



## Section 3 : Parent ou tuteur (requérant)

Cette section s'adresse aux parents ou aux tuteurs de mineurs ou d'adultes en incapacité mentionnés à la Section 1.

Langue parlée préférée

Veuillez indiquer votre lien de parenté avec la personne mentionnée en Section 1 :

Langue écrite préférée

Prénom	Deuxième prénom			
Nom de famille	Date de naissance	Sexe	Numéro de Sécurité Sociale (NSS)	Aucun NSS

### Adresse postale

Numéro et nom de la rue ou boîte postale

Depuis la date de l'acte criminel, avez-vous été en prison, en liberté surveillée, en liberté conditionnelle ou sous surveillance post-carcérale dans la communauté pour cause de délit ?

Êtes-vous dans l'obligation de vous inscrire au registre des délinquants sexuels ?

Adresse 2 (n° d'appartement ou de logement)	Ville	État	Code postal
---	-------	------	-------------

Meilleur numéro pour vous joindre	Poste	Courriel	Type de courriel
-----------------------------------	-------	----------	------------------

**Passez à la Section 4.**

## Section 4 : Informations concernant vos dépenses

**La victime de l'acte criminel peut avoir droit aux prestations suivantes.** Veuillez cocher les dépenses liées à l'acte criminel pour lesquelles vous demandez une indemnisation. Veuillez joindre une copie ou une liste de toutes ces dépenses.

Frais médicaux ou dentaires	Traitement médicopsychologique	Perte de revenus (absences au travail dues à l'acte criminel)
Frais de déménagement ou de réinstallation	Améliorations de la sécurité au domicile	Modifications apportées au domicile ou au véhicule (pour une victime en incapacité suite à l'acte criminel)
Recyclage professionnel (pour une victime en incapacité suite à l'acte criminel)	Nettoyage de la scène de crime	Remboursement du kilométrage ou des frais de transport
Autres dépenses liées à l'acte criminel		

**Les personnes autres que la victime de l'acte criminel peuvent avoir droit aux prestations suivantes.** Veuillez cocher les dépenses liées à l'acte criminel, pour lesquelles vous demandez une indemnisation. Veuillez joindre une copie ou une liste de toutes ces dépenses.

**Les témoins mineurs ne peuvent bénéficier que d'un traitement médicopsychologique. Passez à la Section 5.**

Traitement médicopsychologique	Perte de salaire (jusqu'à 30 jours si un mineur décède ou est hospitalisé)	Perte de soutien (pour les personnes à charge d'une victime décédée ou invalide)
Frais d'obsèques ou d'enterrement	Nettoyage de la scène de l'acte criminel	Améliorations de la sécurité au domicile
Frais médicaux pour une victime décédée		

### Demande d'indemnisation d'urgence

Des indemnités d'urgence peuvent être demandées dans certaines situations. Une indemnité d'urgence a pour but de couvrir les dépenses liées à l'acte criminel dans le cas où vous seriez exposé à de graves difficultés financières si les dépenses liées à l'acte criminel n'étaient pas immédiatement payées. Des difficultés importantes signifient que, une fois les factures liées à l'acte criminel payées, il ne vous reste plus d'argent pour vos besoins essentiels comme la nourriture ou le loyer. Les indemnités d'urgence admissibles sont généralement payées sous 30 jours calendrier à compter de la réception de la demande.

Je demande une indemnité d'urgence.

## Section 5 : Informations concernant l'acte criminel

### Nom de l'organisme chargé de l'application de la loi

En cas de signalement aux forces de l'ordre, nom de l'organisme d'application de la loi

### Dates où l'acte criminel a eu lieu

Du (date) : Au (date) :

Date à laquelle l'acte criminel a été signalé

Numéro de rapport de l'acte criminel

Description des blessures

### Lieu de l'acte criminel (si connu)

Adresse, intersection, zone, etc.

### Personne qui a commis l'acte criminel (le suspect), si connue

Prénom

Deuxième prénom

Suspect inconnu

Nom de famille

Adresse 2 (rue, n°)

Ville

État

Code postal

Comté

Type d'acte criminel

## Section 6 : Informations concernant le représentant (Un représentant n'est pas tenu de faire une demande d'indemnisation).

