

CRIMINAL INJURIES COMPENSATION ACT

**CONSOLIDATION OF CRIMINAL
INJURIES COMPENSATION
FORMS REGULATIONS**

R.R.N.W.T. 1990,c.C-23

AS AMENDED BY

This consolidation is not an official statement of the law. It is an office consolidation prepared for convenience of reference only. The authoritative text of regulations can be ascertained from the *Revised Regulations of the Northwest Territories, 1990* and the monthly publication of Part II of the *Northwest Territories Gazette* (for regulations made before April 1, 1999) and Part II of the *Nunavut Gazette* (for regulations made on or after April 1, 1999).

LOI SUR L'INDEMNISATION DES VICTIMES
D'ACTES CRIMINELS

**CODIFICATION ADMINISTRATIVE
DU RÈGLEMENT SUR LES
FORMULES D'INDEMNISATION
DES VICTIMES D'ACTES
CRIMINELS**

R.R.T.N.-O. 1990, ch. C-23

MODIFIÉ PAR

La présente codification administrative ne constitue pas le texte officiel de la loi; elle n'est établie qu'à titre documentaire. Seuls les règlements contenus dans les *Règlements révisés des Territoires du Nord-Ouest (1990)* et dans les parutions mensuelles de la Partie II de la *Gazette des Territoires du Nord-Ouest* (dans le cas des règlements pris avant le 1^{er} avril 1999) et de la Partie II de la *Gazette du Nunavut* (dans le cas des règlements pris depuis le 1^{er} avril 1999) ont force de loi.

CRIMINAL INJURIES COMPENSATION ACT

**CRIMINAL INJURIES
COMPENSATION FORMS
REGULATIONS**

1. The claim for compensation for personal injuries set out in Form 1 of the Schedule and the application for death benefits claim set out in Form 2 of the Schedule are prescribed as the forms to be used for the purposes of making a claim for compensation under the *Criminal Injuries Compensation Act*.

LOI SUR L'INDEMNISATION DES VICTIMES
D'ACTES CRIMINELS

**RÈGLEMENT SUR LES FORMULES
D'INDEMNISATION DES VICTIMES
D'ACTES CRIMINELS**

1. Les demandes d'indemnisation prévues dans la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels* doivent être établies selon la formule 1 de l'annexe dans le cas des demandes d'indemnisation pour blessures personnelles, ou selon la formule 2 de l'annexe, dans le cas des demandes de prestations de décès.

ANNEXE

FORMULE 1

DEMANDE D'INDEMNISATION POUR BLESSURES PERSONNELLES

À : La Cour suprême des Territoires du Nord-Ouest
Palais de justice
Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE REQUÉRANT OU LA REQUÉRANTE

- a) Nom
(nom de famille) (prénom)
(initiale)
- b) Adresse
(rue) (municipalité) (n° de zone/r.r.) (province/territoire)
- c) Numéro de téléphone d) Date de naissance
- e) Sexe : M F f) État civil
- g) Résident des Territoires du Nord-Ouest depuis années/mois

2. CIRCONSTANCES AYANT MENÉ AUX BLESSURES

- a) Date et heure
- b) Lieu
- c) Nom(s) du(de la)(des) contrevenant(e)(s) (si vous les connaissez)
- d) Décrivez l'incident dans vos propres mots
- e) Nom et adresse des témoins de l'incident

3. MESURES POLICIÈRES

- a) Date à laquelle l'incident a été rapporté à la police ou à la sûreté municipale
- b) Nom de la personne à qui l'incident a été rapporté
(G.R.C.) (sûreté municipale)

- (c) If any person was charged or convicted of any offence, state
 - (i) Date (ii) Place
 - (iii) Charge
 - (iv) Particulars of conviction, if any

4. PERSONAL INJURIES

- (a) What injuries did you suffer
- (b) Names and addresses of the doctors who treated you or whom you consulted for your injuries
- (c) Hospital treatment - as in-patient
 - (i) Name and address of hospital (*or* hospitals)
 - (ii) Period of treatment in hospital. Give dates of admission and discharge
 - From To
 - From To
- (d) Treatment as out-patient? Yes No
 - From To
- (e) If your injuries required dental treatment, give name and address of your dentist

