

# FORMULAIRE DE DEMANDE D'INDEMNISATION

## RÈGLEMENT DU RECOURS COLLECTIF CONCERNANT LES EXTERNATS INDIENS

Le présent Règlement s'applique à toutes les personnes qui ont fréquenté un externat indien fédéral ou un externat fédéral géré par le gouvernement du Canada et qui y ont subi des mauvais traitements ou des préjudices.

### Date limite de la demande d'indemnisation: À DÉTERMINER\*

\* La Date limite de présentation des réclamations est définie dans l'Entente de Règlement comme étant deux ans et demi (2.5) après la Date de mise en oeuvre. La Date limite de présentation des réclamations sera annoncée dans les prochains mois.

À partir de 1920, les élèves autochtones ont été tenus d'aller à l'école. Certains d'entre eux ont fréquenté un externat indien fédéral ou un externat fédéral (un « **externat** »), qui était financé, géré et contrôlé par le gouvernement fédéral du Canada (le « **Canada** »).

La **Convention de règlement du recours collectif concernant les externats indiens fédéraux** (le « Règlement ») prévoit l'indemnisation de toutes les personnes qui ont fréquenté un externat et ont subi des mauvais traitements ou des préjudices pendant qu'elles fréquentaient cet établissement.

Vous trouverez une liste des externats admissibles, indiquant les dates pertinentes de leur gestion et de leur contrôle par le Canada, à l'adresse <https://indiandayschools.com/fr/> (annexe K du Règlement).

**Avocat du groupe et conseils juridiques offerts** : Des conseils juridiques concernant l'admissibilité et les préjudices subis sont offerts **sans frais pour vous** par l'avocat du groupe, Gowling WLG; contacter par courriel à [dayschools@gowlingwlq.com](mailto:dayschools@gowlingwlq.com) ou par téléphone au numéro 1-844-539-3815.

Le Règlement prévoit l'indemnisation des personnes qui

- a) **ont fréquenté des** externats indiens fédéraux et des externats fédéraux financés, gérés et contrôlés par le Canada,
- ET**
- b) **ont subi des mauvais traitements et des préjudices** de la part des enseignants, des responsables, des élèves et d'autres tiers.

Pour être admissibles à une indemnisation, les anciens élèves ne doivent pas avoir déjà reçu une indemnisation du Canada relativement aux mêmes incidents ou à des incidents connexes survenus dans un externat indien fédéral ou un externat fédéral tel qu'indiqué sur le présent formulaire de demande d'indemnisation.

Les anciens élèves d'externats sont collectivement appelés les membres du groupe des survivants.

Si vous estimez être admissible à ce recours collectif, veuillez remplir le présent formulaire de demande d'indemnisation du mieux que vous pouvez.

<b>Partie 1</b>	Votre nom, vos coordonnées et votre date de naissance	p. 3
<b>Partie 2</b>	Externat(s) que vous avez fréquenté(s) et années pendant lesquelles vous les avez fréquentés	p. 4
<b>Partie 3</b>	Page Consentement et signatures	p. 5
<b>Partie 4</b>	Remplir <b>SI</b> votre demande concerne un <b>préjudice verbal ou physique de niveau 1</b>	p. 6
<b>Partie 5</b>	Remplir <b>SI</b> votre demande concerne un <b>préjudice sexuel ou physique de niveau 2, 3, 4 ou 5</b>	p. 7-11
<b>Partie 6</b>	Remplir <u>seulement</u> si vous représentez un demandeur.	p. 12

**Avant d'envoyer votre demande, veuillez lire la directive relative à la conservation des documents et le processus de soumission aux p. 14 et 15.**

***Veuillez faire une copie de votre formulaire de demande d'indemnisation et de tous les documents qui y sont joints et conserver le tout dans vos dossiers personnels.***

***Il n'est pas obligatoire de fournir des photos ou des documents originaux.***

**Partie 1 : Information sur la personne ayant fréquenté l'externat (demandeur)**

**Prénom et nom de famille du demandeur (renseignements obligatoires)**

Prénom :

Deuxième prénom (s'il y a lieu) :

Nom de famille :

