

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.

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, vous devez également remplir la section 2 : Coordonnées du représentant personnel dûment autorisé. 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.

Si une autre personne vous a aidé à remplir le présent formulaire, veuillez remplir la section 3 : Personne qui a aidé à remplir le présent formulaire.

Étape 2 – Détails relatifs à l'appel :

Veillez remplir la section 4 : 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.

Vous pouvez inclure des pièces justificatives supplémentaires non présentées auparavant afin

QUESTIONS? BESOIN D'AIDE?

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

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 – Veuillez joindre une pièce d'identité délivrée par un gouvernement et signer le formulaire :

Veuillez examiner et remplir les sections 5 et 6. Si vous êtes un représentant personnel, veuillez signer et dater le formulaire et indiquer que vous êtes le représentant personnel.

Étape 4 – 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 STN B
Ottawa (ON) K1P 5P6
info@pcsstcanada.ca; Télécopieur : 1-888-842-1332**

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 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 et ou par la poste; il est donc important que vous nous avisiez de tout changement d'adresse ou de numéro de téléphone en composant le 1-866-343-1858 ou le 1-877-627-7027 (ATS) ou par la poste à l'adresse indiquée plus haut ou par courriel à info@pcsstcanada.ca.

Votre demande d'appel sera examinée dans un délai de 35 jours civils à compter de sa date de réception par l'Administrateur. Vous recevrez une lettre de décision eu égard à 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

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).

Section 1 : Coordonnées du survivant de la thalidomide	
Langue préférée :	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais
Mode de communication préféré :	<input type="checkbox"/> Poste <input type="checkbox"/> Courriel
Sexe à la naissance :	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Identité de genre :	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre : _____
État matrimonial :	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié/e <input type="checkbox"/> Divorcé/e <input type="checkbox"/> Séparé/e <input type="checkbox"/> Veuf/ve <input type="checkbox"/> Autre(préciser) : _____
Prénom :	
Second(s) prénom(s) :	
Nom de famille :	
Date de naissance (mm/jj/aaaa) :	
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

Section 2 : Coordonnées du représentant personnel dûment autorisé
(Ne pas remplir la section si le survivant 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 survivant. Vous **DEVEZ** fournir une preuve de votre pouvoir d'agir à titre de représentant personnel du survivant de la thalidomide. Veuillez remplir toutes les cases de la Section 1 à la page précédente concernant le survivant et la Section 2 ci-dessous vous concernant.

J'ai joint une photocopie certifiée conforme d'une (1) des pièces suivantes :	Veuillez cocher (✓) la case pertinente : <input type="checkbox"/> Pouvoir d'agir <input type="checkbox"/> Ordonnance d'un tribunal <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Le pouvoir d'agir a déjà été transmis à l'Administrateur et n'a pas été modifié (Si cette case est cochée, il n'y a pas lieu de resoumettre la pièce en question).
Prénom :	
Nom de famille :	
Adresse postale :	
Ville/Municipalité :	
Province/Territoire/État/Pays :	
Code postal/Code Zip :	
Numéro de téléphone principal :	() –
Autre numéro de téléphone :	() –
Adresse courriel :	
Lien avec le survivant :	

QUESTIONS? BESOIN D'AIDE?

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

Section 3 : Personne qui a aidé à remplir le présent formulaire	
<input type="checkbox"/> 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 de famille :	
Adresse postale :	
Ville/Municipalité :	
Province/Territoire/État/Pays :	
Code postal/Code Zip :	
Numéro de téléphone principal :	() –
Autre numéro de téléphone :	() –
Adresse courriel :	
Lien avec le survivant :	

Section 5 : Identification avec photo et confidentialité

Pour protéger votre vie privée et pour confirmer votre identité lorsque nous recevons des documents de votre part, une preuve d'identité est requise de la part de **TOUS** les survivants admissibles chaque fois qu'un nouveau formulaire est présenté. Les représentants personnels dûment autorisés doivent fournir une preuve d'identité **tant** pour le survivant que pour eux-mêmes.

Veillez transmettre une photocopie d'une (1) des pièces d'identité suivantes émises par un gouvernement comme preuve de votre identité. L'identification **doit comprendre votre date de naissance** :

- Certificat de naissance
- Certificat de baptême
- Permis de conduire valide émis par un gouvernement provincial
- Carte d'identité à photo valide émise par un gouvernement provincial (qui comprend la date naissance)
- Passeport canadien valide

QUESTIONS? BESOIN D'AIDE?

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

Section 6 : Déclaration et signature

La Section 6 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)

Tous les survivants de la thalidomide ou les représentants personnels dûment autorisés doivent signer ou apposer leur marque à la Section 6 en la présence d'un témoin qui peut être un parent. Le témoin doit fournir les coordonnées du témoin ci-dessous et signer la Déclaration du témoin qui suit.

Prénom du témoin

Nom de famille du témoin

Ville/Municipalité

Province/Territoire/État

Pays

Lien avec le survivant de la thalidomide/le représentant personnel

QUESTIONS? BESOIN D'AIDE?

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

Déclaration du témoin: J'ai été témoin de la signature ou de l'apposition de la marque du survivant de la thalidomide ou du représentant personnel dûment autorisé. Là où le survivant de la thalidomide ou le représentant personnel dûment autorisé a apposé une marque comme signature, j'ai lu le contenu du présent formulaire d'appel présenté dans le cadre du Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide relatif au FAME au survivant de la thalidomide ou à son représentant personnel, qui a apposé une marque comme signature et qui comprend et qui confirme les renseignements en question.

Nom (en lettres moulées) : _____

Signature : _____

Date : _____
(jj/mm/aaaa)

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

- Preuve d'identité du survivant
- 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 survivant (s'il y a lieu)
- Déclaration du demandeur/représentant personnel signée et datée (voir la Section 6)
- Section du témoin remplie, signée et datée par le témoin (voir la Section 6)

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 civils 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 STN B
Ottawa (ON) K1P 5P6
info@pcsstcanada.ca; Télécopieur : 1-888-842-1332

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