



### C. Accommodements spéciaux

Dates du service

Du (aaaa/mm/jj)

Au (aaaa/mm/jj)

Type de service requis (cochez toutes les options applicables) :

Sous-titrage en temps réel     Prothèse auditive     Personne de confiance

Équipement spécialisé – Type :

Autre accommodement (non indiqué ci-dessus) :

Veuillez préciser :

### D. Avis de collecte de renseignements personnels (Veuillez lire attentivement)

Les renseignements personnels contenus ou requis dans ce formulaire seront recueillis et utilisés par le Secrétariat ontarien des services aux victimes du Ministère du Procureur général et ses représentants autorisés dans le but d'administrer le Programme de gestion du Fonds d'aide aux victimes vulnérables et à leurs familles, et notamment pour traiter et évaluer l'information fournie, de même que pour prendre les dispositions nécessaires pour offrir aux demandeurs admissibles les services décrits dans le Fonds. Veuillez noter que le personnel qui administre le Programme de gestion du Fonds d'aide aux victimes vulnérables et à leurs familles peut communiquer avec le signataire pour obtenir des renseignements supplémentaires ou des clarifications concernant l'information inscrite sur ce formulaire de demande.

Les renseignements personnels sont recueillis aux fins de l'administration compétente d'une activité légale autorisée conformément au paragraphe 5(4) de la Charte des droits des victimes d'actes criminels et de l'article 5 de la *Loi sur le ministère du Procureur général*. Pour toute question concernant la collecte et l'utilisation de vos renseignements personnels, veuillez communiquer avec le coordonnateur du Programme d'aide aux victimes et aux témoins au 1 866 320-3350.

### E. Déclaration et consentement (Veuillez lire attentivement)

- Par la présente, je consens à la collecte et au partage des renseignements fournis dans cette demande aux fins de l'administration du Programme de gestion du Fonds d'aide aux victimes vulnérables et à leurs familles et de la prise des dispositions connexes pour le transport et les accommodements au nom des demandeurs admissibles. Je comprends qu'à moins que la loi ne l'exige, les renseignements personnels seront uniquement divulgués dans le but d'administrer le programme, tel qu'il est décrit précédemment, ou transmis à des tiers, aux fins des réservations pour les déplacements et les accommodements.
- Par la présente, je déclare que je n'ai aucun autre recours ni aucune autre ressource financière pour répondre à ce besoin.
- Par la présente, je déclare que je ne recevrai aucune aide financière d'une autre source pour les frais couverts par cette demande.
- Par la présente, je déclare que je comprends le contenu de la demande et qu'à ma connaissance, toutes mes réponses sont véridiques, exactes et complètes.
- Si ma demande est approuvée dans le cadre du programme, je consens par la présente à me conformer aux restrictions du programme, et je comprends que les dépenses seront couvertes en fonction des tarifs établis par le gouvernement de l'Ontario. Je consens également à retourner tous les billets non utilisés qui m'auront été remis si les instances judiciaires sont annulées ou reportées avant mon déplacement.

Signature du demandeur principal

Date (aaaa/mm/jj)

#### POUR USAGE INTERNE SEULEMENT

Recommandé     Non recommandé

Signature

V/WAP Office Location

Date (yyyy/mm/dd)

Approved:     Yes     No

Signature

V/WAP Office Location

Date (yyyy/mm/dd)



**Demandeur n° 4**

Nom de famille		Prénom		Initiale
Adresse postale (si elle diffère de celle du demandeur principal)				
N° d'unité	N° de rue	Nom de rue		C.P.
Ville ou village			Province	Code postal
N° de téléphone à la maison (incl. l'indicatif régional)			Autre n° de téléphone (incl. l'indicatif régional)	

Je suis un(e) : (Cochez une case)

 Victime adulte   
 Enfant victime   
 Membre de la famille d'une victime décédée   
 Parent/fournisseur de soins d'un enfant victime

J'ai besoin des services suivants :

 Déplacement - veuillez préciser le type :

Date du service (aaaa/mm/jj)

