

PAIEMENT D'EXPÉRIENCE COMMUNE

Comment vous pouvez nous aider à traiter rapidement votre demande :

Pour éviter tout retard dans le traitement de votre demande, n'oubliez pas :

- d'inclure les pièces d'identité approuvées;
- d'indiquer votre nom au complet ainsi que tous les noms par lesquels vous étiez connu(e) au(x) pensionnat(s) indien(s);
- d'inclure votre adresse complète, y compris votre code postal;
- de signer votre demande.

REMARQUES :

- Si vous avez des questions au sujet du formulaire de demande, veuillez communiquer avec Crawford Class Action Services au 1-866-640-9992 pour obtenir de l'aide. Les usagers d'ATS peuvent composer le 1-877-627-7027. Ces deux numéros sont sans frais.
- Votre demande ne peut être traitée si vous ne la remplissez pas au complet ou si vous oubliez de la signer.
- Si vous ne pouvez pas fournir l'original ou une copie certifiée conforme de l'un des documents requis pour confirmer un changement de nom, vous pouvez présenter une déclaration du répondant (voir ci-joint). Pour de plus amples renseignements sur l'utilisation des déclarations du répondant pour confirmer un changement de nom, veuillez communiquer avec Crawford Class Action Services au 1-866-640-9992 (ATS 1-877-627-7027).

Votre demande sera traitée le plus rapidement possible et vous serez avisé dans les 60 jours suivant notre décision. Pour obtenir des renseignements sur l'état de votre demande, veuillez communiquer avec Crawford Class Action Services au 1-866-640-9992 (ATS 1-877-627-7027). Ces deux numéros sont sans frais.

Les anciens élèves qui reçoivent un Paiement d'expérience commune auront le choix de recevoir un chèque par la poste ou de recevoir leur paiement par dépôt direct (disponible au Canada seulement). Le dépôt direct est l'option la plus rapide et la plus sûre. Si vous voulez profiter des avantages du dépôt direct, veuillez nous fournir les renseignements bancaires nécessaires dans la section du formulaire prévue à cette fin, ou joindre à celui-ci un chèque sur lequel vous aurez inscrit la mention « Annulé ».

REMARQUE :

Le Paiement d'expérience commune ne peut être versé par dépôt direct à la succession ou au représentant personnel d'un ancien élève.



DEMANDE DE PAIEMENT D'EXPÉRIENCE COMMUNE POUR LES ANCIENS ÉLÈVES AYANT RÉSIDÉ À UN PENSIONNAT INDIEN

| | | | |
|--|-------------------------------------|---------------------------------|---------------------|
| SECTION A : | | | |
| 1. IDENTIFICATION | | | |
| Langue préférée : <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français | | | |
| Prénom (actuel) | Second prénom (s'il y a lieu) | Nom(s) de famille | |
| AUTRE(S) NOM(S) SOUS LEQUEL(S) VOUS ÉTIEZ CONNU(E) AU PENSIONNAT INDIEN ET/OU NOM TRADITIONNEL | | | |
| <i>Veillez fournir tous les noms, y compris le nom à la naissance et les autres orthographes et surnoms courants (par exemple : Celina, Lena).</i> | | | |
| Prénom(s) | Second(s) prénom(s) (s'il y a lieu) | Nom(s) de famille | |
| Nom complet de la mère, du père et/ou du tuteur/parent substitut à l'époque où vous avez fréquenté le pensionnat indien (les tuteurs/parents substitués peuvent être des parents adoptifs traditionnels, des membres de la famille élargie ou de la communauté de l'ancien élève). <i>Ces renseignements ne sont pas obligatoires pour établir l'admissibilité, mais peuvent aider à confirmer votre fréquentation au(x) pensionnat(s).</i> | | | |
| Mère (nom de jeune fille/nom à la naissance) | Prénom _____ | Nom de famille _____ | |
| Père | Prénom _____ | Nom de famille _____ | |
| Tuteur(s)/parent(s) substitut(s) (s'il y a lieu) | Prénom _____ | Nom de famille _____ | |
| Lien de parenté entre le ou les tuteurs/parents substitués et l'ancien élève (par exemple, tante, grand-mère, ami(e), etc.) _____ | | | |
| 2. ADRESSE ACTUELLE | | | |
| ADRESSE (n°, rue, app., R.R., C.P.) | | Ville/municipalité/collectivité | |
| Province/Territoire/État | Pays | Code postal | Numéro de téléphone |
| ADRESSE POSTALE (n°, rue, app., R.R., C.P.) | | Ville/municipalité/collectivité | |