*Autre(s) nom(s) (s'il y a lieu) Exemples : nom au moment de la fréquentation de l'externat, nom de jeune fille, nom d'adoption ou surnom*Date de naissance du demandeur  
(renseignement obligatoire)

JJ\_\_\_\_MM\_\_\_\_AA\_\_\_\_

Date de décès du demandeur, s'il y a lieu

JJ\_\_\_\_MM\_\_\_\_AA\_\_\_\_

Numéro de certificat de statut d'Indien,  
numéro de bénéficiaire ou numéro de  
disque inuit (si disponible)

Numéro d'assurance sociale (si disponible)

**Coordonnées du demandeur (renseignements obligatoires)**

Numéro et nom de la rue

Numéro d'appartement (s'il y a lieu)

Ville/localité/communauté

Province/territoire

Code postal

Pays

Numéro de téléphone à la maison

Numéro de téléphone cellulaire

Adresse courriel (si disponible)

**Communauté d'origine ou actuelle du demandeur (s'il y a lieu)***Exemples : nom de la Première Nation, de la ville, du hameau ou de l'établissement***Partie 2 : Où et quand avez-vous fréquenté les externats?**

Pour être admissible à une indemnisation, vous devez avoir fréquenté un externat admissible durant la période où il était financé, géré et contrôlé par le Canada (la période visée par le recours collectif).

Les externats visés par le Règlement relatif aux externats, ainsi que leurs dates d'ouverture et de fermeture, sont indiqués au [www.IndianDaySchools.com/fr/](http://www.IndianDaySchools.com/fr/) (à l'annexe K du Règlement). Si vous avez fréquenté plus de deux (2) écoles, veuillez les indiquer séparément ci-dessous.

<b>Nom de l'externat n° 1 (renseignement obligatoire)</b>			
Réserve, localité ou communauté			
Province ou territoire			
<b>Première</b> année de fréquentation	Année de fréquentation (aaaa)	<b><u>ou</u></b>	âge au moment de la fréquentation
	<u>1</u> <u>9</u> — —		
<b>Dernière</b> année de fréquentation	Année de fréquentation (aaaa)	<b><u>ou</u></b>	âge au moment de la fréquentation
	<u>1</u> <u>9</u> — —		
<b>Remplissez la section ci-dessous <u>seulement si</u> vous avez fréquenté <u>plus d'un</u> externat (s'il y a lieu)</b>			
<b>Nom de l'école n° 2</b>			
Réserve, localité ou communauté			
Province ou territoire			
<b>Première</b> année de fréquentation	Année de fréquentation (aaaa)	<b><u>ou</u></b>	âge au moment de la fréquentation
	<u>1</u> <u>9</u> — —		
<b>Dernière</b> année de fréquentation	Année de fréquentation (aaaa)	<b><u>ou</u></b>	âge au moment de la fréquentation
	<u>1</u> <u>9</u> — —		

## Partie 3 : Signatures du demandeur et du témoin

**Administrateur et évaluateur indépendant des demandes d'indemnisation :** Je reconnais que l'administrateur et l'évaluateur indépendant des demandes d'indemnisation :

- ne représentent pas les externats ni le Canada;
- n'agissent pas à titre de mandataires ou de conseillers juridiques auprès de l'une ou l'autre des parties, et n'offrent pas de conseils juridiques;
- n'ont pas le mandat de faire valoir ou de protéger les droits légaux de l'une ou l'autre des parties, ni de soulever un problème qui n'a pas été soulevé par une partie.

**Confidentialité :** Il est entendu qu'il peut être nécessaire que :

- l'administrateur divulgue les renseignements personnels fournis sur le présent formulaire au Canada, à l'évaluateur indépendant et au Comité des exceptions (s'il y a lieu);
- le Canada divulgue des renseignements en sa possession à l'administrateur, à l'évaluateur indépendant et au Comité des exceptions (s'il y a lieu).

**Information sur le formulaire de demande d'indemnisation :** Je confirme que tous les renseignements fournis dans le présent formulaire sont, à ma connaissance, véridiques. Si j'ai eu l'aide d'une personne pour remplir le présent formulaire, celle-ci m'a lu tout ce qu'elle avait écrit et joint au présent formulaire.