Cette section est réservée aux représentants uniquement. Les défenseurs du Centre d'assistance aux victimes et aux témoins (Victim Witness Assistance Center Advocates) n'ont besoin de fournir que leur numéro de téléphone, leur nom, le numéro du centre, leur signature et la date. Les autres représentants doivent remplir cette section entièrement.

Veuillez indiquer votre lien de parenté avec la personne mentionnée à la Section 1 :

Si autre, veuillez préciser :

Prénom

Deuxième prénom

Nom de famille

Téléphone

Poste

Nom de l'organisation

### Adresse postale

Numéro et nom de la rue ou boîte postale

Adresse 2 (rue, n°)

### Réservé au personnel du Centre d'assistance aux victimes

Numéro JP/VWC

Ville

État

Code postal

### Réservé aux avocats

Je demande un paiement conformément à la section 13957.7 (g) du Code gouvernemental.

N° d'identification fiscale

Numéro de membre du barreau de l'État

Téléphone

Courriel

### Signature et date requises pour tous les représentants

Signature du représentant

Date

## Section 7 : Comment avez-vous entendu parler de la Commission?

Forces de l'ordre

Procureur du district

Prestataire médical

Services de la protection des enfants

Services de protection des adultes

Prestataire médicopsychologique

Centre d'assistance aux victimes aux témoins

Médias (télévision, radio, journal, etc.)

Panneau d'affichage ou affiche

Carte ou brochure

Autre

## Section 8 : Divulgation d'informations auprès des autorités fédérales

Les informations facultatives suivantes concernent la personne indemnisée et ne sont utilisées qu'à des fins statistiques uniquement pour satisfaire à la réglementation fédérale.

<b>Ethnicité</b>	Amérindien/Natif de l'Alaska	Asiatique	Noir/Afro-américain	Hispanique/Latino	Natif d'Hawaï ou d'une autre île du Pacifique	Blanc non-Latino/Caucasien
			Autre race	Multi-ethnique	Refuse de déclarer	Autre

La victime est-elle invalide ?

La victime était-elle invalide avant l'acte criminel?

## Section 9 : Informations relatives aux assurances

Veillez renseigner ci-dessous les informations concernant vos assurances. La Commission californienne d'indemnisation des victimes (California Victim Compensation Board, CalVCB) est le payeur de dernier recours. Il se peut que nous contactions votre compagnie d'assurance en tant que source potentielle de remboursement.

Je n'ai aucune assurance d'aucune sorte.

### Assurance maladie

Numéro de carte d'assurance Medi-Cal

Date d'émission

Nom de la compagnie d'assurance maladie

Numéro de la police

Numéro de groupe

Téléphone

Poste

### Adresse postale

Numéro et nom de la rue ou boîte postale

Adresse 2 (rue, n°)

Ville

État

Code postal

### Nom de l'assuré

Prénom

Deuxième prénom

Nom de famille

Avez-vous fait une demande d'indemnisation auprès des assurances concernant cet acte criminel?

### Assurance auto/véhicule (voiture, camion, moto, camping-car, bateau, jet ski, avion, etc...)

Complétez si l'acte criminel implique un véhicule, y compris les piétons heurtés par un véhicule.

Nom de la compagnie d'assurance auto

Numéro de la police

Téléphone

Poste

### Adresse postale

Numéro et nom de la rue ou boîte postale

Adresse 2 (rue, n°)

Ville

État

Code postal

### Nom de l'assuré

Prénom

Deuxième prénom

Nom de famille

Avez-vous fait une demande d'indemnisation auprès des assurances concernant cet acte criminel?

### Assurance maladie

Veillez cocher toutes les sources d'assurance supplémentaires pouvant être appliquées à votre demande.

Medi-Cal

Medicare

Indemnités des accidents du travail

Autre

**Si vous avez plus d'un fournisseur d'assurance, veuillez les énumérer sur une feuille de papier séparée et l'envoyer avec votre demande.**

## Section 10 : Informations concernant l'employeur

Veillez indiquer l'employeur de la victime. Si vous êtes un parent/tuteur cherchant des indemnités pour perte de salaire due à l'hospitalisation ou au décès d'une victime mineure, indiquez votre employeur.

