

Formulaire relatif aux paiements de soutien continu en vertu du Programme de contribution à l'intention des survivants de la thalidomide

Veillez remplir le présent formulaire pour nous aviser de votre mode de réception préféré des paiements de soutien continu en vertu du Programme de contribution à l'intention des survivants de la thalidomide. **Toute modification de vos préférences de paiements entrera en vigueur suite à l'approbation du présent formulaire par l'Administrateur.**

Veillez cocher une (1) case : <input type="checkbox"/> Nouvelle inscription <input type="checkbox"/> Demande de modification	
Section 1 : Renseignements pour communiquer avec le survivant de la thalidomide	
Prénom :	
Second(s) prénom(s) :	
Nom de famille :	
Date de naissance (mm/jj/aaaa) :	
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 : _____
Adresse postale :	
Ville /Municipalité :	
Province/Territoire/État/Pays :	
Code postal/Code Zip :	
Numéro de téléphone principal :	() -
Section 2 : Renseignements sur le représentant personnel dûment autorisé (À ne pas remplir si le survivant n'a pas de représentant personnel dûment autorisé)	
<p>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 pour le survivant et la section 2 ci-dessous pour vous-même.</p>	
J'ai joint une photocopie certifiée conforme d'un (1) des documents suivants :	Cochez (✓) 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 il n'a pas été modifié (si cette case est cochée, il n'y a pas lieu de retransmettre le document en question).
Prénom :	
Nom de famille :	
Adresse postale :	
Ville /Municipalité :	
Province/Territoire/État/Pays :	
Code postal/Code Zip :	

QUESTIONS? BESOIN D'AIDE?

1-877-507-7706 • 1-877-627-7027 (ATS) • www.tscp-pcst.ca

Numéro de téléphone principal :	() –
---------------------------------	-------------------

Lien avec le survivant	
------------------------	--

Section 3 : Veuillez préciser votre mode de réception préféré des paiements de soutien continu et la fréquence

Vous devez indiquer si vous voulez recevoir votre paiement de soutien continu sous forme d'un paiement forfaitaire annuel ou sous forme de paiements mensuels.

Lors du choix entre des paiements annuels ou des paiements mensuels, veuillez noter que dans le cas du décès d'un survivant après le début du processus de paiement, la succession du survivant pourra retenir le paiement reçu au cours du mois du décès du survivant si le survivant a choisi de recevoir des paiements mensuels. Par la suite, les paiements du survivant à la succession cesseront. Si le survivant a choisi de recevoir une somme forfaitaire annuelle, la succession pourra retenir le plein montant de l'année en question indépendamment de la date du décès du survivant. Par la suite, les paiements destinés au survivant cesseront.

Veuillez cocher (✓) les cases ci-dessous pour nous aviser de votre mode de réception des paiements de soutien continu et de leur fréquence :

- En une (1) somme forfaitaire annuelle par chèque ou par dépôt direct
Ou
 Par versements mensuels par chèque ou par dépôt direct

Dans l'avenir, les paiements continus vous seront transmis tel qu'indiqué à moins d'avis contraire de votre part.

Section 4 : Veuillez nous aviser qui recevra les paiements de soutien continu

Les paiements **seront toujours** émis au nom du survivant de la thalidomide; toutefois, ils peuvent être adressés à une autre partie sur présentation de documents juridiques autorisant le changement du destinataire des paiements.

Veuillez cocher (✓) **une (1)** des cases ci-dessous pour nous aviser qui recevra les paiements de soutien continu au nom du survivant :

- Adresser au survivant
ou
 Adresser au représentant personnel
ou
 Adresser à une autre personne. Veuillez remplir la section 5 à la page suivante.

Section 5 : Autre (Veuillez remplir cette section seulement si les paiements de soutien continu sont adressés à une personne autre que le survivant ou le représentant personnel)

Prénom :

Nom de famille :

Adresse postale :

Ville/Municipalité :

Province/Territoire/État/Pays :

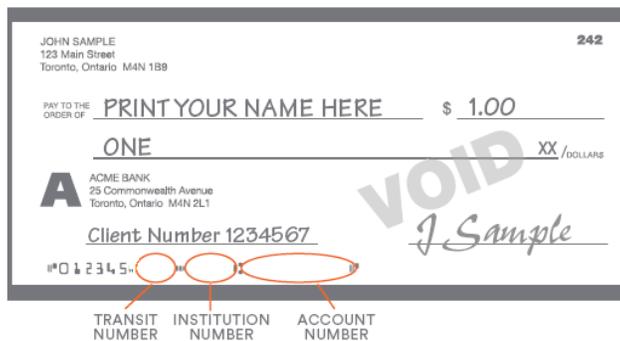
Code postal/Code Zip :

Numéro de téléphone principal : () –

Section 6 : Paiements par dépôt direct

Veuillez remplir la section 6 ci-dessous seulement si vous avez choisi de recevoir vos paiements de soutien continu par dépôt direct plutôt que par chèque. Veuillez joindre un chèque nul à votre formulaire.

