

## **PAIEMENT D'EXPÉRIENCE COMMUNE**

### **Comment vous assurer que votre demande soit traitée rapidement**

Pour éviter les retards, assurez-vous :

- d'inclure les pièces d'identité approuvées;
- d'indiquer le nom au complet de la personne pour laquelle vous présentez une demande, ainsi que tous les noms par lesquels elle était connue au(x) pensionnat(s) indien(s);
- d'inclure votre adresse complète, y compris votre code postal; et
- de signer votre demande.

### **Ce que vous pouvez faire si vous n'avez pas l'un des documents requis :**

- 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.
- Si vous ne remplissez pas votre demande au complet ou si vous oubliez de la signer, le traitement de votre demande sera retardé.
- 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).
- Si nous avons besoin de plus de documents que ce qui est demandé sur le formulaire de demande, nous communiquerons directement avec vous par téléphone ou par la poste.

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.



## DEMANDE DE PAIEMENT D'EXPÉRIENCE COMMUNE POUR LE OU LES REPRÉSENTANTS PERSONNELS

<b>SECTION A :</b>			
<b>1. IDENTIFICATION</b>			
Langue préférée : <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français			
Prénom (actuel)		Second(s) prénom(s) (s'il y a lieu)	Nom(s) de famille
<b>AUTRE(S) NOM(S) SOUS LEQUEL(S) VOUS ÉTIEZ CONNU(E) AU PENSIONNAT INDIEN ET/OU NOM TRADITIONNEL</b>			
<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
<b>Nom complet de la mère, du père et/ou du tuteur/parent substitut à l'époque où vous avez fréquenté le pensionnat indien</b> (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 du ou des pensionnats.</i>			
Mère (nom de jeune fille/nom à la naissance)		Prénom _____	Nom de famille _____
Père		Prénom _____	Nom de famille _____
Gardien(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.) _____			
<b>2. ADRESSE ACTUELLE</b>			
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 DE L'ANCIEN ÉLÈVE**

AAAAA/JJ/MM

PROVINCE/TERRITOIRE/ÉTAT

PAYS

**4. DÉCLARATION DU MÉDECIN (pour les demandes présentées au nom d'un ancien élève ayant une incapacité mentale seulement)**

Une déclaration médicale signée par le médecin traitant doit être soumise avec votre formulaire de demande si vous présentez une demande à titre de représentant personnel légal d'un ancien élève ayant une incapacité mentale. Veuillez cocher la case ci-dessous pour confirmer que vous avez joint le document requis. Reportez-vous à la section C pour de plus amples renseignements.

J'ai joint une copie d'une déclaration médicale signée : Oui

**5. VEUILLEZ INDIQUER À QUEL GROUPE APPARTENAIT L'ANCIEN ÉLÈVE LORSQU'IL FRÉQUENTAIT 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.*

**6. PREUVE D'IDENTITÉ REQUISE**

Une preuve d'identité de l'ancien élève est requise. Pour plus de précision, voir la section C. Veuillez cocher les cases correspondant aux documents joints

**Documents principaux :**

- 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

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.



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

**7. LE OU LES PENSIONNATS INDIENS OÙ L'ANCIEN ÉLÈVE A RÉSIDÉ**

Du mieux que vous le pouvez, veuillez indiquer les dates auxquelles l'ancien élève a résidé et quand il a quitté Kivalliq Hall. **Remarque** : Si l'ancien élève a quitté le pensionnat pendant un certain temps (sans compter les vacances et/ou les jours fériés), puis est retourné au pensionnat, veuillez indiquer les dates de son retour et de son 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

**SECTION B : RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR**

(Personne qui fait la demande au nom d'un mineur, d'une personne ayant une incapacité mentale) Veuillez consulter la section C pour de plus amples renseignements.

**1. IDENTIFICATION**

Langue préférée :  Anglais  Français

Prénom (actuel)	Second prénom (s'il y a lieu)	Nom(s) de famille
-----------------	-------------------------------	-------------------

<b>2. ADRESSE POSTALE</b> (n°, rue, app., R.R., C.P.)	Ville/municipalité/collectivité
---	---------------------------------

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

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.





**3. VEUILLEZ INDIQUER LE LIEN DE PARENTÉ AVEC L'ANCIEN ÉLÈVE ET FOURNIR LA PREUVE INDIQUÉE À LA SECTION C.**

**Au nom d'un ancien élève mineur :**

- Tuteur
- Personne/partie désignée pour administrer les affaires du mineur

**Au nom d'un ancien élève ayant une incapacité mentale :**

- Tuteur
- Comité tuteur
- Curateur de la personne
- Curateur public ou l'équivalent

Par la présente, je présente une demande de Paiement d'expérience commune et déclare que l'ancien élève nommé dans la présente demande est incapable actuellement de gérer ses propres affaires en raison de son incapacité mentale ou est mineur dans la province ou le territoire où il réside, et que je suis son représentant personnel légal aux fins de la demande et du versement du Paiement d'expérience commune.