5. EARNINGS LOST AS A RESULT OF THE INJURIES

- (a) Were you employed on date of injury? Yes No
- (b) Absent from work From To
- (c) Occupation (*or* Occupations)
- (d) Average monthly salary \$
- (e) Average weekly wage at \$ = \$
 - (hours) (for each hour) (total)
- (f) Amount of earnings you have lost as a result of injury. Explain if overtime or bonus earnings.
 -
 -
 -
- (g) Employer (*or* Employers)

Name	Address	Kind of work
.....
.....
- (h) If you had no employer, give full particulars of income claimed to have been lost as a result of the injuries and its source
- (i) Total income for the 12 months immediately before injuries. (Enclose copy of income tax returns)

.....
(<i>year</i>)	(<i>income</i>)	(<i>employment</i>)
.....
(<i>year</i>)	(<i>income</i>)	(<i>employment</i>)

- c) Si quelqu'un a été accusé ou trouvé coupable d'un acte criminel, préciser :
- (i) Date (ii) Lieu
- (iii) Accusation
- (iv) Détails de la déclaration de culpabilité, le cas échéant

4. BLESSURES PERSONNELLES

- a) Quelles blessures avez-vous subies?
- b) Nom et adresse des médecins soignants ou consultants
- c) Soins requis comme patient hospitalisé
- (i) Nom et adresse de l'hôpital (ou des hôpitaux)
- (ii) Durée du séjour à l'hôpital. Préciser la date d'admission et de départ.
- Admission..... Départ.....
- Admission..... Départ.....
- d) Avez-vous reçu des traitements à titre de patient externe? Oui Non
- de..... à.....
- e) Si vous avez dû recevoir des soins dentaires, préciser le nom et l'adresse du dentiste.
-

5. PERTES DE REVENUS PAR SUITE DES BLESSURES

- a) Occupiez-vous un emploi au moment de l'incident? Oui ... Non
- b) Absent du travail du..... au.....
- c) Occupation (ou occupations)
- d) Revenu mensuel moyen
- e) Salaire hebdomadaire moyen..... à..... \$ = \$
- (heures) (salaire horaire) (total)
- f) Perte de revenus par suite des blessures. En cas de revenus provenant d'heures supplémentaires ou de prime, préciser.
-
- g) Employeur (ou employeurs)
- | Nom | Adresse | Occupation |
|-------|---------|------------|
| | | |
- h) Si vous n'étiez pas employé(e), donner tous les détails pertinents des revenus réclamés en raison des blessures et préciser la provenance de ces revenus
- i) Revenu total pendant les 12 mois précédant les blessures. (Joindre des copies des déclarations de revenus.)
- | | | |
|---------|----------|--------------|
| | | |
| (année) | (revenu) | (occupation) |
| | | |
| (année) | (revenu) | (occupation) |

6. EXPENSES INCURRED AS A RESULT OF YOUR INJURIES

(Enclose all receipts)

Item	Amount
.....	\$
.....	\$
.....	\$
.....	\$
.....	\$

7. PAYMENT RECEIVED IN RESPECT OF THE INJURIES

(Check yes or no and state amount)

				Amount
(a) Workers' compensation	Yes	No	If yes	\$
(b) Disability benefits	Yes	No	If yes	\$
(c) Unemployment insurance	Yes	No	If yes	\$
(d) Department of Indian Affairs and Northern Development	Yes	No	If yes	\$
(e) Veterans administration	Yes	No	If yes	\$
(f) Social assistance	Yes	No	If yes	\$
(g) Other (specify)	Yes	No	If yes	\$
(h) Other (specify)	Yes	No	If yes	\$

8. PARTICULARS OF BENEFITS RECEIVED

Have you received any benefits through any accident or sickness or life insurance or private pension scheme?

Yes No

If yes, state:

.....	\$
<i>(name of company)</i>	<i>(address)</i>
<i>(policy no.)</i>	<i>(amount)</i>
.....	\$
<i>(name of company)</i>	<i>(address)</i>
<i>(policy no.)</i>	<i>(amount)</i>

9. CIVIL ACTION AGAINST OFFENDER

Have you recovered any money from the person whose act or omission resulted in your injury?

Yes No If yes \$

Have you or a dependent commenced or do you or any such person expect to commence an action in court for the recovery of damages in respect of the injuries?

Yes No

If no, why not?

If yes, give particulars

6. DÉPENSES RÉSULTANT DES BLESSURES

(Joindre tous les reçus.)

Article	Montant
.....	\$
.....	\$
.....	\$
.....	\$
.....	\$

7. SOMMES REÇUES EN RAISON DES BLESSURES

(Cocher oui ou non et indiquer le montant, le cas échéant.)