**Avocat du groupe et conseils juridiques :** Il est entendu que des conseils juridiques sont offerts gratuitement aux membres du groupe par l'avocat du groupe, Gowling WLG; à contacter par courriel à [dayschools@gowlingwlg.com](mailto:dayschools@gowlingwlg.com) ou par téléphoner au numéro 1-844-539-3815.

**Consentement:** *Il est entendu qu'en signant le présent formulaire et en l'envoyant à l'administrateur des demandes d'indemnisation, je consens à ce qui précède et à la divulgation de mes renseignements personnels et à leur utilisation conformément au Règlement.*

**Accord autre ou antérieur (renseignements obligatoires) :**

Veillez cocher OUI ou NON en réponse à la question suivante :

Avez-vous déjà reçu de l'argent du **Canada** pour les mauvais traitements ou préjudices que vous avez subis dans un externat indien fédéral ou un externat fédéral, selon la description qui en est faite sur le présent formulaire? **Cela ne comprend pas les paiements relatifs aux pensionnats indiens. En cas de doute, veuillez communiquer avec l'avocat du groupe.**

Oui

Non

**Signature du demandeur (obligatoire)**

**Date**

JJ \_\_\_\_ MM \_\_\_\_ AA \_\_\_\_

Le **témoin** est uniquement tenu de voir le demandeur signer cette page et n'est pas tenu de lire le formulaire ni de vérifier l'exactitude des événements qui y sont décrits.

**Signature du témoin (obligatoire)**

**Date**

JJ \_\_\_\_ MM \_\_\_\_ AA \_\_\_\_

Nom complet du témoin – Prénom et nom de famille

Adresse du témoin : numéro et nom de la rue; numéro d'appartement

Ville/localité/communauté

Province/territoire

Code postal

Pays

Numéro de téléphone du témoin

Adresse courriel du témoin (si disponible)

**Partie 4 : Demande d'indemnisation pour un préjudice de niveau 1 – Mauvais traitements verbaux ou physiques**

Si le mauvais traitement ou le préjudice décrit au niveau 1 représente le tort le plus grave qui vous a été infligé pendant que vous fréquentiez l'externat, veuillez remplir cette section en cochant la  ci-dessous.

Les mauvais traitements ou préjudices peuvent avoir été infligés par des enseignants, des responsables, des élèves ou d'autres tiers.

Si les mauvais traitements ou préjudices de niveau 1 ne représentent pas les torts les plus graves que vous avez subis, veuillez sauter cette section et remplir une demande d'indemnisation dont le niveau est plus élevé (niveaux 2 à 5) dans la partie 5, s'il y a lieu.

### NIVEAU 1 – Description du mauvais traitement ou du préjudice verbal ou physique

#### Mauvais traitement ou préjudice verbal, soit :

- Moquerie, dénigrement (p. ex., des commentaires dégradants ou un langage offensant) ou humiliation (p. ex., agir de manière à faire honte à quelqu'un) en raison de l'identité ou de la culture autochtone
- Menaces de violence ou propos intimidants
- Commentaires sexuels ou provocations

OU

#### Mauvais traitement physique, soit :

- Mesures disciplinaires ou punitions déraisonnables ou disproportionnées

### NIVEAU 1 – Sélection

Si la description du mauvais traitement ou du préjudice ci-dessus représente le tort le plus grave qui vous a été causé, veuillez choisir le niveau 1 en cochant cette case.

### PROCHAINES ÉTAPES

Si vous avez choisi le niveau 1 ci-dessus, aucune autre description ou preuve documentaire n'est nécessaire.

**VEUILLEZ PASSER À LA PARTIE 6, s'il y a lieu, à la p. 12 et réviser la p. 13.**

## Partie 5 : Processus d'indemnisation pour les niveaux 2, 3, 4 ou 5

**ÉTAPE 1 :** Indiquez le MAUVAIS TRAITEMENT ou le PRÉJUDICE que vous ont infligé des enseignants, des représentants, des élèves ou d'autres tiers.

