

**Le Centre des réclamations relatives à l'hépatite C**

B.P. 2370, succursale D  
Ottawa (Ontario) Canada  
K1P 5W5  
Tél. : 1-877-434-0944

**GEN 10C**



**Formulaire de renseignements sur le travail indépendant**  
*Strictement privé et confidentiel*

**LE DEMANDEUR DOIT APOSER  
ICI UNE DES ÉTIQUETTES  
PRÉIMPRIMÉES FOURNIES**

Si vous n'avez pas d'étiquettes, téléphonez  
au numéro 1-877-434-0944 pour obtenir des renseignements.

CORRECTIONS SEULEMENT :

Inscrivez ci-dessous toutes corrections au sujet du nom et de l'adresse, s'il y a lieu :


**VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT LES DIRECTIVES INCLUSES DANS CE FORMULAIRE AVANT DE LE REMPLIR.**

Si la personne infectée par le VHC a / avait un travail indépendant au cours d'une année ou de toutes les années de revenu pré et post-réclamation, veuillez remplir le formulaire GEN 10C. Ne remplissez pas ce formulaire si la personne infectée par le VHC n'avait pas de travail indépendant au cours d'une ou de plusieurs des années pertinentes.

- Si la **personne infectée par le VHC est vivante**, elle doit remplir ce formulaire; OU
- Si la personne infectée par le VHC est vivante mais est **mineure ou adulte inapte**, son représentant personnel reconnu au titre du VHC doit remplir ce formulaire; OU
- Si la personne infectée par le VHC est **décédée**, le représentant personnel reconnu au titre du VHC faisant une demande pour **perte de revenu pré-décès** au nom de la succession doit remplir ce formulaire; ET / OU
- S'il y a une demande pour **perte de soutien post-décès**, les **personnes à charge** de la personne décédée doivent remplir ce formulaire.

**SECTION A – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

**PERSONNE INFECTÉE PAR LE VHC QUI A / AVAIT UN TRAVAIL INDÉPENDANT**

1.	Prénom		Deuxième nom / Initiales		Nom de famille	
	Adresse résidentielle			Ville	Province / Territoire	Code postal
Date de naissance		JJ/MM/AAAA				
		/ /				

**REPRÉSENTANT PERSONNEL RECONNU AU TITRE DU VHC OU PERSONNE À CHARGE**

2.	Prénom		Deuxième nom / Initiales		Nom de famille	
	Adresse résidentielle			Ville	Province / Territoire	Code postal
Veuillez indiquer le type de demande :						

**SECTION B – RENSEIGNEMENTS SUR LE TRAVAIL INDÉPENDANT**

3.	S'il s'agit d'un travail indépendant, veuillez indiquer le genre d'entreprise ou d'organisme ci-dessous :					
	<input type="checkbox"/> Propriétaire unique		<input type="checkbox"/> Partenariat		<input type="checkbox"/> Entreprise à responsabilité limitée	<input type="checkbox"/> Autre _____.
	Nom de l'entreprise			Numéro de téléphone		Numéro de télécopieur
			( ) -		( ) -	



4.	S'il s'agit d'un travail indépendant en partenariat ou à responsabilité limitée, veuillez indiquer le pourcentage de propriété appartenant à la personne infectée par le VHC.	%
5.	S'il s'agit d'un travail indépendant, veuillez indiquer le poste / la fonction de la personne infectée par le VHC dans l'entreprise.	
6.	Veuillez expliquer brièvement les tâches du poste (c.-à-d., tenue de livres, supervision du personnel, marketing, ventes, autre) : _____ _____ _____	
7.	Quel était le revenu de la personne infectée par le VHC atteinte d'incapacité l'année où elle a été atteinte d'incapacité en raison de son infection par le VHC? Veuillez confirmer le revenu déclaré avec les états financiers de l'entreprise.	Montant
\$		
Année civile		
8.	La personne infectée par le VHC atteinte d'incapacité a-t-elle reçu une autre forme d'indemnisation de l'entreprise (c.-à-d., un salaire compensatoire, des commissions, etc.)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
9.	Si oui, sous quelle forme? Veuillez fournir des détails ci-dessous : _____ _____	
10.	Quelle était la fréquence de la paie de la personne infectée par le VHC?	
11.	Pendant que la personne infectée par le VHC est atteinte d'incapacité, l'entreprise peut-elle être / était-elle fonctionnelle?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Veillez fournir les états financiers de l'entreprise pour chaque année de revenu pré et post-réclamation. Si vous ne fournissez pas la documentation sur le revenu requise, cela pourrait occasionner des délais dans le traitement de votre demande d'indemnisation.</b>		

### SECTION C – RENSEIGNEMENTS SUR LES COMPTES D'ENTREPRISE

12.	Nom du cabinet	Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur	
		( ) -	( ) -	
	Adresse postale	Ville	Province / Territoire	Code postal

### SECTION B – ATTESTATION

*J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques et exacts. Je ne fais pas de déclarations fausses ou exagérées pour obtenir des avantages auxquels je n'ai pas droit.*

\_\_\_\_\_

Date de la signature

\_\_\_\_\_

Signature du demandeur