

Centre des réclamations relatives à l'hépatite C

C.P. 2370, succursale D
Ottawa (Ontario) K1P 5W5
Canada
Tél. : 1 877 434-0944

HÉMO 3
* P-HCV-\$F-HM3/1 *

Formulaire de déclaration de la personne infectée par le VHC, du représentant personnel au titre du VHC ou d'une autre personne bien informée
Strictement privé et confidentiel

**LE RÉCLAMANT DOIT APOSER ICI
UNE DES ÉTIQUETTES
PRÉIMPRIMÉES FOURNIES**

*S'il n'y a pas d'étiquettes, téléphonez au numéro
1 877 434-0944 pour obtenir des renseignements.

CORRECTIONS SEULEMENT

Inscrivez ci-dessous toutes corrections au sujet du nom, de l'adresse et du numéro de téléphone s'il y a lieu.

**LES DÉCLARATIONS FAITES DANS LE PRÉSENT FORMULAIRE ONT LA MÊME VALEUR QUE DES
DÉCLARATIONS SOUS SERMENT**

Le présent formulaire **doit être rempli par la personne infectée par le VHC**, sauf si elle est mineure, inapte ou si elle est décédée. **Si la personne infectée par le VHC est une personne mineure, inapte ou décédée, le DÉCLARANT** du présent formulaire doit être une personne qui connaît/connaissait suffisamment bien la personne infectée par le VHC pour faire les déclarations requises au meilleur de ses connaissances. Afin de répondre à cette exigence dans certains cas, la personne faisant la présente déclaration peut être une personne autre que le représentant personnel au titre du VHC.

Si la personne infectée par le VHC pour qui ce formulaire est présenté est/était la personne hémophile directement infectée ou une personne atteinte de thalassémie majeure, veuillez répondre à la question 1 et aux questions 4 à 7 inclusivement.

Si la personne infectée par le VHC pour qui ce formulaire est présenté est la personne indirectement infectée, veuillez répondre aux questions 1, 5, 6 et 7 au sujet de la personne hémophile directement infectée (ou la personne atteinte de thalassémie majeure) et aux questions 2 et 4 au sujet de la personne indirectement infectée. Si le déclarant n'est pas la personne infectée par le VHC, veuillez répondre à la question 3.

La personne infectée par le VHC, le représentant personnel au titre du VHC ou l'autre personne bien informée doit signer à la question 8 du présent formulaire en présence d'un commissaire à l'assermentation. **Un commissaire à l'assermentation est une personne autorisée à prendre des affidavits, un juge de paix ou un notaire public pour la province, le territoire ou la juridiction où la déclaration a été faite.** Le commissaire à l'assermentation et/ou l'interprète, selon le cas, doivent remplir les sections C, D, E et F.

SECTION A – PERSONNE HÉMOPHILE DIRECTEMENT INFECTÉE (OU PERSONNE ATTEINTE DE THALASSÉMIE MAJEURE)

1.	Prénom	Second prénom / Initiales	Nom de famille		
	Adresse résidentielle		Ville / Municipalité	Province / Territoire	Code postal

PERSONNE INDIRECTEMENT INFECTÉE

2.	Prénom	Second prénom / Initiales	Nom de famille		
	Adresse résidentielle		Ville / Municipalité	Province / Territoire	Code postal

DÉCLARANT

Si le déclarant est la personne infectée par le VHC, sautez cette question et allez à la section B – Déclarations.

3.	Prénom	Second prénom / Initiales	Nom de famille		
	Adresse résidentielle		Ville / Municipalité	Province / Territoire	Code postal

SECTION B – DÉCLARATIONS

Veillez répondre à la question 4 au sujet de la personne infectée par le VHC pour qui ce formulaire est présenté.