Du : \_\_\_\_\_ Au : \_\_\_\_\_

 Interprète – veuillez préciser la langue :

Date du service (aaaa/mm/jj)

Du : \_\_\_\_\_ Au : \_\_\_\_\_

 Accommodement spécial – veuillez préciser le type :

Date du service (aaaa/mm/jj)

\* Si vous présentez une demande pour une personne de confiance, remplissez la section G

Du : \_\_\_\_\_ Au : \_\_\_\_\_

**G. Personne de confiance accompagnant une personne handicapée**

Nom de famille		Prénom		Initiale
Adresse postale (si elle diffère de celle du demandeur principal)				
N° d'unité	N° de rue	Nom de rue		C.P.
Ville ou village			Province	Code postal
N° de téléphone à la maison (incl. l'indicatif régional)			Autre n° de téléphone (incl. l'indicatif régional)	

**H. Avis de collecte de renseignements personnels (Veuillez lire attentivement)**

Les renseignements personnels contenus ou requis dans ce formulaire seront recueillis et utilisés par le Secrétariat ontarien des services aux victimes du Ministère du Procureur général et ses représentants autorisés dans le but d'administrer le Programme de gestion du Fonds d'aide aux victimes vulnérables et à leurs familles, et notamment pour traiter et évaluer l'information fournie, de même que pour prendre les dispositions nécessaires pour offrir aux demandeurs admissibles les services décrits dans le Fonds. Veuillez noter que le personnel qui administre le Programme de gestion du Fonds d'aide aux victimes vulnérables et à leurs familles peut communiquer avec le signataire pour obtenir des renseignements supplémentaires ou des clarifications concernant l'information inscrite sur ce formulaire de demande.

Les renseignements personnels sont recueillis aux fins de l'administration compétente d'une activité légale autorisée conformément au paragraphe 5(4) de la Charte des droits des victimes d'actes criminels et de l'article 5 de la *Loi sur le ministère du Procureur général*. Pour toute question concernant la collecte et l'utilisation de vos renseignements personnels, veuillez communiquer avec le coordonnateur du Programme d'aide aux victimes et aux témoins au 1 866 320-3350.

## I. Déclaration et consentement (Veuillez lire attentivement)

- Par la présente, je consens à la collecte et au partage des renseignements fournis dans cette demande aux fins de l'administration du Programme de gestion du Fonds d'aide aux victimes vulnérables et à leurs familles et de la prise des dispositions connexes requis au nom des demandeurs admissibles. Je comprends qu'à moins que la loi ne l'exige, les renseignements personnels seront uniquement divulgués dans le but d'administrer le programme, tel qu'il est décrit précédemment, ou transmis à des tiers, aux fins des réservations pour les déplacements et les accommodements.
- Par la présente, je déclare que je n'ai aucun autre recours ni aucune autre ressource financière pour répondre à ce besoin.
- Par la présente, je déclare que je ne recevrai aucune aide financière d'une autre source pour les frais couverts par cette demande.
- Par la présente, je déclare que je comprends le contenu de la demande et qu'à ma connaissance, toutes mes réponses sont véridiques, exactes et complètes.
- Si ma demande est approuvée dans le cadre du programme, je consens par la présente à me conformer aux restrictions du programme, et je comprends que les dépenses seront couvertes en fonction des tarifs établis par le gouvernement de l'Ontario. Je consens également à retourner tous les billets non utilisés qui m'auront été remis si les instances judiciaires sont annulées ou reportées avant mon déplacement.

Signature du demandeur n° 2 ou du parent/tuteur d'un demandeur âgé de moins de 16 ans	Date (aaaa/mm/jj)
Signature du demandeur n° 3 ou du parent/tuteur d'un demandeur âgé de moins de 16 ans	Date (aaaa/mm/jj)
Signature du demandeur n° 4 ou du parent/tuteur d'un demandeur âgé de moins de 16 ans	Date (aaaa/mm/jj)
Signature de la personne de confiance	Date (aaaa/mm/jj)