Pour obtenir de l'aide pour remplir ce formulaire de demande, veuillez communiquer avec Crawford Class Action Services au 1-866-640-9992 ou au 1-877-627-7027 pour les utilisateurs d'un ATS.



| | | | |
|--------------------------|------|-------------|---------------------|
| Province/Territoire/État | Pays | Code postal | Numéro de téléphone |
|--------------------------|------|-------------|---------------------|

3. DATE ET LIEU DE NAISSANCE

AAAAA/JJ/MM

PROVINCE/TERRITOIRE/ÉTAT

PAYS

VEUILLEZ INDIQUER À QUEL GROUPE VOUS APPARTENIEZ LORSQUE VOUS FRÉQUENTIEZ UN PENSIONNAT INDIEN

- Indien inscrit Indien non inscrit Métis Inuit (Nunavut)
 Inuit (Québec) Inuvialuit Non-Autochtone

Les renseignements fournis dans la présente section sont obligatoires. Ces renseignements seront fournis à Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada pour aider à traiter votre demande conformément aux principes approuvés par la Cour.

4. PREUVE D'IDENTITÉ REQUISE

Une preuve d'identité est requise. Pour plus de précision, voir la section B. Veuillez cocher les documents que vous fournissez :

Principaux documents

- Certificat ou acte de naissance original

OU

Deux pièces d'identité parmi les suivantes, dont au moins une avec photo :

- Certificat de statut indien
 Permis de conduire provincial ou territorial
 Carte d'assurance-maladie d'une province ou d'un territoire
 Passeport canadien;
 Carte d'identité générale du gouvernement du Nunavut **ou** du Yukon **ou** des Territoires du Nord-Ouest

Si le nom sur la demande est différent de celui sur les documents principaux, veuillez fournir l'original ou une copie certifiée conforme de l'un des documents suivants :

- Certificat de mariage
 Jugement de divorce
 Attestation officielle de changement de nom
 Documents d'adoption

Pour obtenir de l'aide pour remplir ce formulaire de demande, veuillez communiquer avec Crawford Class Action Services au 1-866-640-9992 ou au 1-877-627-7027 pour les utilisateurs d'un ATS.



5. PENSIONNAT(S) INDIEN(S) OÙ VOUS AVEZ RÉSIDÉ

Du mieux que vous le pouvez, veuillez indiquer les dates auxquelles vous avez résidé à Kivalliq Hall et celle à laquelle vous l'avez quitté.

Remarque : Si vous avez quitté le pensionnat pendant un certain temps (sans compter les vacances et/ou les jours fériés), puis êtes retourné au pensionnat, veuillez indiquer les dates de votre retour et de votre départ.

PENSIONNAT #140 – Kivalliq Hall

De _____ À _____
 MM/AAAA MM/AAAA

De _____ À _____
 MM/AAAA MM/AAAA

De _____ À _____
 MM/AAAA MM/AAAA

De _____ À _____
 MM/AAAA MM/AAAA

6. SI VOUS DÉSIREZ RECEVOIR UN DÉPÔT DIRECT (au Canada seulement)

Voulez-vous que votre Paiement d'expérience commune soit déposé dans votre compte auprès d'une banque ou d'une institution financière?

Oui (remplissez la section qui suit) Non

Si vous avez un compte chèques, veuillez joindre un chèque personnalisé non signé. Inscrivez la mention « ANNULÉ » au recto du chèque.