Détails concernant votre compte bancaire (Veuillez remplir chaque case)



Nom de l'établissement

N° de compte de l'établissement

N° de l'établissement

N° de transit

Lorsque vous remplissez ce formulaire, vous autorisez l'Administrateur du Programme de contribution à l'intention des survivants de la thalidomide (Crawford - Services de recours collectifs) à déposer les montants d'argent du Programme de contribution à l'intention des survivants de la thalidomide directement à votre compte bancaire _____ tel qu'indiqué plus haut.

(insérer le nom de l'établissement bancaire)

Signature du survivant/du représentant dûment autorisé :

Date : mois : _____ jour : _____ année : _____

QUESTIONS? BESOIN D'AIDE?

1-877-507-7706 • 1-877-627-7027 (ATS) • www.tscp-pcst.ca

Section 7: Déclaration et signature

La section 7 doit être remplie par le survivant de la thalidomide ou par le représentant personnel ayant le pouvoir juridique d'agir au nom du survivant. Veuillez lire la déclaration suivante soigneusement avant de signer.

Déclaration : J'ai rempli le formulaire relatif aux paiements de soutien continu en vertu du Programme de contribution à l'intention des survivants de la thalidomide et je comprends que l'Administrateur examinera mon formulaire par souci d'exhaustivité et qu'il devra peut-être communiquer avec moi pour me demander des renseignements supplémentaires. Je comprends que les renseignements fournis dans le présent formulaire doivent être utilisés pour l'émission de mes paiements de soutien continu annuels de la manière que j'ai indiquée et jusqu'à ce que j'avise l'Administrateur autrement.

J'accepte de partager mes renseignements personnels, y compris mais sans s'y limiter mes coordonnées, avec l'Administrateur, les autorités du gouvernement du Canada et les tierces parties autorisées uniquement en vue du traitement de mes paiements de soutien continu.

En signant ci-dessous, j'indique mon accord pour le contenu de la présente déclaration.

Le survivant de la thalidomide/Le représentant personnel :

Écrire en lettres moulées : _____

Signature : _____

Date : _____
(mm/jj/aaaa)

Tous les survivants de la thalidomide ou leurs représentants personnels dûment autorisés doivent signer ou apposer leur marque <<aux sections 6 et 7>> en présence d'un témoin qui peut être un parent. Le témoin doit donner les renseignements demandés ci-dessous et il doit signer la Déclaration du témoin qui suit.

Prénom du témoin	Nom de famille du témoin
------------------	--------------------------

Ville/Municipalité	Province/Territoire/État	Pays
--------------------	--------------------------	------

Lien avec le survivant de la thalidomide/avec le représentant personnel

Déclaration du témoin : J'ai été témoin de la signature ou de la position 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 sa marque comme signature, j'ai lu le contenu du présent formulaire relatif aux paiements continus versés en vertu 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 sa marque comme signature, qui comprend et qui confirme les renseignements en question.

Nom (écrire en lettres moulées) : _____

Signature : _____

Date : _____
(mm/jj/aaaa)

QUESTIONS? BESOIN D'AIDE?

1-877-507-7706 • 1-877-627-7027 (ATS) • www.tscp-pcst.ca

Veillez vous assurer que les pièces suivantes accompagnent le formulaire relatif aux paiements de soutien continu lorsque vous le transmettez à l'Administrateur :

- Pour ceux qui choisissent le dépôt direct, une photocopie d'un chèque nul indiquant l'adresse où faire le dépôt
- Une (1) photocopie d'une pièce d'identité délivrée par un gouvernement au nom du survivant et qui comprend la date de naissance
- Une (1) photocopie d'une pièce d'identité délivrée par un gouvernement au nom du représentant personnel dûment autorisé et qui comprend la date de naissance (s'il y a lieu)
- Une copie certifiée conforme du pouvoir d'agir au nom du survivant (s'il y a lieu)

Veillez retourner le formulaire de paiement en cours du Programme de contributions aux survivants de la thalidomide à l'administrateur par la poste, par courriel ou par télécopieur à:

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
tscp-pcst@crawco.ca; fax: 1-888-842-1332

**La date limite pour retourner le formulaire rempli est le 15 mars 2020
pour que la modification s'applique au paiement de soutien
continu pour l'exercice 2020-2021.**