				Montant
a) Indemnisation des accidents du travail	Oui	Non	Si oui	\$
b) Prestations d'invalidité	Oui	Non	Si oui	\$
c) Assurance-chômage	Oui	Non	Si oui	\$
d) Ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien	Oui	Non	Si oui	\$
e) Administration des anciens combattants	Oui	Non	Si oui	\$
f) Assistance sociale	Oui	Non	Si oui	\$
g) Autre (préciser)	Oui	Non	Si oui	\$
h) Autre (préciser)	Oui			

8. DÉTAILS DES PRESTATIONS REÇUES

Avez-vous reçu des prestations d'assurance-accidents, d'assurance-maladie ou d'assurance-vie ou encore, des prestations en vertu d'un régime de pension privé?

Oui Non

Si oui, indiquer :

.....	\$
<i>(nom de la compagnie ou du régime) (adresse) (n° de la police) (montant)</i>	
.....	\$
<i>(nom de la compagnie ou du régime) (adresse) (n° de la police) (montant)</i>	

9. ACTION CIVILE CONTRE LE CONTREVENANT OU LA CONTREVENANTE

Avez-vous recouvré un montant d'argent quelconque de la personne qui a causé vos blessures?

Oui Non Si oui, \$

Y a-t-il eu, de votre part ou de la part d'une personne à votre charge, des mesures judiciaires en vue de recouvrer le montant des dommages, ou vous attendez-vous à ce qu'il y en ait?

Oui Non

Si non, pourquoi pas?

Si oui, préciser

.....

The statements above are true to the best of my knowledge and belief and I undertake to notify the Court of any change of circumstances which may affect the decision of the Court as to my entitlement to or the assessment of compensation.

Dated at on 19.....

.....
(signature of applicant)

.....
For official use

TO: *The Supreme Court of the Northwest Territories*

1. I authorize
 - (1) the doctor, the dentist and the hospital I attend (*or* attended) to furnish the Court at its request with a report of my injuries and treatment.
 - (2) the police or municipal constabulary to furnish the Court at its request with a copy of any statement (*or* statements).
 - (3) the Workers' Compensation Board and any other authority from which I may receive payments from territorial, provincial or federal funds to give the Court information relevant to my application.
 - (4) my employer (*or* employers), my union and any other authority necessary for my application to give the Court information as to my earnings and other matters relevant to my application.
 - (5) any accident or sickness or life insurance company or private pension scheme from which I may receive payments to give the Court information relevant to my application.
2. I understand that the Court may notify the authorities mentioned above that I have submitted an application and may inform them of the Court's decision.
3. I agree to submit to such medical examinations the Court may require.

Dated at on 19.....

.....
(signature of applicant)

If completed on behalf of an applicant who is under 19 years of age or a person of unsound mind, please state:

Name Relationship

Address

(street)

(municipality)

(zone no./r.r. no.)

(province/territory)

Les renseignements ci-dessus sont véridiques au mieux de mes connaissances et croyance et je m'engage à aviser la Cour de tout changement qui pourrait influencer sur la décision de la Cour quant aux montants auxquels je pourrais avoir droit.

Fait à le 19....

.....
(Signature du requérant ou de la requérante)

.....
Réservé à des fins officielles

À: *La Cour suprême des Territoires du Nord-Ouest*

1. J'autorise par la présente
 - (1) le médecin, le dentiste et l'hôpital où j'ai été soigné(e) (ou l'hôpital où je reçois des traitements) à remettre à la Cour, sur demande de celle-ci, un rapport sur mes blessures et les traitements que j'ai reçus;
 - (2) la police ou la sûreté municipale à remettre à la Cour, sur demande de celle-ci, une copie de toute déclaration pertinente;
 - (3) l'indemnisation des accidents du travail et tout autre service duquel je reçois des prestations tirées sur des fonds territoriaux, provinciaux ou fédéraux de soumettre à la Cour les renseignements pertinents à ma demande;
 - (4) mon employeur (ou mes employeurs), mon syndicat ou tout autre organisme réglementaire visé de divulguer à la Cour les renseignements pertinents concernant ma demande;
 - (5) toute compagnie d'assurance-vie, d'assurance-maladie ou d'assurance-accidents, ou encore tout régime de pension privé dont je reçois des prestations de divulguer à la Cour les renseignements pertinents concernant ma demande.
2. Je sais que la Cour peut aviser les instances mentionnées ci-dessus que j'ai présenté une demande et qu'elle pourrait les informer de la décision éventuelle de la Cour.
3. J'accepte de subir les examens médicaux que pourrait exiger la Cour.

