

# **Programme de contribution à l'intention des survivants de la thalidomide**

## **Appel de la décision relative au degré d'invalidité évalué**

### **Instructions**

Veillez utiliser le formulaire d'appel ci-joint portant sur le Programme de contributions à l'intention des survivants de la thalidomide (« PCST ») si vous interjetez appel de la décision de l'Administrateur du PCST relative à votre degré d'invalidité évalué.

**Vous pouvez interjeter un appel pour chaque demande d'évaluation que vous avez soumise.**

**Votre appel doit être présenté par écrit seulement.**

**Votre appel sera réexaminé par un autre membre de l'équipe d'évaluation médicale. Le professionnel de la santé en question effectuera sa propre évaluation de l'entièreté de votre dossier, indépendamment de l'évaluation de l'examineur précédent.**

**La décision d'appel vous indiquera soit un degré d'invalidité plus élevé ou le même degré d'invalidité. Le degré d'invalidité ne sera pas inférieur. La décision d'appel sera finale et définitive.**

Seul le survivant de la thalidomide ou son représentant personnel dûment autorisé peut présenter appel au nom du survivant.

**Avant de répondre, veuillez lire attentivement toutes les questions ainsi que les demandes de renseignements. Tout renseignement incomplet peut entraîner un délai de traitement ou un rejet de votre avis d'appel.**

### **Étape 1 – Renseignements personnels :**

Veillez vérifier et remplir la section 1 : Coordonnées du survivant de la thalidomide.

Si vous êtes un représentant personnel dûment désigné qui dépose un appel au nom du survivant de la thalidomide, vous devez également remplir la section 2 : Coordonnées du représentant personnel dûment autorisé. Si la preuve du pouvoir d'agir au nom du survivant de la thalidomide n'a pas été fournie précédemment ou si l'identité du représentant personnel a changé, veuillez en présenter la preuve immédiatement.

Si quelqu'un vous a aidé à remplir le présent formulaire, veuillez remplir la section 3 : Personne qui a aidé à remplir le présent formulaire.

**QUESTIONS ? BESOIN D'AIDE ?**

**1-877-507-7706 • 1-877-627-7027 (ATS) • [www.tscp-pcst.ca](http://www.tscp-pcst.ca)**

## **Étape 2 – Détails relatifs à l'appel**

Veillez remplir la section 4 – Motif de l'appel. Veuillez expliquer pourquoi votre appel doit être accueilli. Vous pouvez ajouter des pages supplémentaires afin de préciser certains renseignements importants que, selon vous, l'évaluateur devrait connaître, comme, par exemple, des renseignements qui n'ont pas été expressément fournis dans le formulaire de demande d'évaluation initiale. Si vous êtes un représentant personnel, veuillez dresser une liste des renseignements concernant le survivant de la thalidomide.

Bien qu'elles ne soient requises, vous pouvez choisir d'inclure également des pièces justificatives supplémentaires visant à appuyer votre appel, comme par exemple, de nouveaux dossiers médicaux non encore présentés. Vous n'êtes pas limité à présenter les dossiers médicaux de votre médecin de famille uniquement. Nous vous suggérons de présenter des dossiers provenant de professionnels de la santé qui connaissent le mieux la nature et l'étendue de vos déficiences et les impacts que les déficiences en question ont eus sur votre qualité de vie. Veuillez noter que vous **ne** serez **pas** remboursé pour les frais liés à l'obtention des dossiers médicaux supplémentaires en question portant sur un appel.

La présentation de photographies montrant vos déficiences, bien que facultative, peut également être utile à l'évaluateur médical afin de mieux comprendre la nature et l'étendue de vos déficiences physiques lorsque les renseignements contenus dans les dossiers médicaux sont minimes ou absents.

Si vous choisissez de présenter des dossiers médicaux supplémentaires qui sont toujours en attente, nous vous suggérons de présenter votre formulaire d'appel maintenant afin de pouvoir respecter le délai d'appel de 45 jours. Les dossiers médicaux pourront suivre par la suite.

## **Étape 3 – Veuillez joindre une pièce d'identité délivrée par un gouvernement et signer le formulaire :**

Veillez examiner et remplir les Sections 5 et 6. Si vous êtes un représentant personnel, veuillez signer et dater le formulaire et indiquer que vous êtes le représentant personnel.