\_\_\_\_\_  
**SIGNATURE**

**4. PREUVE D'IDENTITÉ REQUISE (Personne qui fait la demande au nom du mineur ou de la personne ayant une incapacité mentale)**

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

**Documents principaux :**

- 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/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.



**SIGNATURE**

Ma signature/marque indique que les renseignements fournis dans ce formulaire 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 demandés dans la présente demande sont nécessaires à l'administration du Paiement d'expérience commune et que les renseignements seront fournis à Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada afin de déterminer l'admissibilité de l'ancien élève. 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 les renseignements personnels de l'ancien étudiant en vertu de la *Loi sur les 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 signe en inscrivant une marque (par exemple un « X »), la marque doit être faite en présence d'un témoin. Un témoin peut être un parent. Le témoin doit fournir les renseignements suivants :

**Prénom, initiales et nom de famille du témoin**

Lien avec le demandeur

<b>Adresse du témoin</b> (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**



## SECTION C : DOCUMENTS REQUIS

(Demandeur présentant une demande au nom d'un mineur ou d'un ancien élève frappé d'incapacité mentale)

### I. PIÈCES D'IDENTITÉ

**Veillez noter : Des pièces d'identité doivent être présentées pour établir l'identité tant de l'ancien élève que du représentant légal personnel qui en fait la demande en son nom.**

1. Vous devez joindre l'original de votre certificat ou 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 ou acte de naissance, vous pouvez fournir deux (2) des documents suivants pour la personne décédée et le représentant successoral, dont l'un doit avoir une photo :

- Certificat de statut indien (délivré par Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada)
- Permis de conduire provincial/territorial
- Carte d'assurance-maladie d'une province/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 la demande pour ancien élève 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 et de celles du représentant. 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 et je connais personnellement le demandeur depuis au moins deux ans.* » 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 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

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.



- Maire
- Médecin
- Ministre du culte habilité en vertu de la législation provinciale à célébrer des mariages
- Notaire public
- 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

#### REMARQUES

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. PREUVE DU POUVOIR JURIDIQUE D'AGIR AU NOM D'UN ANCIEN ÉLÈVE

Pour demander un Paiement d'expérience commune au nom d'un ancien élève, vous devez être un représentant de cette personne reconnu par la loi. Veuillez fournir une copie des documents juridiques qui vous autorisent à représenter l'ancien élève (par exemple, une procuration). Le document juridique devrait clairement indiquer, en détail, les pouvoirs conférés au représentant ainsi que la manière de les exercer.

#### III. DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT (demandes faites au nom d'anciens élèves ayant une incapacité mentale seulement)

Pour présenter une demande de Paiement d'expérience commune au nom d'un ancien élève ayant une incapacité mentale, un médecin traitant doit attester l'incapacité mentale de l'ancien élève. Une déclaration médicale signée ou un rapport officiel du médecin traitant doit être présenté sur le papier à en-tête du médecin traitant attestant l'incapacité de l'ancien élève à se représenter lui-même en raison de son incapacité mentale. La déclaration ou le rapport signé doit dater de moins de deux ans avant la présentation d'une demande de Paiement d'expérience commune.

#### IV. PRÉSENTATION DE LA DEMANDE

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 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](http://www.servicecanada.gc.ca) ou composez le 1-800-O-Canada (1-800-622-6232).



**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 se réserve le droit de communiquer avec le garant pour vérifier sa déclaration.

Veillez 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.

Veillez vous assurer qu'une demande de Paiement d'expérience commune dûment remplie et signée, et 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/JJ/MM

Adresse actuelle :

(C.P. n<sup>o</sup>, 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



**2. Signature**

Ma signature/marque indique que les renseignements fournis 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 la présente demande 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 donner 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 utilisateurs d'un ATS.



<b>4. RENSEIGNEMENTS SUR LE GARANT</b>		
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
<b>5. ADRESSE POSTALE DU GARANT</b>		
Nom de l'organisation (le cas échéant) :		
(C.P. n°, rue, app., R.R.)		Ville/municipalité/collectivité
Province/Territoire/État	Code postal	Pays
<b>6. NUMÉROS DE TÉLÉPHONE DU GARANT</b>		
Domicile	Travail	Cellulaire/Autre
<b>7. PROFESSION DU GARANT</b>		
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/dirigeante 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 utilisateurs d'un 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/JJ/MM**

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**