

## Formulaire de demande de paiement individuel

Le présent formulaire vous permet d'obtenir un paiement individuel provenant de l'indemnité découlant du règlement relatif à la rafle des années 1960.

Ce règlement prévoit le paiement d'une indemnité à tout Indien inscrit, à toute personne admissible au statut d'Indien inscrit ou à tout Inuit ayant été adopté<sup>1</sup> ou mis en tutelle permanente et confié à une famille d'accueil ou à des parents adoptifs non autochtones au Canada entre le 1<sup>er</sup> janvier 1951 et le 31 décembre 1991.

Si cela vous décrit, veuillez lire et remplir le formulaire suivant. Vous devez ensuite le soumettre à l'administrateur des réclamations **au plus tard le 3 septembre 2019, soit**

a) **en remplissant et en soumettant la version électronique de ce formulaire disponible sur le site Web de l'administrateur à l'adresse suivante :**

<https://www.sixtiesscoopsettlement.info/formulairedereclamation>

b) **par courriel, par télécopie ou par la poste, aux coordonnées suivantes :**

**Administrateur du recours collectif relatif à la rafle des années 1960**

**a/s de Collectiva Services en recours collectifs Inc.**

2170 boulevard René Lévesque Ouest, suite 200

Montréal (Québec) H3H 2T8

Télécopieur : 514-287-1617

Courriel : [sixtiesscoop@collectiva.ca](mailto:sixtiesscoop@collectiva.ca)

Si vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire, communiquez avec Collectiva par téléphone au 1-844-287-4270 ou par courriel à l'adresse [sixtiesscoop@collectiva.ca](mailto:sixtiesscoop@collectiva.ca)

1. Quel est votre nom complet?

Prénom : \_\_\_\_\_

Deuxième prénom : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà utilisé d'autres noms ou changé légalement de nom?  
(par exemple : prénom d'origine, nom adopté, nom marital)

Veuillez les énumérer ici : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Veuillez joindre des copies des certificats de changement de nom légal.)

Votre adresse actuelle : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Province : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_

Téléphone (jour): \_\_\_\_\_

Téléphone cellulaire : \_\_\_\_\_

Adresse de courriel : \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Dans les présentes, le genre masculin est utilisé pour alléger le texte et s'entend de toutes les personnes.

2. Quelle est votre date de naissance?

\_\_\_\_\_   
 mm/jj/aa

3. Êtes-vous un Indien inscrit?

Oui

Non

Veillez fournir votre numéro d'inscription de statut d'Indien : \_\_\_\_\_

4. Êtes-vous admissible au statut d'Indien inscrit, sans disposer d'un numéro d'inscription?

Oui

Non

*Si vous avez répondu par l'affirmative, veuillez remplir le formulaire de **Demande d'inscription au statut d'Indien** disponible sur le site Web de l'administrateur [sixtiesscoopsettlement.info](http://sixtiesscoopsettlement.info) dans la section Formulaires. Si vous avez besoin d'aide pour savoir si vous êtes admissible au statut d'Indien inscrit, veuillez communiquer avec Collectiva au 1-844-287-4270.*

5. Êtes-vous Inuit?

Oui

Non

Veillez préciser l'Accord sur les revendications territoriales sous lequel vous êtes inscrit : \_\_\_\_\_

*Si vous ne connaissez pas l'Accord sur les revendications territoriales sous lequel vous êtes inscrit, veuillez communiquer avec l'administrateur pour obtenir de l'aide.*

6. Avez-vous été adopté?

Oui

Non

Dans l'affirmative, quand avez-vous été adopté? \_\_\_\_\_   
 mm/jj/aa

Où avez-vous été adopté?

Ville : \_\_\_\_\_

Province : \_\_\_\_\_

*Si vous avez été adopté plusieurs fois, veuillez préciser la ville, la province et la date de toutes les adoptions.*

7. Avez-vous été mis sous tutelle permanente (en d'autres termes, avez-vous été placé sous la tutelle permanente d'un organisme de services à l'enfance ou à la famille)?

Oui

Non

Dans l'affirmative, quand avez-vous été mis sous tutelle permanente?

\_\_\_\_\_   
 mm/jj/aa

Où avez-vous été mis sous tutelle permanente?

Ville : \_\_\_\_\_

Province : \_\_\_\_\_

8. Avez-vous été confié à des familles d'accueil ou parents adoptifs non autochtones?
- Oui  
 Non
9. Si vous avez été placé en famille d'accueil, pendant quelle période? \_\_\_\_\_
10. Disposez-vous de documents relatifs à votre adoption ou mise sous tutelle?
- Oui  
 Non

*Si vous disposez de ces documents, veuillez en joindre une copie à votre formulaire de demande. **Ne pas nous envoyer les documents originaux.***

11. Collectiva organisera la vérification des dossiers provinciaux afin d'appuyer votre réclamation. Pour ce faire, nous avons besoin de votre consentement écrit. Veuillez exprimer votre consentement en signant le formulaire de **Consentement à la recherche des dossiers**. Si nous ne sommes pas en mesure de trouver les documents requis dans le cadre de cette recherche, nous pourrions vous demander de signer une autre lettre de consentement.
12. Veuillez fournir tout renseignement supplémentaire qui nous aidera à vérifier votre réclamation d'indemnité.