Mauvais traitement/préjudice	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5
<b>Mauvais traitement ou préjudice sexuel</b>	<u>Au moins un</u> incident à caractère sexuel parmi les suivants :			Incident(s) <u>répété(s)</u> parmi les suivants :
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ des attouchements de nature sexuelle; ou</li> <li>▪ un acte d'exhibitionnisme de la part d'adulte(s); ou</li> <li>▪ des caresses/ baisers; ou</li> <li>▪ la prise de photos nu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ masturbation;</li> <li>▪ rapport sexuel oral; ou</li> <li>▪ tentative de pénétration</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ pénétration; ou</li> <li>▪ pénétration avec un objet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ masturbation; ou</li> <li>▪ rapport sexuel oral; ou</li> <li>▪ pénétration; ou</li> <li>▪ pénétration avec un objet</li> </ul>
OU				
<b>Mauvais traitement physique</b>	<u>Au moins un incident</u> impliquant un mauvais traitement ou un préjudice physique	<u>Au moins un incident</u> impliquant un mauvais traitement ou un préjudice physique	<u>Séances répétées</u> (à au moins deux reprises) ayant impliqué un mauvais traitement ou une agression physique	<u>Pendant</u> un incident ayant impliqué un mauvais traitement ou une agression à caractère sexuel décrit ci-dessus, <u>au moins un incident</u> ayant impliqué un mauvais traitement ou une agression physique:
<b>Préjudice</b>	QUI A CAUSÉ :			
	<u>un tort grave, mais temporaire</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ blessure nécessitant l'alitement ou un séjour à l'infirmerie (p. ex., dans l'infirmerie de l'école ou à l'hôpital); ou</li> <li>▪ perte de connaissance; ou</li> <li>▪ os fracturé(s).</li> </ul>	<u>de façon permanente ou prolongée</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ une blessure; ou</li> <li>▪ une incapacité; ou</li> <li>▪ la défiguration.</li> </ul>		

**ÉTAPE 2 : SÉLECTIONNEZ VOTRE NIVEAU D'INDEMNISATION**

Niveau 2  
50 000 \$

Niveau 3  
100 000 \$

Niveau 4  
150 000 \$

Niveau 5  
200 000 \$

**ÉTAPE 3 : JUSTIFIEZ le niveau que vous avez choisi en remplissant les sections ci-dessous.**

Justification	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5
Votre description écrite des événements	<b>Remplir 5A</b>			
Liste des personnes ayant causé les mauvais traitements ou les préjudices	<b>Seulement si disponible</b> Remplir 5B		<b>Obligatoire*</b> Remplir 5B	
Preuves de fréquentation de l'externat	<b>Obligatoire*</b> Remplir 5C et joindre les documents			
Descriptions des membres de la famille ou des amis ou d'autres témoignages	<b>Seulement si disponible</b> Remplir 5D et joindre les documents		<b>Obligatoire*</b> Remplir 5D et joindre les documents	
Dossiers médicaux, dentaires, infirmiers ou thérapeutiques	<b>Seulement si disponible</b> Remplir 5E et joindre les documents		<b>Obligatoire*</b> Remplir 5E et joindre les documents	

**\* Si vous n'avez pas les documents obligatoires indiqués ci-dessus, vous pouvez présenter une déclaration sous serment; voir la partie 5F.**



**Partie 5 : Demande d'indemnisation pour les niveaux 2, 3, 4 et 5 seulement**

**Partie 5A – Votre description écrite (obligatoire)**

Veillez fournir une description des événements précis ayant donné lieu aux mauvais traitements ou aux préjudices que vous avez subis lorsque vous fréquentez l'externat, en rapport avec votre demande d'indemnisation de niveau 2, 3, 4 ou 5 ci-dessus. **Si vous manquez d'espace, veuillez joindre des pages supplémentaires à votre formulaire de demande d'indemnisation et faire un renvoi à la présente section.**

Veillez fournir les renseignements suivants :

- Description des événements, y compris les noms, les lieux et les dates (à votre connaissance)
- S'il y a lieu : décrivez les soins médicaux nécessaires, demandés et reçus à cette époque ou actuellement, qui sont directement liés aux mauvais traitements ou aux préjudices que vous avez subis à l'externat.