OU

Si vous avez un compte épargne, remplissez les cases ci-après (vous pouvez communiquer avec votre banque ou institution financière pour obtenir ces renseignements au besoin) :

| | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------|--|
| <i>Numéro de succursale</i> | <i>Numéro d'institution</i> | <i>Numéro de compte</i> | <i>Nom de l'institution financière</i> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| | |
|---|--|
| <i>Nom de la personne qui détient le compte</i> | <i>Numéro de téléphone de votre institution financière</i> |
| _____ | _____ |

Pour obtenir de l'aide pour remplir ce formulaire de demande, veuillez communiquer avec Crawford Class Action Services au 1-866-640-9992 ou au 1-877-627-7027 pour les utilisateurs d'un ATS.





SIGNATURE

Ma signature/marque indique que les renseignements fournis dans cette demande sont, à ma connaissance, exacts et véridiques. Je reconnais que le fait de présenter sciemment une demande erronée ou frauduleuse pourrait donner lieu à des poursuites criminelles. Je comprends que chaque demande fait l'objet de vérifications.

Signature du demandeur

AAAA/JJ/MM

Je comprends que les renseignements requis dans la présente demande sont nécessaires à l'administration du Paiement d'expérience commune et que ces renseignements seront fournis à Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada afin de déterminer mon admissibilité. Je comprends que les renseignements personnels sont protégés en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels* et de la *Loi sur le ministère de l'Emploi et du Développement social (LMEDS)*. J'ai le droit de demander à consulter mes renseignements personnels en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels* et je sais que ces derniers peuvent être utilisés ou divulgués selon les conditions stipulées dans la *Loi sur la protection des renseignements personnels*, la LMEDS et décrites dans le fichier de renseignements personnels (ESDC PPU 100).

SIGNATURE AU MOYEN D'UNE MARQUE

Si le demandeur a signé en inscrivant une marque (par exemple un « X »), la marque doit être faite en présence d'un témoin.

Ce témoin peut être un parent. Le témoin doit fournir les renseignements suivants :

Prénom, initiales et nom de famille du témoin

Lien avec le demandeur

| | | | |
|-------------------------------------|------|---------------------------------|---------------------|
| Adresse (n°, rue, app., R.R., C.P.) | | Ville/municipalité/collectivité | |
| Province/Territoire/État | Pays | Code postal | Numéro de téléphone |

Si le demandeur a signé en inscrivant une marque, le témoin doit également signer la déclaration suivante :

J'ai lu le contenu du présent formulaire de demande au demandeur, qui en comprend et en confirme le contenu complet et qui a fait sa marque en ma présence.

Signature du témoin

AAAA/JJ/MM

Pour obtenir de l'aide pour remplir ce formulaire de demande, veuillez communiquer avec Crawford Class Action Services au 1-866-640-9992 ou au 1-877-627-7027 pour les utilisateurs d'un ATS.



VOUS N'AVEZ PAS À RETOURNER LES PAGES 5 et 6 AVEC VOTRE DEMANDE

SECTION B : EXIGENCES DOCUMENTAIRES

I. PIÈCES D'IDENTITÉ

1. Vous devez joindre l'originale de votre certificat ou de votre acte de naissance au formulaire de demande. Il vous sera retourné après vérification de votre identité.

OU

2. Si vous n'avez pas l'original de votre certificat de naissance, vous pouvez présenter deux (2) des documents suivants, l'un doit comporter une photographie :

- Certificat de statut indien (délivré par Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada)
- Permis de conduire provincial ou territorial
- Carte d'assurance-maladie d'une province ou d'un territoire
- Passeport canadien;
- Carte d'identité générale du gouvernement du Nunavut **ou** du Yukon **ou** des Territoires du Nord-Ouest

3. Si vous choisissez de poster votre demande et que vous n'avez pas l'original de votre certificat de naissance, vous devez joindre des **copies conformes certifiées** d'au moins deux (2) des documents énumérés au point 2. Vous devrez présenter les originaux des pièces d'identité à une personne qui attestera que les documents sont des copies conformes des pièces d'identité originales de l'ancien élève. Cette personne doit être un citoyen canadien et résider au Canada et doit être disponible pour vérification auprès de Service Canada.