**Contact**

Nom de l'entreprise de l'employeur	Prénom	Nom de famille	Téléphone	Poste	OK de contacter l'employeur ?
------------------------------------	--------	----------------	-----------	-------	-------------------------------

### Adresse postale

Numéro et nom de la rue ou boîte postale	Adresse 2 (rue, n°)	Ville	État	Code postal
--	---------------------	-------	------	-------------

La victime est-elle ou était-elle un travailleur indépendant ?

La victime a-t-elle perdu son travail suite aux blessures associées à l'acte criminel ?

L'acte criminel a-t-il été commis alors que la victime était au travail ou sur le lieu de travail ?

**Si vous avez plus d'un employeur, veuillez les énumérer sur une feuille de papier distincte et l'envoyer avec votre demande.**

## Section 11 : Informations concernant une action au civil

Si vous décidez d'intenter une action au civil, la loi vous oblige à en informer CaIVCB sous 30 jours à compter du dépôt de l'action.

Avez-vous déposé, ou avez-vous l'intention de déposer, une action au civil relative à cet acte criminel ?

### Nom de l'avocat

Prénom	Deuxième prénom	Nom de famille	Téléphone	Poste
--------	-----------------	----------------	-----------	-------

### Adresse postale

Numéro et nom de la rue ou boîte postale	Adresse 2 (rue, n°)	Ville	État	Code postal
--	---------------------	-------	------	-------------

### Votre demande d'indemnisation de victime d'acte criminel est presque terminée.

- Après en avoir saisi toutes les informations dont vous disposez, veuillez imprimer votre demande.
- Veillez joindre une copie de tous les documents à l'appui de votre demande d'indemnisation **de victime d'acte criminel**, y compris une copie des factures, des assurances et de tout ce qui concerne l'acte criminel. Conservez les documents originaux dans vos dossiers.
- Veillez lire attentivement la page suivante, la signer et la dater, puis l'envoyer à l'adresse indiquée ou la remettre à votre Centre d'assistance aux victimes aux témoins local.
- CaIVCB vous enverra une lettre accusant réception de votre demande. La lettre accusant réception comprendra des informations complémentaires sur les prestations demandées dans votre demande.
- Il se peut qu'un représentant de CaIVCB vous contacte pour obtenir des informations supplémentaires si vous n'avez pas été en mesure de les fournir dans votre demande.
- Pour toute question sur l'indemnisation de victimes, vous pouvez contacter votre Centre d'assistance aux victimes aux témoins local ou appeler CaIVCB au 1-800-777-9229.

Cette page doit être signée et datée.

## Section 12 : Divulgarion d'informations

J'autorise tout fournisseur de soins de santé, tout agent de facturation médicale, tout directeur de pompes funèbres ou personne similaire, tout employeur, toute force de l'ordre ou autre organisme gouvernemental, y compris le ministère de la Justice, l'Administration de la Sécurité sociale, le Franchise Tax Board de l'État de Californie et l'agence fédérale Internal Revenue Service, toute compagnie d'assurance, ou toute autre personne ou agence, à fournir des informations relatives à cette demande, notamment les informations médicales (y compris, sans toutefois s'y limiter, les antécédents ou les dossiers médicaux, les rapports de consultation, les rapports de pathologie, les bilans de sortie, les rapports d'opération, les rapports de radiologie et de radiographie, les rapports de laboratoire, les dossiers patients, les rapports narratifs et les dossiers de facturation), les informations concernant la santé mentale, et les dossiers d'inculpation pour infractions graves, à la CalVCB ou à ses représentants, afin de déterminer l'éligibilité aux prestations de celle-ci. Cette autorisation s'applique également à toutes les sources de recouvrement des pertes invoquées, y compris, mais sans s'y limiter, les prestations de santé ou d'assurance maladie, les prestations de chômage ou d'invalidité, les prestations de la Sécurité sociale (pensions d'invalidité de la Sécurité sociale ou de retraite, y compris les justificatifs médicaux ou médicosychologiques), et les prestations destinées aux anciens combattants. J'autorise également la divulgation de renseignements fiscaux fédéraux et étatiques, y compris les déclarations de revenus, aux fins de vérification de revenus. Par la présente, je renonce à tous les privilèges juridiques relatifs aux informations requises par CalVCB concernant ma demande.