Fait à le 19....

.....
(Signature du requérant
ou de la requérante)

Si cette demande a été remplie au nom d'une personne n'ayant pas atteint l'âge de 19 ans ou d'une personne faible d'esprit, préciser :

Nom Lien

Adresse

(rue)

(municipalité)

(n° de zone /r.r.)

(province/territoire)

FORMULE 2

DEMANDE DE PRESTATIONS DE DÉCÈS

À : La Cour suprême des Territoires du Nord-Ouest
Palais de justice
Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE REQUÉRANT OU LA REQUÉRANTE

- a) Nom
(nom de famille) (prénom)
(initiale)
- b) Adresse
(rue) (municipalité) (n° de zone/r.r.) (province/territoire)
- c) Numéro de téléphone d) Date de naissance
- e) Sexe : M F f) État civil
- g) Résident des Territoires du Nord-Ouest depuis années/mois

2. PERSONNE DÉCÉDÉE - VICTIME

- a) Nom
(nom de famille) (prénom)
(initiale)
- b) Dernière adresse
(rue) (municipalité) (n° de zone/r.r.) (province/territoire)
- c) Date de naissance d) Date du mariage
- e) Sexe: M F f) État civil
- g) Résident des Territoires du Nord-Ouest depuis ans/mois
- h) Personnes à charge de la victime :

<u>Nom</u>	<u>Adresse</u>	<u>Date de naissance</u>	<u>Lien avec la victime</u>
.....
.....
.....
.....

3. CIRCONSTANCES AYANT MENÉ AU DÉCÈS

- a) Date du décès
- b) Lieu du décès
- c) Cause du décès
- d) Décrivez l'incident dans vos propres mots (si vous en avez eu connaissance)
.....
.....
.....

4. MESURES POLICIÈRES

- a) Date à laquelle l'incident a été rapporté à la police ou à la sûreté municipale
- b) Nom de la personne à qui l'incident a été rapporté
(G.R.C.) (sûreté municipale)
- c) Si quelqu'un a été accusé ou trouvé coupable d'un acte criminel, préciser :
 - (i) Date (ii) Lieu
 - (iii) Accusation
 - (iv) Détails de la déclaration de culpabilité, le cas échéant
.....

5. TRAITEMENT MÉDICAL (le cas échéant)

a) Nom et adresse des médecins soignants ou consultants

.....

b) Nom et adresse de l'hôpital

.....

6. PERTES DE REVENUS

a) Revenus annuels de la victime au cours des deux dernières années. Inclure si possible une copie de la déclaration d'impôt des deux dernières années.

.....
(année)	(revenu)	(employeur)
.....
(année)	(revenu)	(employeur)

b) La victime recevait-elle des revenus d'autres provenances? Si oui, préciser :

.....

c) Occupation (ou occupations)

d) Deux derniers employeurs de la victime

Nom	Adresse	Occupation
.....
.....

e) Si la victime était travailleur ou travailleuse autonome, indiquer le genre d'entreprise et l'adresse :

.....

7. DÉPENSES (Joindre tous les reçus et toutes les factures.)

Article	Montant
..... \$
..... \$
..... \$
..... \$

8. SOMMES REÇUES (Cocher oui ou non et préciser le montant.)

			Montant
a) Indemnisation des accidents du travail	Oui	Non	Si oui \$
b) Prestations aux orphelins	Oui	Non	Si oui \$
c) Pension de veuve	Oui	Non	Si oui \$
d) Ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien	Oui	Non	Si oui \$
e) Administration des anciens combattants	Oui	Non	Si oui \$
f) Allocations aux enfants	Oui	Non	Si oui \$
g) Assistance sociale	Oui	Non	Si oui \$
h) Autre (préciser)	Oui	Non	Si oui \$

9. BENEFITS RECEIVED

Have you received any benefits through any accident or sickness or life insurance or private pension scheme?

Yes No

If yes, state:

.....	\$
(name of company)	(address)	(policy no.)	(amount)
.....	\$
(name of company)	(address)	(policy no.)	(amount)

10. CIVIL ACTION

Have you recovered any money from the person whose act or omission resulted in the death?