Veillez noter que vous ne pouvez pas authentifier vos propres documents.

La personne qui certifie votre document doit inscrire la déclaration suivante sur la copie de la pièce d'identité **ne comportant pas de photo** : « *J'atteste qu'il s'agit d'une copie certifiée conforme à l'original* ». Elle doit en outre inscrire la déclaration suivante sur la copie de la pièce d'identité **comportant une photo** : « *Je certifie que cette copie est conforme au document original et que la photo est bel et bien celle du demandeur. Je suis un citoyen canadien* ». La personne doit également inscrire son nom en lettres moulées, son titre, ses coordonnées et la date à laquelle elle certifie le document sur toutes les copies de celui-ci, en plus d'y apposer sa signature.

Les personnes suivantes peuvent attester l'authenticité de vos documents :

- Chef ou membre du conseil de bande d'une Première Nation
- Membre du Conseil général des établissements métis ou du Saskatchewan Provincial Métis Council
- Dentiste
- Dirigeant de la Nunavut Tunngavik Inc
- Dirigeant de la Société régionale inuvialuite et des six (6) Sociétés communautaires des Inuvialuits (Territoires du Nord-Ouest)
- Dirigeant de Makivik (Nord québécois)
- Juge
- Avocat (membre d'un barreau provincial)
- Notaire (au Québec)
- Magistrat
- Maire
- Médecin

Pour obtenir de l'aide pour remplir ce formulaire de demande, veuillez communiquer avec Crawford Class Action Services au 1-866-640-9992 ou au 1-877-627-7027 pour les utilisateurs d'un ATS.



I. PIÈCES D'IDENTITÉ

- Notaire public
- Ministre du culte habilité en vertu de la législation provinciale à célébrer des mariages
- Représentant de l'Association inuite du Kivalliq
- Optométriste
- Pharmacien
- Agent de police (corps municipal, provincial ou GRC)
- Maître de poste
- Directeur d'une école primaire ou secondaire
- Expert-comptable (APA, CA, CGA, CMA, PA ou RPA)
- Ingénieur (P.Eng. ou ing. au Québec)
- Cadre supérieur dans un établissement d'enseignement postsecondaire (y compris les cégeps)
- Cadre supérieur ou professeur dans une université
- Travailleur social détenant une MSS (maîtrise en service social)
- Vétérinaire

REMARQUE :

Si le nom inscrit sur les pièces d'identité diffère du nom actuel, il vous faudra soumettre des documents à l'appui du changement de nom. Vous pouvez envoyer l'original ou des copies certifiées conformes des documents suivants :

- Certificat de mariage
- Jugement de divorce
- Attestation officielle de changement de nom
- Documents d'adoption

II. PRÉSENTATION DE LA DEMANDE

Vous pouvez présenter votre demande par la poste ou en personne dans un bureau de Service Canada.

Si vous présentez une demande par la poste, faites parvenir vos documents à :

**Centre de traitement du PEC
C.P. 8232, Station T
Ottawa (Ontario) K1G 3H7**

Veillez ne pas fournir d'autres documents que ceux qui sont demandés dans le formulaire de demande. Nous communiquerons directement avec vous par téléphone ou par courrier si nous désirons obtenir d'autres renseignements. Assurez-vous d'avoir fourni tous les renseignements demandés et d'avoir signé votre demande. Service Canada est maintenant rattaché à Emploi et développement social Canada. Pour trouver le bureau de Service Canada le plus près de chez vous, consultez le www.servicecanada.gc.ca ou composez le 1-800-O-Canada (1-800-622-6232).

Pour obtenir de l'aide pour remplir ce formulaire de demande, veuillez communiquer avec Crawford Class Action Services au 1-866-640-9992 ou au 1-877-627-7027 pour les utilisateurs d'un ATS.



DÉCLARATION DU GARANT

Utilisé à l'appui de la validation de l'identité du demandeur
(ancien élève ou représentant personnel)
Doit être accompagné d'une demande de PEC

Cette déclaration du garant sera acceptée pour établir que le nom actuel utilisé par le demandeur dans la demande de PEC est le même nom que celui sous lequel le demandeur est connu du garant. Service Canada peut communiquer le garant pour vérifier sa déclaration.