## Étape 4 – Pour présenter le formulaire :

Veillez examiner tous les renseignements dans le formulaire d'appel et en faire une copie pour vos dossiers avant de nous le transmettre. Veuillez nous faire parvenir le formulaire original et toute documentation à l'appui à :

**Programme de contribution à l'intention des survivants de la thalidomide  
a/s Crawford – Services des recours collectifs  
3-505, 133, rue Weber Nord  
Waterloo ON N2J 3G9**

### **DÉLAI POUR PRÉSENTER VOTRE APPEL**

**Vous aurez 45 jours à compter de la date de la lettre de décision vous avisant de votre degré d'invalidité.**

### **Prochaines étapes :**

Vous recevrez un accusé de réception par la poste lorsque nous recevrons votre formulaire d'appel vous indiquant que nous l'avons bel et bien reçu. Si vous avez des questions au sujet de votre formulaire d'appel, nous communiquerons avec vous par téléphone et ou par la poste; il est donc important que vous nous avisiez de tout changement d'adresse ou tout numéro de téléphone en composant le 1-866-343-1858 ou le 1-877-627-7027 (ATS) ou par la poste à l'adresse indiquée plus haut ou par courriel à [tscp-pcst@crowco.ca](mailto:tscp-pcst@crowco.ca).

Votre formulaire d'appel sera examiné dans un délai de 35 jours civils à compter de la date de réception par l'Administrateur. Vous recevrez une lettre de décision eu égard à votre appel lorsque votre formulaire aura été examiné par l'examineur des appels. La décision sur l'appel sera finale et définitive. Il n'y aura aucun autre droit d'appel.

**QUESTIONS ? BESOIN D'AIDE ?**

**1-877-507-7706 • 1-877-627-7027 (ATS) • [www.tscp-pcst.ca](http://www.tscp-pcst.ca)**

# Thalidomide Survivors Contribution Program Appeal Form

Protected B When Completed

Page 1

## Énoncé de confidentialité :

Les renseignements requis dans le présent formulaire d'appel à présenter dans le cadre du Programme de contribution à l'intention des survivants de la thalidomide sont recueillis, utilisés et conservés par l'Administrateur du Programme de contribution à l'intention des survivants de la thalidomide et par ses agents aux fins de l'exploitation et de l'administration du Programme de contribution à l'intention des survivants de la thalidomide en vertu de *la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques*, S.C. 2000, c. 5 (LPRPDE). Les renseignements seront fournis au gouvernement du Canada afin de faciliter l'administration du Programme de contribution à l'intention des survivants de la thalidomide. Les renseignements personnels sont protégés en vertu de la législation fédérale, y compris *la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques* (LPRPDE) et *la Loi sur la protection de la vie privée*. Les renseignements personnels peuvent être utilisés ou divulgués conformément à la législation pertinente. Vous avez le droit de présenter une demande d'accès à vos renseignements personnels. Pour ce faire, veuillez composer le 1-877-507-7706 ou le 1-877-627-7027 (ATS).

## Section 1 : Coordonnées du survivant de la thalidomide

Langue préférée :	<input type="checkbox"/> Français	<input type="checkbox"/> Anglais
Mode de communication préféré :	<input type="checkbox"/> Poste	<input type="checkbox"/> Courriel
Sexe à la naissance :	<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Féminin
Identité de genre :	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre: _____	
État matrimonial :	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____	
Prénom :		
Second(s) prénom(s) :		
Nom de famille :		
Date de naissance (mm/jj/aaaa) :		
Adresse postale :		
Province/Territoire/État/Pays :		
Code postal/Code Zip :		
Numéro de téléphone principal :	( ) -	
Autre numéro de téléphone :	( ) -	

QUESTIONS ? BESOIN D'AIDE ?

1-877-507-7706 • 1-877-627-7027 (ATS) • [www.tscp-pcst.ca](http://www.tscp-pcst.ca)

Adresse courriel :	
--------------------	--

**Section 2 : Coordonnées du représentant personnel dûment autorisé**  
**(Ne pas remplir la section si le survivant n'a pas de représentant personnel dûment autorisé)**

Cette section doit être remplie **seulement** si vous avez été **dûment** autorisé à administrer les affaires du survivant. Vous **DEVEZ** fournir une preuve de votre pouvoir d'agir à titre de représentant personnel du survivant de la thalidomide. Veuillez remplir la Section 1 à la page précédente concernant le survivant et la Section 2 ci-dessous vous concernant.

J'ai joint une photocopie <b>certifiée conforme</b> d'une (1) des pièces suivantes :	Veuillez cocher (✓) la case pertinente : <input type="checkbox"/> Pouvoir d'agir <input type="checkbox"/> Ordonnance d'un tribunal <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Le pouvoir d'agir a déjà été transmis à l'Administrateur et n'a pas été modifié (Si cette case est cochée, il n'y a pas lieu de resoumettre la pièce en question).
--	---

Prénom :	
Nom de famille :	
Adresse postale :	
Ville/Municipalité :	
Province/Territoire/État/Pays :	
Code postal/Code Zip :	
Numéro de téléphone principal :	( ) -
Autre numéro de téléphone :	( ) -
Adresse courriel :	
Lien avec le survivant :	

**Section 3 : Personne qui a aidé à remplir le présent formulaire**

**Comme pour la Section 2 (Si la présente case est cochée, il n'y a pas lieu de remplir les cases de la Section 3 ci-dessous)**

Prénom :	
Nom de famille :	
Adresse postale :	
Ville/Municipalité :	
Province/Territoire/État/Pays :	
Code postal/Code Zip :	
Numéro de téléphone principal :	(     )     –
Autre numéro de téléphone :	(     )     –
Adresse courriel :	
Lien avec le survivant :	

QUESTIONS ? BESOIN D'AIDE ?