Yes No If yes, \$

Have you or a dependant commenced or do you or any such person expect to commence an action in court for the recovery of damages in respect to the death?

Yes No

If no, why not?

If yes, give particulars

11. The statements above are true to the best of my knowledge and belief and I undertake to notify the Court of any change of circumstances which may affect the Court's decision as to my entitlement to or the assessment of compensation.

Dated at on 19

.....
(signature of applicant)

.....
For official use

TO: *The Supreme Court of the Northwest Territories*

1. I authorize

- (1) the doctor, the dentist and the hospital the deceased attended to furnish the Court at its request with medical or hospital reports on the deceased;
- (2) the police or municipal constabulary to furnish the Court at its request with a copy of any statement (or statements);
- (3) the Workers' Compensation Board and any other authority from which the deceased or myself received payments from territorial, provincial or federal funds to give the Court information relevant to my application;
- (4) the employer (or employers) of the deceased, union and any other authority necessary for this application to give the Court information as to the earnings of the deceased or payments to the deceased or myself and other matters relevant to this application;
- (5) any accident or sickness or life insurance company or private pension scheme from which payments have been received to give the Court information relevant to this application.

9. DÉTAILS DES PRESTATIONS REÇUES

Avez-vous reçu des prestations d'assurance-accidents, d'assurance-maladie ou d'assurance-vie ou, encore, des prestations en vertu d'un régime de pension privé?

Oui Non

Si oui, indiquer :

.....\$
(nom de la compagnie ou du régime) (adresse) (n° de la police) (montant)
.....\$
(nom de la compagnie ou du régime) (adresse) (n° de la police) (montant)

10. ACTION CIVILE CONTRE LE CONTREVENANT OU LA CONTREVENANTE

Avez-vous recouvré un montant d'argent quelconque de la personne qui a causé vos blessures?

Oui Non Si oui, \$

Y a-t-il eu, de votre part ou de la part d'une personne à votre charge, des mesures de prises afin d'intenter une poursuite en vue de recouvrer le montant des dommages, ou vous attendez-vous à ce qu'il y en ait?

Oui Non

Si non, pourquoi pas?

Si oui, préciser :

11. Les renseignements ci-dessus sont véridiques au mieux de mes connaissances et croyances et je m'engage à aviser la Cour de tout changement qui pourrait influencer sur la décision de la Cour quant aux montants auxquels je pourrais avoir droit.

Fait à le 19

(Signature du requérant ou de la requérante)

Réservé à des fins officielles seulement

À: La Cour suprême des Territoires du Nord-Ouest

1. J'autorise par la présente

- (1) le médecin, le dentiste et l'hôpital où la victime a été soignée (ou l'hôpital où la victime a reçu des traitements) à remettre à la Cour, sur demande de celle-ci, un rapport sur les blessures de la victime et sur les traitements qu'elle a reçus;
(2) la police ou la sûreté municipale à remettre à la Cour sur demande de celle-ci, une copie de toute déclaration pertinente;
(3) l'indemnisation des accidents du travail et tout autre service duquel je reçois ou duquel la victime a reçu des prestations de fonds territoriaux, provinciaux ou fédéraux de soumettre à la Cour les renseignements pertinents à la présente demande;
(4) mon employeur (ou mes employeurs), mon syndicat ou tout autre organisme réglementaire visé de divulguer à la Cour les renseignements pertinents concernant la présente demande;
(5) toute compagnie d'assurance-vie, d'assurance-maladie ou d'assurance-accidents, ou encore, tout régime de pension privé ayant versé des prestations, de divulguer à la Cour les renseignements pertinents concernant la présente demande.

2. I understand that the Court may notify the authorities mentioned above that I have submitted an application and may inform them of the decision of the Court.

Dated at on 19

.....
(signature of applicant)

If completed on behalf of an applicant who is under 19 year of age or a person of unsound mind, please state:

Name Relationship

Address
(street) (municipality) (zone no./r.r. no.) (province/territory)

2. Je sais que la Cour peut aviser les instances mentionnées ci-dessus que j'ai présenté une demande et qu'elle pourrait les informer de la décision éventuelle de la Cour.

Fait à le 19....

.....
(Signature du requérant ou de la requérante)

Si cette demande a été remplie au nom d'une personne n'ayant pas atteint l'âge de 19 ans ou d'une personne faible d'esprit, préciser :

Nom Lien

Adresse
(rue) (municipalité) (n° de zone /r.r.) (province/territoire)
