

## **Instructions pour remplir le formulaire de renouvellement GEN 10 Perte de revenu / soutien**

### **Le formulaire de renouvellement GEN 10 sera rempli par les personnes suivantes :**

- a) Une **personne vivante infectée par le VHC** dont l'infection par le VHC l'a rendue **incapable** de travailler avant d'avoir atteint l'âge de **65 ans**; OU
- b) Le **représentant personnel** reconnu au titre du VHC **d'une personne mineure ou d'un adulte inapte** qui est une personne vivante infectée par le VHC dont l'infection par le VHC l'a rendue incapable de travailler avant d'avoir atteint l'âge de 65 ans. Veuillez noter que les paiements pour perte de revenu ne sont généralement pas versés avant que la personne infectée par le VHC n'atteigne l'âge de 18 ans, quoique dans certaines provinces, une personne de 18 ans est une personne mineure; ET/OU
- c) La (les) **personne(s) à charge** de la personne infectée par le VHC **décédée soit avant ou après le 1<sup>er</sup> janvier 1999** mais avant d'avoir atteint l'âge de 65 ans qui a (ont) présenté une réclamation pour **perte de soutien** suite au décès de la personne infectée par le VHC.

### **Autres formulaires à remplir**

Si vous êtes un réclamant tel que décrit en (a) ou (b) ci-dessus, vous devez également

- demander au médecin traitant de remplir la « Section sur l'incapacité » du **formulaire TRAN 2/HÉMO 2 du médecin traitant**. Il n'est pas nécessaire que les demandeurs décrits en (c) ci-dessus remplissent le formulaire TRAN 2/HÉMO 2.

## **SECTION A – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

### **Lignes (questions) 1 - 2 - 3**

- Si vous êtes une personne infectée par le VHC atteinte d'incapacité tel que décrite en (a) ci-dessus, veuillez remplir la ligne 1 et aller à la section B.
- Si vous êtes un réclamant tel que décrit en (b) ou (c) ci-dessus, veuillez remplir la ligne 1 au sujet de la personne infectée par le VHC et la ligne 2 à votre sujet.
- Si vous êtes un réclamant tel que décrit en (c), veuillez remplir la ligne 3 à votre sujet.

## **SECTION B – DESCRIPTION DE LA RÉCLAMATION**

- Veuillez indiquer quel type de réclamant vous êtes et quelle type réclamation vous faites.

## **SECTION C – PRESTATIONS D'INVALIDITÉ**

### **Ligne 5**

- **Les prestations d'assurance et de remplacement de revenu** comme les prestations du Régime de pension du Canada, les prestations du Régime des rentes du Québec, les prestations du Régime d'indemnisation des victimes d'accidents du travail ou les prestations privées d'assurance-maladie, du régime d'assurance-accident ou d'assurance-invalidité sont déductibles des demandes pour perte de revenu. **Veuillez remplir cette section.**

## SECTION D – PERTE DE REVENU/SOUTIEN

**Un emploi régulier** signifie un emploi comportant des gages, un salaire et/ou des commissions, mais ne comprend pas un emploi relié ou un emploi indépendant tel que défini ci-dessous.

**Un emploi relié** signifie un emploi par un conjoint, une entreprise propriété du conjoint ou dans toute autre situation où la personne infectée par le VHC est exemptée des contributions du régime de l'assurance-emploi mais ne comprend pas le revenu d'un emploi indépendant tel que défini ci-dessous.

**Un emploi indépendant** signifie l'exploitation d'une entreprise, d'une pratique professionnelle ou de toute autre entreprise où la personne infectée par le VHC est un partenaire ou l'unique propriétaire, y compris une entreprise, une pratique professionnelle ou toute autre entreprise exploitée par l'entremise d'une société par actions à responsabilité limitée et où la personne infectée par le VHC est effectivement un travailleur autonome.

