à votre demande. Au besoin, veuillez utiliser d'autres pages.

Section 6 : Identification avec photo et respect de la vie privée

TOUS LES demandeurs de la thalidomide sont tenus de fournir une preuve d'identité avec photo. Les représentants personnels dûment autorisés doivent fournir une preuve d'identité à la fois pour le demandeur et pour eux-mêmes.

Veillez transmettre une photocopie d'une (1) des pièces d'identité suivantes émises par le gouvernement comme preuve d'identité. Cette pièce d'identité doit indiquer **votre date de naissance** :

- Certificat de naissance
- Certificat de baptême
- Permis de conduire provincial valide
- Carte d'identité à photo provinciale valide (qui comprend la date de naissance)
- Passeport canadien valide

Pour protéger vos renseignements personnels et nous aider à confirmer votre identité lorsque nous discutons avec vous, veuillez fournir un mot ou un chiffre de sécurité, ou une combinaison des deux, que vous devrez fournir lorsque vous communiquez avec nous. Veuillez choisir un code dont vous pourrez vous souvenir.

Question de sécurité (indice au cas où vous oubliez votre réponse de sécurité) :

Réponse à la question de sécurité :

Section 7 : Déclaration et signature

La présente section doit être remplie par le demandeur de la thalidomide ou le représentant personnel dûment autorisé. Veuillez lire attentivement la déclaration suivante avant de la signer.

Déclaration : J'ai rempli le formulaire de demande d'évaluation préliminaire dans le cadre du Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide et je comprends qu'un Administrateur examinera ma demande afin de vérifier si elle est complète et qu'il pourrait avoir besoin de communiquer avec moi pour demander des renseignements supplémentaires. Je suis conscient(e) du fait que le fait de remplir cette demande ne signifie pas automatiquement que je suis admissible au Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide. Je dois satisfaire aux exigences liées aux trois étapes, pour être admissible en vertu du Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide (« PCSST »).

Je consens au partage de mes renseignements personnels, y compris, mais sans s'y limiter, mes coordonnées, avec l'Administrateur, les autorités du gouvernement du Canada et les tierces parties autorisées nécessaires, uniquement dans le but de traiter ma demande d'évaluation.

En signant ci-dessous, j'indique que je consens au contenu de la présente déclaration.

Demandeur de la thalidomide/représentant personnel dûment autorisé :

Nom en lettres moulées : _____

Signature : _____

Date : _____
(jj/mm/aaaa)

Tous les demandeurs de la thalidomide ou les représentants personnels dûment autorisés doivent signer ou apposer leur marque à la Section 7, en la présence d'un témoin qui peut être un parent. Le témoin doit fournir ses coordonnées ci-dessous et signer la Déclaration du témoin qui suit.

Prénom du témoin

Nom de famille du témoin

Ville

Province/Territoire/État

Pays

Lien avec le demandeur de la thalidomide/le représentant personnel

Déclaration du témoin : J'ai été témoin de la signature ou de l'apposition de la marque du demandeur de la thalidomide ou du représentant personnel dûment autorisé. Lorsque le demandeur de la thalidomide ou le représentant personnel dûment autorisé a apposé une marque comme signature, j'ai lu le contenu du présent formulaire de demande d'évaluation préliminaire présentée dans le cadre du Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide ou à son représentant personnel, qui a apposé une marque comme signature et qui comprend et confirme les renseignements en question.

Nom en lettres moulées : _____

Signature : _____

Date : _____
(jj/mm/aaaa)

Veillez vous assurer de joindre les documents et de fournir les renseignements suivants avec le formulaire de demande que vous transmettez à l'Administrateur :

- Documents et photographies à l'appui
- Preuve d'identité du demandeur
- Une preuve d'identité du représentant personnel dûment autorisé (s'il y a lieu)
- Copie certifiée conforme du pouvoir du représentant personnel d'agir au nom du demandeur (s'il y a lieu)
- Question et réponse de sécurité fournies à la section 6
- Déclaration du demandeur/représentant personnel signée et datée (voir la section 7)
- Section du témoin remplie, signée et datée par le témoin (voir la section 7)

Veillez transmettre le formulaire de demande d'évaluation préliminaire rempli présenté dans le cadre du Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide à l'Administrateur à l'adresse :

Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide
CP 507 SUCC B, Ottawa (Ontario), K1P 5P6
info@pcsstcanada.ca; Télécopieur : 1-866-262-0816

DATE LIMITE DE CANDIDATURE AU PCSST
Portant le cachet de la poste, au plus tard le 3 JUIN 2024