Blank lined area for writing the description of events.

## Partie 5B – Liste des personnes ayant causé les mauvais traitements ou les préjudices

Liste des personnes ayant causé des mauvais traitements ou des préjudices	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5
	Seulement si disponible		Obligatoire*	

**\*Si vous n'êtes pas en mesure d'identifier la personne en question pour les niveaux 4 et 5, veuillez remplir la partie 5F, Déclaration sous serment.\***

Veillez fournir le nom, une description ou le poste des personnes ayant causé les mauvais traitements ou les préjudices (p. ex., des enseignants, des représentants, des élèves et d'autres tiers) lorsque vous fréquentez l'externat. Si vous manquez d'espace, veuillez joindre des pages supplémentaires à votre formulaire de demande d'indemnisation et faire un renvoi à la présente section (5B).

Nom/description	ou	Poste

## Partie 5C – Preuve de fréquentation d'un externat

Joignez des dossiers scolaires	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5
	Obligatoire*			

**\*Si vous n'avez pas les documents requis pour les niveaux 2, 3, 4 et 5, veuillez remplir la partie 5F, Déclaration sous serment.\***

Veillez énumérer ci-dessous les dossiers scolaires attestant votre fréquentation de cette école, y compris des copies des dossiers scolaires délivrés pendant les années où vous avez fréquenté l'établissement, et les joindre au présent formulaire. Voici quelques exemples :

- Bulletins scolaires
- Formulaires d'inscription
- Photos de groupe
- Lettre(s) d'un enseignant ou du directeur de l'école
- Autres documents, par exemple l'annuaire de l'école ou des articles à son sujet

Énumérez les dossiers scolaires joints au présent formulaire :


## Partie 5 : Demande d'indemnisation pour les niveaux 2, 3, 4 et 5 seulement

### Partie 5D – Autres témoignages et documents

Joignez les témoignages des membres de la famille ou des amis ou d'autres documents	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5
	Seulement si disponible		Obligatoire*	

**\* Si vous n'avez pas les documents requis pour le niveau 4 ou 5, veuillez remplir la partie 5F, Déclaration sous serment.\***

Veillez énumérer ci-dessous des copies d'autres témoignages de membres de la famille ou d'amis ou d'autres documents qui appuient votre description des événements et des incidents ayant mené aux mauvais traitements ou aux préjudices que vous avez subis pendant que vous fréquentiez l'externat, et les joindre au présent formulaire. Voici quelques exemples :

- Témoignages de membres de la famille
- Témoignages d'amis
- Photos
- Journaux personnels
- Autre

Liste des témoignages ou documents joints au présent formulaire :


**Partie 5E – Dossiers médicaux, dentaires, infirmiers ou thérapeutiques**

Joignez des dossiers médicaux, dentaires, infirmiers ou thérapeutiques	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5
	Seulement si disponible		Obligatoire*	

**\* Si vous n'avez pas les documents requis pour le niveau 4 ou 5, veuillez remplir la partie 5F, Déclaration sous serment.\***

Veillez énumérer ci-dessous les dossiers médicaux, dentaires, infirmiers ou thérapeutiques à l'appui de votre demande d'indemnisation, et les joindre au présent formulaire. Il peut s'agir de dossiers médicaux actuels ou passés qui attestent les mauvais traitements ou les préjudices que vous avez subis et les effets que vous ressentez encore aujourd'hui.

Liste de tous les documents joints au présent formulaire :


## Partie 5 : Demande d'indemnisation pour les niveaux 2, 3, 4 et 5 seulement

### Partie 5F – Déclaration sous serment (s'il y a lieu)

Vous devez remplir la déclaration sous serment suivante **seulement si** vous n'avez pas tous les documents **obligatoires** (voir p. 8) pour le **niveau 2, 3, 4 ou 5**.