### **Renouvellement de revenu post-réclamation**

- Si la personne infectée par le VHC atteinte d'incapacité est vivante, le « revenu post-réclamation » signifie le revenu gagné après que la personne infectée par le VHC a atteint le niveau 3 (si une demande pour perte de revenu a été faite) ou le niveau 4, 5 ou 6 et a subi une perte (complète ou partielle) de revenu en raison de son infection par le VHC. Pour cette année de post-réclamation pour laquelle une demande est présentée pour perte de revenu, veuillez remplir la section sur les renseignements sur le revenu post-réclamation en donnant tous les renseignements relatifs au revenu de la personne infectée par le VHC. Dans la case « Autre indemnisation », inscrivez le total des paiements annuels du Régime d'aide extraordinaire, du PPTA ou du Régime d'indemnisation de la Nouvelle-Écosse reçus par la personne infectée par le VHC. Veuillez joindre toutes les déclarations d'impôt et avis de cotisation du gouvernement fédéral et du Québec, si vous résidez au Québec, pour l'année de revenu post-réclamation.
- Si la personne infectée par le VHC est décédée et s'il y a une demande pour **perte de soutien**, le « revenu post-réclamation » signifie certains paiements payables aux personnes à charge suite au décès de la personne infectée par le VHC. Pour l'année de post-réclamation pour laquelle il y a une demande pour perte de soutien, veuillez remplir la section sur les renseignements sur le revenu post-réclamation tel qu'indiqué :
  - (i) Dans la case « **Assurance-emploi ou assurance-chômage : Prestations d'invalidité d'A-E/A-C ou prestations d'invalidité du RPC/RRQ** », veuillez inscrire le total des paiements annuels reçus du Régime de pension du Canada et du Régime des rentes du Québec par les personnes à charge de la personne infectée par le VHC décédée suite au décès de la personne infectée par le VHC.
  - (ii) Dans la case « **Autre indemnisation** », inscrivez le total des paiements annuels reçus du Régime d'aide extraordinaire, du PPTA et/ou du régime d'indemnisation de la Nouvelle-Écosse par les personnes à charge de la personne infectée par le VHC en raison du décès de la personne infectée par le VHC. **Veuillez joindre le T4A (P) et, s'il s'agit d'une personne qui réside au Québec, les déclarations des états de prestations RL-2 pour cette année de post-réclamation.**

**VOTRE DEMANDE SERA TRAITÉE PLUS RAPIDEMENT SI VOUS JOIGNEZ UN EXEMPLAIRE COMPLET DES DÉCLARATIONS D'IMPÔT ET AVIS DE COTISATION REQUIS DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL ET DU QUÉBEC, SI VOUS RÉSIDEZ AU QUÉBEC.**

## **SECTION E – DÉCLARATION PAR CERTAINS RÉCLAMANTS, S'IL Y A LIEU**

Une personne infectée par le VHC atteinte d'incapacité, le représentant personnel reconnu au titre du VHC d'une personne infectée par le VHC atteinte d'incapacité qui est vivante et qui est une personne mineure ou un adulte inapte, doit remplir la section E.

Si la demande est présentée par les personnes à charge d'une personne infectée par le VHC décédée pour perte de soutien seulement, allez à la section F.

## **SECTION F – TABLEAU DES PERSONNES À CHARGE – PERTE DE SOUTIEN POST-DÉCÈS SEULEMENT**

La personne à charge qui a décidé de présenter une demande doit remplir ce tableau. **Chaque conjoint, enfant, parent, enfant de mêmes parents, petit-enfant, grand-parent et chaque ex-conjoint dont la personne infectée par le VHC subvenait aux besoins ou était légalement tenue de subvenir aux besoins le jour de la date du décès de la personne infectée par le VHC doit paraître dans ce tableau.** Chaque personne à charge ou le représentant personnel de chaque personne à charge qui est une personne mineure ou un adulte inapte doit signer le tableau des personnes à charge. Veuillez vous référer aux instructions dans le FORMULAIRE DE RENOUVELLEMENT GEN 10 lorsque vous signez des contreparts du tableau.