Je reconnais qu'une photocopie ou une télécopie du présent formulaire signé a la même valeur que l'original, et que ma signature autorise la divulgation de toutes les informations spécifiées.

Je reconnais que CalVCB ou ses représentants sont en droit de poursuivre les démarches visant à demander des dédommagements au condamné dans cette affaire afin de recouvrer les sommes que CalVCB m'a versées et que, par le dépôt de cette demande, j'autorise l'utilisation des informations contenues dans cette demande et les dossiers de réclamation ultérieurs dans le but d'obtenir des dédommagements de la part du condamné.

Afin de vérifier ou de traiter la présente demande, j'accepte que CalVCB ou ses représentants fournissent des informations concernant cette demande, ainsi que les informations qu'elle contient, à tout représentant désigné dans cette demande, organisme gouvernemental, prestataire de soins de santé ou autre fournisseur de services de santé, et qu'ils puissent payer les fournisseurs directement si le paiement desdits services est approuvé.

Je reconnais que je peux révoquer cette autorisation à tout moment. La révocation doit se faire par écrit. La révocation prendra effet à sa réception par CalVCB ; cependant, une fois la révocation reçue par CalVCB, je pourrais ne plus avoir droit aux prestations dispensées par CalVCB. Aucun prestataire de soins de santé ne peut cependant conditionner un traitement, paiement, inscription ou éligibilité à des prestations sur ma décision de signer cette autorisation. J'ai droit à une copie de cette autorisation, sauf dans des circonstances limitées. Je consens à ce que les informations divulguées en vertu de la présente autorisation puissent être à nouveau divulguées par le destinataire, comme l'exige la loi, et que cette re-divulgation ne soit plus nécessairement protégée par la législation fédérale ou étatique. Je consens à ce que les autorisations et accords mentionnés dans la présente expirent dix (10) ans après la date de signature du présent formulaire.

Signé	Date
-------	------

(Le parent ou le tuteur doit signer si la victime est une personne mineure ou en incapacité.)

## Section 13 : Mon accord avec la Commission californienne d'indemnisation des victimes

Conformément à la législation californienne, je contacterai et rembourserai la Commission californienne d'indemnisation des victimes (CalVCB) si je reçois, moi-même ou quiconque agissant en mon nom, des paiements de la part du contrevenant, d'une action en justice, d'une police d'assurance ou de toute autre entité publique ou privée, pour les pertes résultant directement de l'acte criminel sur lequel était fondé le versement de prestations de CalVCB, à concurrence du montant total des prestations octroyées par CalVCB. Je comprends que je peux être tenu responsable de rembourser CalVCB pour toute somme à laquelle il est déterminé par la suite que je n'avais pas droit. J'avertirai CalVCB si j'engage un avocat pour me représenter pour tout recours liée à cet acte criminel ou si j'engage une action à titre personnel.

Toutes les sommes que je reçois de CalVCB pour des frais de déménagement/réinstallation, pour améliorer la sécurité de mon domicile ou pour modifier une maison ou un véhicule pour une victime handicapée ne seront utilisées qu'à ces seules fins. Si je suis victime de violence domestique et que je reçois des indemnités de déménagement/réinstallation, je ne donnerai jamais l'adresse de mon domicile au contrevenant, ni ne l'autoriserai à entrer sur les lieux, ou ferai une demande d'ordonnance restrictive à son encontre.

Dans l'éventualité où je serais indemnisé par CalVCB pour une quelconque perte pécuniaire et que l'État de Californie percevrait ensuite une indemnité pour la même perte de la part du coupable (y compris toute somme reçue en vertu d'une ordonnance de dédommagement) ou de toute autre source, je céderai à la Commission d'indemnisation des victimes, tous mes droits sur cette double indemnisation.