Une déclaration sous serment est une déclaration signée par le demandeur et l'un des garants suivants :

- Notaire ou commissaire à l'assermentation, y compris le secrétaire des Villages nordiques
- Représentant élu ou leader de la communauté (p. ex. chef, conseiller municipal ou leader d'une communauté inuite)
- Autre professionnel (p. ex. avocat, médecin, comptable (CPA) ou policier)

Déclaration sous serment du demandeur :

*Je déclare que tous les renseignements que j'ai fournis sont, à ma connaissance, véridiques.*

Nom complet du demandeur – Prénom et nom de famille

**Signature du demandeur**

**Date**

JJ\_\_\_\_MM\_\_\_\_AA\_\_\_\_

**La déclaration ci-dessus doit être faite en présence d'un garant.**

Le garant est uniquement tenu de voir le demandeur signer cette page et n'est pas tenu de lire le formulaire ni de vérifier l'exactitude des événements décrits sur ce formulaire.

Nom complet du garant – Prénom et nom de famille

Titre/poste du garant

Organisation

Adresse du garant : numéro et nom de la rue; numéro d'appartement (s'il y a lieu)

Ville/localité/communauté

Province/territoire

Code postal

Pays

Numéro de téléphone

Adresse courriel (si disponible)

**Signature du garant**

**Date**

JJ\_\_\_\_MM\_\_\_\_AA\_\_\_\_

## Partie 6 : Présentez-vous cette demande à titre de représentant d'un demandeur?

(s'il y a lieu)

Un représentant personnel est :

- a) Une personne nommée par un tribunal pour gérer les affaires de la personne inapte ou pour exercer son jugement ou prendre des décisions raisonnables concernant ses affaires,
- OU**
- b) L'exécuteur testamentaire, ou liquidateur d'un demandeur décédé le 31 juillet 2007 ou ultérieurement.

Si vous présentez une demande à titre de représentant d'un demandeur, veuillez cocher cette case.

Oui

**Si vous avez répondu « Oui », veuillez fournir les renseignements suivants.**

Nom complet du représentant – Prénom et nom de famille

Adresse du représentant : numéro et nom de la rue; numéro d'appartement

Ville/localité/communauté

Province/territoire

Code postal

Pays

Numéro de téléphone

Adresse courriel (si disponible)

**Décrire votre relation avec le demandeur**

**Fournissez des documents**

Si vous agissez à titre de représentant personnel, vous devez joindre un document attestant que vous êtes autorisé à agir au nom du demandeur. En voici des exemples :

- a) Si vous êtes l'exécuteur testamentaire, ou liquidateur, d'un demandeur décédé, vous devez fournir un certificat de décès et un testament, le formulaire de déclaration d'une succession de Revenu Québec ou une ordonnance vous désignant comme l'administrateur de la succession du demandeur décédé.

**OU**

- b) Si le demandeur est inapte, une preuve que vous avez une procuration pour gérer les finances du demandeur.

Les documents suivants sont joints au présent formulaire :

## Conservation du formulaire de demande d'indemnisation et des documents

Vous pouvez demander que le formulaire de demande d'indemnisation et les documents à l'appui joints au formulaire soient :

**Veillez cocher une seule case :**

A) détruits d'une manière sécuritaire;

Détruire

B) retournés à votre adresse;

Retourner

C) remis au Fonds des legs\*.

Fonds  
des legs

\* En application de la Convention de règlement, la McLean Day Schools Settlement Corporation sera instituée dans le but de promouvoir des projets commémoratifs visant à appuyer le mieux-être ou la guérison ainsi que la restauration et la préservation des langues et de la culture autochtone. La McLean Corporation sera gérée par des administrateurs (qui seront nommés par les parties à la Convention), avec la participation d'un comité consultatif (représentant les survivants autochtones et leurs familles). Pour plus de détails, veuillez vous reporter à la Convention et consulter ([www.indiandayschools.com/fr/](http://www.indiandayschools.com/fr/)).