***Votre histoire personnelle :***

13. [Facultatif] Aimerez-vous nous faire part de votre histoire personnelle? Votre histoire peut nous aider à évaluer votre réclamation, si nous ne sommes pas en mesure de trouver votre dossier. Nous ne transmettrons pas ces renseignements sans votre autorisation.
14. [Facultatif] Aimerez-vous que la Fondation de guérison consigne votre histoire personnelle? Si vous acceptez de nous faire part de votre histoire, vous pouvez autoriser la Fondation de guérison à l'archiver avec les histoires des autres survivants de la rafle des années 1960. Cela signifie que votre histoire personnelle sera mise à la disposition du public, aujourd'hui et pour les générations futures.

Acceptez-vous que la Fondation de guérison archive votre histoire personnelle?

Oui

Dans l'affirmative, souhaitez-vous que votre nom figure dans votre histoire personnelle?

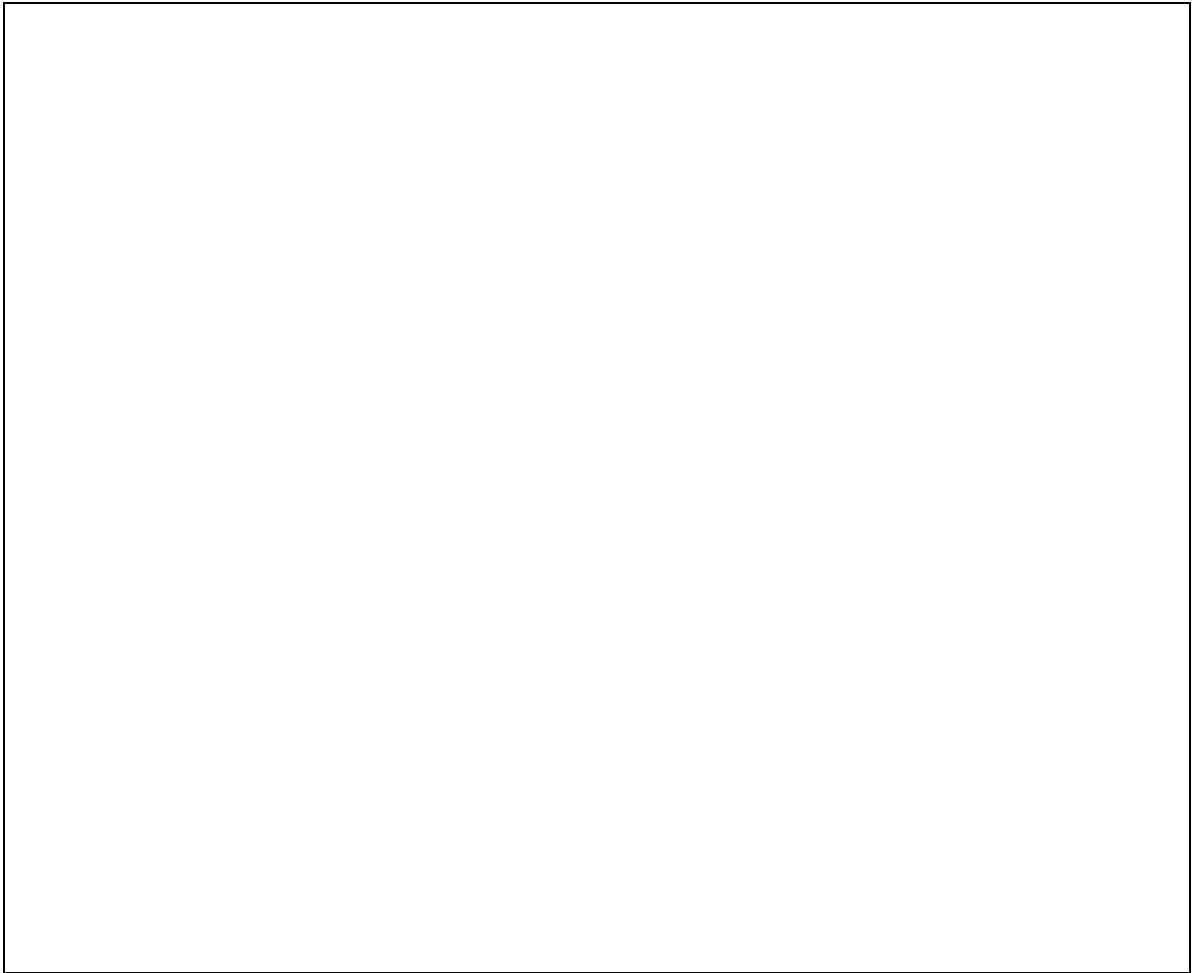
Oui, veuillez utiliser mon prénom et mon nom : \_\_\_\_\_

Veuillez n'utiliser que mon prénom : \_\_\_\_\_

Ne mentionnez pas mon nom : \_\_\_\_\_

Non

*Veuillez utiliser cet espace pour raconter votre histoire. Si vous avez besoin de plus d'espace, vous pouvez ajouter des pages supplémentaires.*



15. [Facultatif] Aimeriez-vous recevoir des informations de la Fondation de la guérison, par exemple, relativement à des mises à jour, des consultations ou d'autres événements?

- Oui, veuillez transmettre mes coordonnées à la Fondation.
- Non, ne transmettez pas mes coordonnées à la Fondation.

Je déclare que les renseignements fournis sont véridiques au meilleur de mes connaissances.

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_  
mm/jj/aa

### Formulaire de consentement de recherche de dossier

J'accepte par la présente que l'administrateur des réclamations, Collectiva, prenne toutes les mesures nécessaires pour organiser la vérification de mon dossier provincial afin de soutenir ma réclamation. Je reconnais que mon dossier provincial contient des renseignements personnels me concernant.

Nom : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

mm/jj/aa

**KM-3393196v1**