

**Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide  
Formulaire de demande de nouvel examen**

**Directives**

Le Formulaire de demande de nouvel examen du Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide (« PCSST ») ci-joint doit être utilisé pour soumettre de **nouveaux renseignements** à l'appui de votre demande dans le cadre du PCSST lorsque l'Administrateur a déterminé que vous ne répondez pas aux exigences d'admissibilité à n'importe quelle étape du processus de demande dans le cadre du PCSST. Les critères d'admissibilité sont définis dans le décret daté du 2019-04-05 (numéro C.P. : 2019-0271), dont une copie est accessible au <https://decrets.canada.ca/>.

Il n'y a aucune limite au nombre de demandes de nouvel examen que vous pouvez présenter; toutefois, vous devez être en mesure de **fournir de nouveaux renseignements qui n'ont pas été soumis auparavant pour que votre demande soit examinée de nouveau.**

**IMPORTANT**

Vous pouvez solliciter un nouvel examen de votre demande à n'importe quel moment du processus de demande dans le cadre du PCSST avant la date limite de l'étape 1 — examen préliminaire du **3 juin 2024, le cachet de la poste en faisant foi.**

Toutes les personnes présentant une demande dans le cadre du PCSST doivent réussir à passer les trois étapes du processus de demande dans le cadre du PCSST pour être admissibles aux prestations du programme :

- Étape 1 : Examen préliminaire
- Étape 2 : Évaluation du diagnostic de probabilité
- Étape 3 : Examen multidisciplinaire par un comité médical et juridique

Les demandes de nouvel examen doivent être présentées par écrit seulement.

Seuls le demandeur du PCSST ou son représentant personnel dûment autorisé peuvent présenter une demande de nouvel examen.

**Veillez lire attentivement toutes les questions et demandes de renseignements avant de répondre. Les renseignements incomplets entraîneront des retards dans le traitement de votre demande de nouvel examen ou le rejet de votre demande.**

**1. Renseignements personnels**

Veillez examiner et remplir la section 1 : Coordonnées du demandeur de la thalidomide

Si vous êtes un représentant personnel dûment autorisé qui présente la demande de nouvel examen au nom du demandeur de la thalidomide, vous devez également remplir la section 2 : Coordonnées du représentant personnel dûment autorisé. Si la preuve du droit d'agir au nom du demandeur de la thalidomide n'a pas été fournie antérieurement ou si l'identité du représentant personnel dûment autorisé a changé, veuillez en soumettre immédiatement la preuve.

Veillez remplir la section 3 si quelqu'un vous a aidé à remplir ce formulaire de demande de nouvel examen.

## 2. Détails de votre demande de nouvel examen :

Veillez remplir la section 4 — Détails de votre demande de nouvel examen. Veuillez fournir les **nouveaux renseignements** dans cet espace. Vous pouvez utiliser des pages supplémentaires ou inclure d'autres documents pertinents au besoin. Si vous êtes un représentant personnel dûment autorisé, veuillez fournir les renseignements relatifs au demandeur de la thalidomide.

Veillez noter que le coût d'obtention de renseignements supplémentaires liés à votre demande de nouvel examen ne vous sera **pas** remboursé.

## 3. Joindre l'identification délivrée par le gouvernement et signer le formulaire :

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

## 4. Soumettre le formulaire :

Veillez examiner tous les renseignements dans le formulaire Demande de nouvel examen et en faire une copie pour vos dossiers avant de l'envoyer. Veuillez envoyer le Formulaire de demande de nouvel examen et tout document à l'appui à :

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

**CP 507 STN B**

**Ottawa (Ontario) K1P 5P6**

**[info@pcsstcanada.ca](mailto:info@pcsstcanada.ca)**

Télécopieur : 1-888-842-1332

### **DATE LIMITE POUR SOUMETTRE VOTRE DEMANDE DE NOUVEL EXAMEN**

Vous pouvez demander le réexamen de votre demande dans le cadre du PCSST à tout moment avant la date limite du délai de présentation des demandes de l'étape 1 — Demande d'examen préliminaire **portant le cachet de la poste, au plus tard le 3 juin 2024.**

## Prochaines étapes :

Vous recevrez une lettre d'accusé de réception par votre méthode de livraison privilégiée une fois que nous aurons reçu votre Formulaire de demande de nouvel examen pour vous informer que nous l'avons reçu. Si l'Administrateur a des questions au sujet de votre demande, nous communiquerons avec vous soit par téléphone, soit par courriel ou par la poste. Il est donc important de nous tenir informés 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 ci-dessus, ou par courriel à [info@pcsstcanada.ca](mailto:info@pcsstcanada.ca).

L'Administrateur vous enverra sa décision par écrit une fois que votre demande aura été examinée.

**DES 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 de Demande de nouvel examen 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 (l'« 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 applicable. Vous avez le droit de présenter une demande d'accès à vos renseignements personnels. Pour le 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"/> Courrier | <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](mailto: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. 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 <b>certifiée conforme</b> d'une (1) des pièces suivantes : | Veuillez cocher (✓) la case pertinente :<br><input type="checkbox"/> Autorisation d'agir déjà soumise<br><input type="checkbox"/> Autorisation d'agir jointe<br><input type="checkbox"/> Ordonnance du tribunal jointe<br><input type="checkbox"/> Autre : _____ |
| Prénom :   |  |
| Nom de famille :   |  |
| 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 de famille :                  |  |
| Courriel ou numéro de téléphone : |  |
| Lien avec le demandeur :          |  |

#### **Section 4 — Détails de votre demande de nouvel examen**

Dans l'espace ci-dessous, veuillez fournir les nouveaux renseignements que vous soumettez à l'appui de votre demande de nouvel examen. Vous pouvez joindre des pages et/ou des documents supplémentaires au besoin.

**Autres pages ou documents joints**

### Section 5 : Identification avec photo et respect de la vie privée

**TOUS LES** demandeurs 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.

Veuillez 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

### Section 6 : Déclaration et signature

La présente section doit être remplie par le demandeur 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 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 du processus de demande 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 de nouvel examen.

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

**Demandeur/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 et signer la Déclaration du témoin.   |                          |                          |
| Prénom du témoin  |                          | Nom de famille du témoin |
| Ville   | Province/Territoire/État | Pays                     |
| Lien avec le demandeur ou le représentant personnel dûment autorisé   |                          |                          |
| <b>Déclaration du témoin :</b> 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 : _____<br>(jj/mm/aaaa)  |                          |                          |

Veillez vous assurer que les éléments suivants ont été inclus dans votre Formulaire de demande de nouvel examen au moment de le retourner à l'Administrateur :

- Nouveaux renseignements à l'appui de votre demande de nouvel examen dans le cadre du PCSST
- Preuve d'identité du demandeur
- Une preuve d'identité du représentant personnel dûment autorisé (s'il y a lieu)
- Copie certifiée conforme de la nomination du représentant pour agir au nom du demandeur (s'il y a lieu)
- Déclaration signée et datée du demandeur/représentant désigné légalement à la section 6
- Section du témoin remplie, signée et datée par le témoin (voir la section 6)