

# **Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide**

## **Appel relatif au Fonds d'aide médicale extraordinaire (« FAME »)**

### **Instructions**

Veillez utiliser le formulaire d'appel ci-joint portant sur le Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide (« PCSST ») si vous désirez interjeter appel de la décision de l'Administrateur du PCSST relative au Fonds d'aide médicale extraordinaire (« FAME »).

Vous pouvez interjeter **un** appel pour chaque demande d'évaluation que vous avez présentée dans le cadre du FAME.

Votre appel doit être présenté par écrit seulement. Votre appel sera examiné par un examinateur des appels indépendant de Epiq – Services de actions collectives Canada. La décision sera finale et définitive. Il n'y aura aucun autre droit d'appel.

Seul le survivant de la thalidomide ou son représentant personnel dûment autorisé peut présenter un appel au nom du survivant.

**Veillez lire attentivement toutes les questions ainsi que les demandes de renseignements avant de répondre. Tout renseignement incomplet peut entraîner un délai de traitement ou un rejet de votre appel.**

**Pour plus d'informations, veuillez consulter les documents de référence suivants :**

- [Guide complet du FAME](#)
- [Foire aux questions](#)

### **Étape 1 – Renseignements personnels :**

Veillez vérifier et remplir la section 1 : Coordonnées du survivant de la thalidomide.

Si vous êtes un représentant personnel dûment autorisé qui interjette un appel au nom du survivant de la thalidomide, ou si vous avez aidé à remplir le présent formulaire, vous devez également remplir la section 2 : Personne qui a aidé à remplir le présent formulaire.

Si la preuve du pouvoir d'agir au nom du survivant de la thalidomide n'a pas été fournie précédemment ou si l'identité du représentant personnel a changé, veuillez en présenter la preuve immédiatement.

### **Étape 2 – Détails relatifs à l'appel :**

Veillez remplir la section 3 : Motif de l'appel. Veuillez expliquer pourquoi votre appel devrait être accueilli. Si vous êtes un représentant personnel, veuillez énumérer les renseignements relatifs au survivant de la thalidomide.

**QUESTIONS? BESOIN D'AIDE?**

1-877-507-7706 • 1-877-627-7027 (ATS) • [www.pcsstcanada.ca](http://www.pcsstcanada.ca)

Vous pouvez inclure des pièces justificatives supplémentaires non présentées auparavant afin d'appuyer votre appel. Si vous fournissez des pièces justificatives, veuillez écrire le prénom et le nom de famille du survivant de la thalidomide au haut de chaque feuille additionnelle que vous présentez.

### **Étape 3 – Présentation du formulaire :**

Veuillez revoir tous les renseignements compris dans le formulaire d'appel et en faire une copie pour vos dossiers avant de nous le transmettre. Veuillez nous faire parvenir le formulaire original et toute pièce justificative à :

**Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide**

**CP 507 SUCC B**

**Ottawa (ON), K1P 5P6**

**info@pcsstcanada.ca; télécopieur : 1-866-262-0816**

#### **DÉLAI POUR PRÉSENTER VOTRE APPEL**

**Vous aurez 45 jours à compter de la date de la lettre de décision portant sur votre demande de soutien financier dans le cadre du FAME.**

#### **Prochaines étapes :**

Vous recevrez un accusé de réception par la poste ou par courriel lorsque nous aurons reçu votre formulaire d'appel vous indiquant que nous l'avons bel et bien reçu. Si vous avez des questions au sujet de votre formulaire d'appel, nous communiquerons avec vous par téléphone, par la poste et/ou par courriel; il est donc important que vous nous avisiez de tout changement d'adresse ou de numéro de téléphone en composant le 1-877-507-7706 ou le 1-877-627-7027 (ATS) ou par la poste à l'adresse indiquée plus haut ou par courriel à [info@pcsstcanada.ca](mailto:info@pcsstcanada.ca).

**Votre demande d'appel sera examinée dans un délai de 35 jours civil à compter de sa date de réception par l'Administrateur.** Vous recevrez une lettre de décision concernant votre appel lorsque votre formulaire aura été examiné par l'examineur des appels. **La décision sur l'appel sera finale et définitive. Il n'y aura aucun autre droit d'appel.**

**QUESTIONS? BESOIN D'AIDE?**

**1-877-507-7706 • 1-877-627-7027 (ATS) • [www.pcsstcanada.ca](http://www.pcsstcanada.ca)**

**Énoncé de confidentialité :**

Les renseignements requis dans le présent formulaire d'appel relatif au FAME à présenter 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*, S.C. 2000, c. 5 (LPRPDE). Les renseignements seront 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 *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques* (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).

<b>Section 1 : Coordonnées du survivant de la thalidomide</b>	
Langue préférée :	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais
Mode de communication préféré :	<input type="checkbox"/> Poste <input type="checkbox"/> Courriel
Prénom :	
Second(s) prénom(s) :	
Nom de famille :	
Date de naissance (mm/jj/aaaa) :	
Sexe à la naissance :	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Adresse postale :	
Ville/Municipalité :	
Province/Territoire/État/Pays :	
Code postal/Code Zip :	
Numéro de téléphone principal :	( ) -
Autre numéro de téléphone :	( ) -
Adresse courriel :	

QUESTIONS? BESOIN D'AIDE?

1-877-507-7706 • 1-877-627-7027 (ATS) • [www.pcsstcanada.ca](http://www.pcsstcanada.ca)



---

---

---

---

#### Section 4 : Déclaration et signature

La Section 4 doit être remplie par le survivant de la thalidomide ou par le représentant personnel dûment autorisé à agir au nom du survivant. Veuillez lire attentivement la déclaration suivante avant de la signer.

**Déclaration** : J'ai rempli le formulaire d'appel du Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide relatif au FAME et je comprends qu'un examinateur des appels de Epiq – Services de actions collectives Canada examinera mon appel. Je comprends en outre que les renseignements fournis dans le présent formulaire et toute autre documentation à l'appui ci-jointe serviront à évaluer mon appel et que la décision prise par l'examineur des appels sera finale et définitive.

Je consens au partage de mes renseignements personnels, y compris, mais sans s'y limiter, les coordonnées relatives à des personnes-ressources, avec l'Administrateur, les autorités du gouvernement du Canada et les tierces parties autorisées nécessaires, uniquement dans le but de traiter mon appel.

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

#### Survivant de la thalidomide/Représentant personnel :

Nom (en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_  
(jj/mm/aaaa)

QUESTIONS? BESOIN D'AIDE?

1-877-507-7706 • 1-877-627-7027 (ATS) • [www.pcsstcanada.ca](http://www.pcsstcanada.ca)

Veillez vous assurer de joindre ce qui suit avec le formulaire d'appel relatif au FAME lorsque vous le transmettez à l'Administrateur :

- Les pièces justificatives qui n'ont pas été fournies précédemment dans la demande relative au FAME, le cas échéant.
- Déclaration du demandeur/représentant personnel signée et datée à la section 4.

Veillez transmettre le formulaire d'appel relatif au FAME lié au Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide, dûment rempli, à l'Administrateur **par la poste, le cachet postal en faisant foi**, dans la province ou le territoire de résidence du survivant, dans un délai de **45 jours civil à compter de la date de la lettre de décision concernant votre demande de soutien financier dans le cadre du FAME**, à l'attention de :

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