Je, soussigné, déclare, sous peine de parjure en vertu des lois de l'Etat de Californie que les informations que j'ai fournies sont, pour autant que je sache, exactes et véridiques. Je comprends que je peux être déclaré inadmissible aux prestations, et que des mesures puissent être prises pour récupérer le montant des prestations reçues si je fournis des informations fausses, intentionnellement incomplètes ou trompeuses.

Signé	Date
-------	------

(Le parent ou le tuteur doit signer si la victime est mineure ou en incapacité. Dans le cas des assistants sociaux du comté, voir la section 13a.)

Nom en caractères d'imprimerie

## Section 13a : Réserve aux seuls assistants sociaux du comté

Conformément à la législation californienne, je contacterai et informerai la Commission californienne d'indemnisation des victimes (CalVCB) si j'apprends que le requérant reçoit des paiements de la part du contrevenant, d'une action en justice, d'une police d'assurance ou de toute autre entité publique ou privée, pour les pertes résultant directement de l'acte criminel sur lequel était basé le versement de prestations de la part de la CalVCB.

Je, soussigné, déclare, sous peine de parjure en vertu des lois de l'Etat de Californie que les informations que j'ai fournies sont, pour autant que je sache, exactes et véridiques. Je comprends que le requérant peut être déclaré inadmissible aux prestations, et que des mesures puissent être prises pour récupérer le montant des prestations perçues par le requérant si celui-ci fournit des informations fausses, intentionnellement incomplètes ou trompeuses.

Signé	Date
-------	------

Nom en caractères d'imprimerie

Envoyez la demande dûment remplie à :

**California Victim Compensation Board**  
PO Box 3036, Sacramento, CA 95812-3036

ou

remettez-la à votre Centre d'assistance aux victimes aux témoins local.

Pour en savoir plus, composez le :

**1-800-777-9229**

Si vous êtes malentendant, appelez  
le California Relay Service (711).

**victimes.ca.gov** À l'aide des victimes d'acte criminel en Californie depuis 1965

## Déclaration de confidentialité concernant la collecte de données

1. CalVCB collecte ces informations sur la base des articles 13952 et suivants et 13954 du Code gouvernemental de Californie.
2. Toutes les informations collectées à partir de ce site sont soumises, sans s'y limiter, à Loi sur les pratiques en matière d'information (Information Practices Act). Voir <http://victims.ca.gov/media/pr.a.aspx>.
3. Ces informations sont collectées afin déterminer l'admissibilité à une indemnisation.
4. CalVCB peut divulguer vos informations personnelles à un autre demandeur, uniquement si la loi l'y oblige ou en toute bonne foi si une telle action est nécessaire pour :
  - a. se conformer aux édits de la loi ou se conformer à la procédure juridique engagée à l'encontre de CalVCB ou du site ;
  - b. protéger et défendre les droits ou la propriété de CalVCB ;
  - c. agir dans des circonstances d'urgence pour protéger la sécurité personnelle des utilisateurs de CalVCB ou du public.
5. Seules les informations demandées doivent être fournies.
6. Les informations fournies sont obligatoires.
7. Le fait de ne pas fournir les informations demandées pourrait entraîner le rejet de votre demande.
8. Vous avez le droit d'accéder aux fichiers contenant les informations personnelles que vous avez fournies.
9. Les informations collectées sont utilisées par la *Commission californienne d'indemnisation des victimes*.
10. Pour toute question concernant les informations recueillies, veuillez écrire à l'adresse suivante : PO Box 48, Sacramento, CA 95812, envoyer un courriel à [info@victims.ca.gov](mailto:info@victims.ca.gov), appeler le (800) 777-9229, ou contacter le coordonnateur de la protection de la vie privée de CalVCB sur [InfoSecurityandPrivacy@victims.ca.gov](mailto:InfoSecurityandPrivacy@victims.ca.gov).
11. Pour en savoir plus sur la confidentialité, veuillez consulter la Déclaration de confidentialité de CalVCB. Voir <http://victims.ca.gov/media/pr.a.aspx>
12. Pour en savoir plus sur l'information des consommateurs sur la sécurité, veuillez consulter <https://oag.ca.gov/privacy/online-privacy>.