1-877-507-7706 • 1-877-627-7027 (ATS) • [www.tscp-pcst.ca](http://www.tscp-pcst.ca)



**Section 5 : Identification avec photo et respect de la vie privée**

Pour protéger votre vie privée et pour confirmer votre identité lors de la réception de documents de votre part, une preuve d'identité est requise de la part de **TOUS** les survivants admissibles chaque fois qu'un nouveau formulaire est soumis. Les représentants personnels dûment autorisés doivent fournir une preuve d'identité **à la fois** pour le survivant et pour eux-mêmes.

Veillez transmettre une photocopie d'une (1) des pièces d'identité suivantes émises par un gouvernement comme preuve de votre identité. L'identification **doit comprendre votre date de naissance** :

- Certificat de naissance
- Certificat de baptême
- Permis de conduire provincial valide
- Carte d'identité à photo provinciale valide (qui comprend la date naissance)
- Passeport canadien

QUESTIONS ? BESOIN D'AIDE ?

1-877-507-7706 • 1-877-627-7027 (ATS) • [www.tscp-pcst.ca](http://www.tscp-pcst.ca)

**Section 6 : Déclaration et signature**

La Section 6 doit être remplie par le survivant de la thalidomide ou le représentant personnel dûment autorisé d'agir au nom du survivant. Veuillez lire attentivement la déclaration suivante avant de la signer.

**Déclaration :** J'ai rempli le formulaire d'appel du Programme de contribution à l'intention des survivants de la thalidomide et je comprends qu'un examinateur d'appels qui est un professionnel de la santé examinera mon appel. Je comprends en outre que les renseignements fournis dans le présent formulaire et toute autre documentation à l'appui ci-jointe serviront à évaluer mon appel et que la décision prise par l'examinateur d'appels sera finale et définitive.

Je consens au partage de mes renseignements personnels, y compris mais sans les limiter les coordonnées relatives à des personnes-ressources, avec l'Administrateur, les autorités du gouvernement du Canada et les tierces parties autorisées nécessaires, uniquement dans le but de traiter mon appel.

En signant ci-dessous, j'indique que je consens au contenu de la présente déclaration.

**Survivant de la thalidomide/Représentant personnel :**

Nom (écrire en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

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

Date : \_\_\_\_\_  
(mm/jj/aaaa)

Tous les survivants de la thalidomide ou les représentants personnels dûment autorisés doivent signer ou apposer leur marque à la Section 6 en la présence d'un témoin qui peut être un parent. Le témoin doit fournir les coordonnées du témoin ci-dessous et signer la Déclaration du témoin qui suit.

Prénom du témoin		Nom de famille du témoin	
Ville/Municipalité	Province/Territoire/État	Ville/Municipalité	

Lien avec le survivant de la thalidomide/le représentant personnel

**Déclaration du témoin:** J'ai été témoin de la signature ou de l'apposition de la marque du survivant de la thalidomide ou du représentant personnel dûment autorisé. Lorsque le survivant de la thalidomide ou le représentant personnel dûment autorisé a apposé une marque comme signature, j'ai lu le contenu du présent formulaire d'appel présenté dans le cadre du Programme de contribution à l'intention des survivants de la thalidomide au survivant de la thalidomide ou à son représentant personnel, qui a apposé une marque comme signature et qui comprend et qui confirme les renseignements en question.

Nom (écrire en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

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

Date : \_\_\_\_\_  
(mm/jj/aaaa)

Veillez-vous assurer de joindre les documents et de fournir les renseignements suivants avec le formulaire d'appel que vous transmettez à l'Administrateur :

- Preuve d'identité du survivant
- Preuve d'identité du représentant personnel dûment autorisé (s'il y a lieu)
- Copie certifiée conforme du pouvoir du représentant personnel d'agir au nom du survivant (s'il y a lieu)
- Déclaration du demandeur/représentant personnel signée et datée (voir la Section 6)
- Section du témoin remplie, signée et datée par le témoin (voir la Section 6)

Veillez transmettre le formulaire d'appel rempli présenté dans le cadre du Programme de contribution à l'intention des survivants de la thalidomide à l'Administrateur **par la poste, le cachet postal en faisant foi**, dans la province ou le territoire de résidence du survivant, **45 jours civils à compter de la date de la lettre de décision qui vous a indiqué votre degré d'invalidité évalué**, à l'attention de :

Programme de contribution à l'intention des survivants de la thalidomide  
a/s Crawford - Services de recours collectifs  
Pièce 3-505, 133, rue Weber Nord  
Waterloo (ON) N2J 3G9