Veuillez cocher l'énoncé ci-dessous qui s'applique à votre situation.

La présente déclaration du garant est présentée lorsque le demandeur au titre du Paiement d'expérience commune (PEC) **ne peut pas** :

- Soumettre de pièce d'identité avec photo à l'appui de la demande de PEC.
- Obtenir la ou les pièces d'identité requises à l'appui de la demande de PEC.
- Obtenir les documents d'identité décrits dans la demande de PEC à l'appui d'un changement de nom.

Veuillez vous assurer qu'une demande de Paiement d'expérience commune dûment remplie et signée, accompagnée des pièces justificatives (p. ex. des pièces d'identité), le cas échéant, est également soumise. Service Canada peut communiquer avec les personnes nommées dans ce formulaire pour vérifier leur déclaration.

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR

| Prénom(s) | Second prénom(s) (le cas échéant) | Nom(s) de famille | AAAA/MM/JJ |
|-----------|-----------------------------------|-------------------|------------|
|-----------|-----------------------------------|-------------------|------------|

Adresse actuelle :

(C.P. n°, rue, app., R.R.)

Ville/municipalité/collectivité

Province/territoire/État

Code postal

Pays

Date de naissance (AAAA/JJ/MM) Numéro de téléphone Numéro de référence de la demande de PEC (si connu)

Pour obtenir de l'aide pour remplir ce formulaire de demande, veuillez communiquer avec Crawford Class Action Services au 1-866-640-9992 ou au 1-877-627-7027 pour les usagers d'ATS.



2. Signature

Ma signature/marque indique que les renseignements donnés dans ce formulaire sont, à ma connaissance, exacts et véridiques. Je reconnais que le fait de faire sciemment une fausse déclaration ou une demande frauduleuse pourrait entraîner des poursuites criminelles. Je comprends que chaque demande fera l'objet de vérifications.

Signature

AAAA/JJ/MM

Je comprends que les renseignements demandés dans ce formulaire sont nécessaires à l'administration du Paiement d'expérience commune. Je comprends que les renseignements personnels sont protégés en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels* et de la *Loi sur le ministère de l'Emploi et du Développement social* (LMEDS). J'ai le droit de demander à consulter mes renseignements personnels en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels* et je sais que ces derniers peuvent être utilisés ou divulgués selon les conditions stipulées dans la *Loi sur la protection des renseignements personnels*, la LMEDS et décrites dans le fichier de renseignements personnels (ESDC PPU 100).

3. SIGNATURE AU MOYEN D'UNE MARQUE

Si le demandeur a signé en inscrivant une marque (par exemple un « X »), la marque doit être faite en présence d'un témoin. Ce témoin peut être un parent. Le témoin doit fournir les renseignements suivants :

RENSEIGNEMENTS SUR LE TÉMOIN

Prénom(s)

Second prénom(s) (le cas échéant)

Nom(s) de famille

Lien avec le demandeur : _____

Adresse du témoin

(C.P. n°, rue, app., R.R.)

Ville/municipalité/collectivité

Province/territoire/État

Code postal

Pays

Si le demandeur a signé en inscrivant une marque, le témoin doit également signer la déclaration suivante : J'ai lu le contenu de cette demande au demandeur, qui en comprend et en confirme le contenu complet et qui y a apposé sa marque en ma présence.