4.	Je déclare au meilleur de mes connaissances, que la personne infectée par le VHC n'a <u>jamais</u> en aucun temps utilisé de drogues intraveineuses sans ordonnance.	<input type="checkbox"/> Vrai <input type="checkbox"/> Faux
----	--	---

Veillez répondre aux questions 5, 6 et 7 au sujet de la personne hémophile directement infectée (ou la personne atteinte de thalassémie majeure).

5.	Je déclare, au meilleur de mes connaissances, que l'adresse dans la section A, question 1 plus haut est le lieu de résidence de la personne hémophile directement infectée (ou la personne atteinte de thalassémie majeure) au moment de la présente réclamation <u>ou</u> si la personne hémophile directement infectée (ou la personne atteinte de thalassémie majeure) est décédée, son lieu de résidence au moment de son décès.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
----	---	---

6.	Je déclare, au meilleur de mes connaissances, que le lieu de résidence de la personne hémophile (ou la personne atteinte de thalassémie majeure) directement infectée au moment où elle a reçu pour la première fois une transfusion sanguine au Canada au cours de la période du 1^{er} janvier 1986 au 1^{er} juillet 1990 était :	
	Ville / Municipalité	Province / Territoire

7.	Je déclare, au meilleur de mes connaissances, que le lieu où la personne hémophile (ou la personne atteinte de thalassémie majeure) directement infectée par le VHC a reçu ou pris du sang pour la première fois (ou a reçu une transfusion sanguine) au Canada au cours de la période du 1^{er} janvier 1986 au 1^{er} juillet 1990 était :	
	Ville / Municipalité	Province / Territoire

8. Après avoir lu et répondu aux questions pertinentes plus haut comme indiqué au début du présent formulaire, veuillez signer la déclaration ci-dessous seulement en présence d'un commissaire à l'assermentation.

Je suis la personne infectée par le VHC ou J'ai connu la personne infectée par le VHC de _____ à _____.

Mon lien avec la personne directement infectée par le VHC au cours de cette période est/était _____.

Je crois connaître suffisamment bien la personne infectée par le VHC et j'ai les connaissances factuelles au sujet de ce que je déclare dans le présent formulaire parce que _____.

Je déclare solennellement les faits dans ce formulaire de déclaration. Je fais cette déclaration solennelle consciemment car je la crois véridique et je sais qu'elle a la même valeur que si elle était faite sous serment.

Déclaration faite devant moi _____

à _____, ce _____ jour

de _____, 20 _____.

Signature de la personne infectée par le VHC, du représentant personnel au titre du VHC ou d'une autre personne bien informée

Signature du Commissaire à l'assermentation

Le commissaire à l'assermentation doit signer la section B puis, aller à la section C, et s'il y a lieu, à la section D.

↑
Veillez placer le timbre/seau ici, selon le cas.

SECTION C – RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU COMMISSAIRE À L'ASSERMENTATION

Prénom	Second prénom / Initiales	Nom de famille	
Adresse postale	Ville / Municipalité	Province / Territoire	Postal Code
Profession	Téléphone au bureau		
	() -		

SECTION D – ATTESTATION PAR RAPPORT À UNE PERSONNE ANALPHABÈTE OU AVEUGLE (S'IL Y A LIEU)

J'atteste que le formulaire de déclaration a été lu en ma présence au déclarant, que le déclarant semblait l'avoir compris, et que le déclarant a signé la déclaration ou placé sa marque (signature) en ma présence.

Signature du commissaire à l'assermentation _____ Nom du commissaire à l'assermentation en lettres moulées _____

SECTION E – RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'INTERPRÈTE (S'IL Y A LIEU)

Prénom	Second prénom / Initiales	Nom de famille	
Adresse postale	Ville / Municipalité	Province / Territoire	Postal Code
Profession	Téléphone au bureau		
	() -		

SECTION F – ATTESTATION DE L'INTERPRÈTE (S'IL Y A LIEU)

J'atteste que j'ai interprété ce formulaire de déclaration correctement au déclarant nommé dans le présent formulaire et que le déclarant semblait l'avoir compris.

Date de la signature

Signature de l'interprète