**Processus de présentation d'une demande – Date limite :**  
**jour mois année**

**Avant d'envoyer votre demande, assurez-vous que votre dossier de demande d'indemnisation comprend les renseignements suivants :**

- |  |   |  |  |           |  |  |  |
|--|---|--|--|-----------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/>   | <b>Nom et coordonnées du demandeur</b> indiqués dans la partie 1  |  |  |           |  |  |  |
| <input type="checkbox"/>   | <b>Noms des écoles fréquentées</b> par le demandeur, indiqués dans la partie 2, <b>et renseignements à leur sujet</b>   |  |  |           |  |  |  |
| <input type="checkbox"/>   | <b>Signatures du demandeur et du témoin</b> dans la partie 3  |  |  |           |  |  |  |
| <input type="checkbox"/>   | <b>Sélectionnez UN SEUL niveau d'indemnisation, entre 1 et 5 :</b>  |  |  |           |  |  |  |
| <input type="checkbox"/>   | <table border="0"><tr><td>▪ <b>Niveau 1 –<br/>Mauvais traitements ou<br/>préjudices verbaux ou<br/>physiques :</b></td><td>▪ Vous avez coché la case à la p. 6, dans la<br/>partie 4</td></tr><tr><td colspan="2" style="text-align: center;"><b>OU</b></td></tr><tr><td>▪ <b>Niveaux 2, 3, 4 ou 5 –<br/>Mauvais traitements ou<br/>préjudices sexuels ou<br/>physiques :</b></td><td>▪ Vous avez coché une seule case à la p. 7 et<br/>▪ Vous avez rempli la partie 5, incluant un<br/><b>témoignage écrit</b> (p.9 ) et<br/>▪ <b>Vous avez joint des documents</b> ou demandé à<br/>un garant de signer le formulaire de demande<br/>d'indemnisation (p. 11).</td></tr></table> | ▪ <b>Niveau 1 –<br/>Mauvais traitements ou<br/>préjudices verbaux ou<br/>physiques :</b> | ▪ Vous avez coché la case à la p. 6, dans la<br>partie 4 | <b>OU</b> |  | ▪ <b>Niveaux 2, 3, 4 ou 5 –<br/>Mauvais traitements ou<br/>préjudices sexuels ou<br/>physiques :</b> | ▪ Vous avez coché une seule case à la p. 7 et<br>▪ Vous avez rempli la partie 5, incluant un<br><b>témoignage écrit</b> (p.9 ) et<br>▪ <b>Vous avez joint des documents</b> ou demandé à<br>un garant de signer le formulaire de demande<br>d'indemnisation (p. 11). |
| ▪ <b>Niveau 1 –<br/>Mauvais traitements ou<br/>préjudices verbaux ou<br/>physiques :</b>             | ▪ Vous avez coché la case à la p. 6, dans la<br>partie 4  |  |  |           |  |  |  |
| <b>OU</b>  |   |  |  |           |  |  |  |
| ▪ <b>Niveaux 2, 3, 4 ou 5 –<br/>Mauvais traitements ou<br/>préjudices sexuels ou<br/>physiques :</b> | ▪ Vous avez coché une seule case à la p. 7 et<br>▪ Vous avez rempli la partie 5, incluant un<br><b>témoignage écrit</b> (p.9 ) et<br>▪ <b>Vous avez joint des documents</b> ou demandé à<br>un garant de signer le formulaire de demande<br>d'indemnisation (p. 11).  |  |  |           |  |  |  |
| <input type="checkbox"/>   | <b>Dans le cas de représentants</b> , la partie 6 a été remplie seulement si vous présentez cette demande d'indemnisation au nom du demandeur.  |  |  |           |  |  |  |

**VEUILLEZ TRANSMETTRE VOTRE DEMANDE D'INDEMNISATION À :**

Administrateur des demandes d'indemnisation concernant les externats indiens,  
a/s de Deloitte

Par la poste : [NUMÉRO DE CASE POSTALE], Toronto (Ont.), Canada [Code postal]

Par télécopieur : [NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR]

Par courriel : [Adresse courriel]

***Veillez faire une copie de votre formulaire de demande d'indemnisation et de tous les documents qui y sont joints et conserver le tout dans vos dossiers personnels. Il n'est pas obligatoire de fournir des photos ou des documents originaux.***

Si vous avez des questions ou si vous souhaitez signaler un changement d'adresse, veuillez téléphoner au [NUMÉRO de Deloitte].