Signature du témoin

AAAA/JJ/MM

Pour obtenir de l'aide pour remplir ce formulaire de demande, veuillez communiquer avec Crawford Class Action Services au 1-866-640-9992 ou au 1-877-627-7027 pour les usagers d'ATS.



| | | |
|---|--|---------------------------------|
| 4. RENSEIGNEMENTS SUR LE GARANT | | |
| Langue préférée : <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français | | |
| Prénom(s) | Second(s) prénom(s) (s'il y a lieu) | Nom(s) de famille |
| 5. ADRESSE POSTALE DU GARANT | | |
| Nom de l'organisation (le cas échéant) : | | |
| (C.P. n°, rue, app., R.R.) | | Ville/municipalité/collectivité |
| Province/Territoire/État | Code postal | Pays |
| 6. NUMÉROS DE TÉLÉPHONE DU GARANT | | |
| Domicile | Travail | Cellulaire/Autre |
| 7. PROFESSION DU GARANT | | |
| Veuillez préciser votre profession : | | |
| <input type="checkbox"/> Chef ou membre du conseil de bande d'une Première Nation <input type="checkbox"/> Membre du Conseil des établissements métis <input type="checkbox"/> Membre du Conseil général des établissements métis ou du Saskatchewan Provincial Métis Council <input type="checkbox"/> Membre du Saskatchewan Provincial Métis Council <input type="checkbox"/> Conseil métis <input type="checkbox"/> Dentistes <input type="checkbox"/> Dirigeant de la Nunavut Tunngavik Inc <input type="checkbox"/> Dirigeant de la Société régionale inuvialuite ou des six (6) Sociétés communautaires des Inuvialuits (Territoires du Nord-Ouest) <input type="checkbox"/> Dirigeant de Makivik (Nord québécois) <input type="checkbox"/> Juge <input type="checkbox"/> Avocat (membre du barreau provincial) <input type="checkbox"/> Notaire au Québec <input type="checkbox"/> Magistrat <input type="checkbox"/> Maire <input type="checkbox"/> Médecin | <input type="checkbox"/> Ministre d'une religion habilité par une loi provinciale à célébrer les mariages <input type="checkbox"/> Notaire public <input type="checkbox"/> Représentant de l'Association inuite du Kivalliq <input type="checkbox"/> Optométriste <input type="checkbox"/> Pharmacien <input type="checkbox"/> Agent de police (services municipaux, provinciaux ou GRC) <input type="checkbox"/> Maître de poste <input type="checkbox"/> Directeur d'école primaire ou secondaire <input type="checkbox"/> Expert-comptable (APA, CA, CGA, CMA, PA ou RPA) <input type="checkbox"/> Ingénieur (P.Eng. ou ing. au Québec) <input type="checkbox"/> Cadre supérieur dans un établissement d'enseignement postsecondaire (y compris les cégeps) <input type="checkbox"/> Cadre supérieur ou professeur dans une université <input type="checkbox"/> Travailleur social (ayant terminé une maîtrise en travail social) <input type="checkbox"/> Vétérinaire | |

Pour obtenir de l'aide pour remplir ce formulaire de demande, veuillez communiquer avec Crawford Class Action Services au 1-866-640-9992 ou au 1-877-627-7027 pour les usagers d'ATS.



8. DÉCLARATION DU GARANT :

Je déclare par la présente que je connais le demandeur _____
(VEUILLEZ INSCRIRE LE NOM COMPLET DU DEMANDEUR) personnellement depuis au moins DEUX ans. J'atteste que les renseignements que j'ai fournis dans ce formulaire sont véridiques et exacts. Je reconnais que le fait de faire sciemment une fausse déclaration ou une demande frauduleuse pourrait entraîner des poursuites criminelles. Je comprends que chaque demande fera l'objet de vérifications.

Nom (en lettres moulées)

Signature du garant

AAAA/MM/JJ

Je comprends que les renseignements demandés dans ce formulaire sont nécessaires pour l'administration du Paiement d'expérience commune. Je comprends que les renseignements personnels sont protégés en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels* et de la *Loi sur le ministère de l'Emploi et du Développement social* (LMEDS). J'ai le droit de demander à consulter mes renseignements personnels et je sais que ces derniers peuvent être utilisés ou divulgués selon les conditions stipulées dans la *Loi sur la protection des renseignements personnels*, la LMEDS et décrites dans le fichier de renseignements personnels (ESDC PPU 100).

À envoyer par la poste à l'adresse suivante :

**Centre de traitement du PEC
C.P. 8232, Station T
Ottawa (Ontario) K1G 3H7**