

CRIMINAL INJURIES COMPENSATION ACT

**CONSOLIDATION OF CRIMINAL  
INJURIES COMPENSATION  
REGULATIONS**

R.R.N.W.T. 1990,c.3(Suppl.)  
In force September 15, 1992;  
SI-013-92

**AS AMENDED BY**

LOI SUR L'INDEMNISATION DES VICTIMES  
D'ACTES CRIMINELS

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

R.R.T.N.-O. 1990, ch. 3 (Suppl.)  
En vigueur le 15 septembre 1992;  
TR-013-92

**MODIFIÉ PAR**

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).

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<sup>er</sup> avril 1999) et de la Partie II de la *Gazette du Nunavut* (dans le cas des règlements pris depuis le 1<sup>er</sup> avril 1999) ont force de loi.

CRIMINAL INJURIES COMPENSATION ACT

**CRIMINAL INJURIES  
COMPENSATION REGULATIONS**

1. In these regulations, "Act" means the *Criminal Injuries Compensation Act*.
2. The sections of the Criminal Code R.S.C. 1985, c.C-46, set out in Schedule A are prescribed for the purposes of the Act.
3. The forms set out in Schedule B are prescribed for the purposes of the Act.
4. The classes of persons and organizations set out in Schedule C are prescribed for the purposes of the Act.

LOI SUR L'INDEMNISATION DES  
VICTIMES D'ACTES CRIMINELS

**RÈGLEMENT SUR  
L'INDEMNISATION DES  
VICTIMES D'ACTES CRIMINELS**

1. Dans le présent règlement, «Loi» désigne la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels*.
2. Pour l'application de la présente loi, les articles du Code criminel, L.R.C. 1985, ch. C-46 qui figurent à l'annexe A sont prescrits par le présent règlement.
3. Pour l'application de la présente loi, les formules qui figurent à l'annexe B sont prescrites par le présent règlement.
4. Pour l'application de la présente loi, les catégories de personnes et organismes mentionnés à l'annexe C, sont prescrits par le présent règlement.

SCHEDULE A  
ANNEXE A

(Paragraph 33(a))  
[alinéa 33a)]

Section of *Criminal Code*  
(Canada)/Article du *Code*  
*Criminel* (Canada)

	<u>Description of Offence</u>	<u>Description de l'infraction</u>
65	taking part in riot	participation à une émeute
76	hijacking aircraft	détournement d'un aéronef
77	endangering safety of aircraft	acte portant atteinte à la sécurité d'un aéronef
78	taking on board civilian aircraft offensive weapons or explosives	transport d'une arme offensive ou d'une substance explosive à bord d'un aéronef civil
80	failure to use reasonable care in respect of explosives where death or bodily harm results	manque de précautions raisonnables à l'égard d'explosifs causant la mort ou des blessures corporelles
81	intentionally causing death or bodily injury by explosive substance	usage d'explosifs avec l'intention de causer la mort ou des blessures corporelles
86	pointing firearm and careless use of firearm	fait de braquer une arme à feu et usage négligent d'une arme à feu
151	sexual interference	contacts sexuels
152	invitation to sexual touching	invitation à des contacts sexuels
153	sexual exploitation	contacts sexuels et invitation à des contacts sexuels par des personnes en situation d'autorité
170	parent or guardian procuring sexual activity	père, mère ou tuteur qui sert d'entremetteur
173	exposure	exhibitionnisme
180	common nuisance causing injury	nuisance publique causant une blessure
215	failure to provide necessaries of life	omission de fournir les choses nécessaires à l'existence
218	abandoning child	abandon d'un enfant
220	causing death by criminal negligence	négligence criminelle causant la mort



221	causing bodily harm by criminal negligence	négligence criminelle causant des lésions corporelles
235	murder	meurtre
236	manslaughter	homicide involontaire coupable
239	attempted murder	tentative de meurtre
244	causing bodily harm with intent	fait de causer intentionnellement des lésions corporelles
245	administering noxious thing	administration d'une substance délétère
246	overcoming resistance to commission of an offence	fait de vaincre la résistance lors de la perpétration d'une infraction
247	setting traps likely to cause death or bodily harm	fait de tendre des trappes susceptibles de causer des lésions corporelles
248	interfering with transportation facilities	fait de nuire aux moyens de transport
249	dangerous operation of motor vehicles, vessels and aircraft	conduite dangereuse
253	operating while impaired	conduite avec capacité affaiblie
262	impeding attempt to save life	fait d'empêcher de sauver une vie
266	assault	voies de fait
267	assault with weapon or causing bodily harm	agression armée ou infliction de lésions corporelles
268	aggravated assault	voies de fait graves
269	unlawfully causing bodily harm	infliction illégale de lésions corporelles
269.1	torture	torture
270	assaulting a peace officer	voies de fait contre un agent de la paix
271	sexual assault	agression sexuelle
272	sexual assault with weapon, threats to third party or causing bodily harm	agression sexuelle armée, menaces à une tierce personne ou infliction de lésions corporelles
273	aggravated sexual assault	agression sexuelle grave
279	kidnapping	enlèvement

279.1	hostage taking	prise d'otage
280	abduction of person under 16	enlèvement d'une personne âgée de moins de 16 ans
281	abduction of person under 14	enlèvement d'une personne âgée de moins de 14 ans
343	robbery	vol qualifié
423	intimidation using violence	intimidation par usage de violence
430(2)	mischief causing actual danger to life	méfait causant un danger réel pour la vie des gens
433	arson	crime d'incendie
436	causing fire resulting in loss of life	fait de mettre le feu par négligence
437	false fire alarm	fausse alerte d'incendie

SCHEDULE B/ANNEXE B

FORM 1/FORMULE 1 (Paragraph 33(b))/(alinéa 33b)]
CRIMINAL INJURIES COMPENSATION APPLICATION/
DEMANDE D'INDEMNISATION DES VICTIMES D'ACTES CRIMINELS

THIS FORM SHOULD BE COMPLETED BY THE APPLICANT UNLESS THE APPLICANT IS UNDER THE AGE OF 19 YEARS OR IS INCAPACITATED. IF THE APPLICANT IS UNDER 19 OR INCAPACITATED, THE PERSON WHO COMPLETES THE FORM MUST PROVIDE HIS OR HER NAME AND ADDRESS AT THE END OF THIS FORM./LA PRÉSENTE FORMULE DOIT ÊTRE COMPLÉTÉE PAR LE REQUÉRANT, SAUF S'IL EN EST EMPÊCHÉ OU QU'IL N'A PAS ATTEINT L'ÂGE DE 19 ANS. DANS CES CAS, LA PERSONNE QUI LA COMPLÈTE DOIT INDIQUER SES NOM, PRÉNOMS ET ADRESSE À L'ENDROIT PRÉVU À LA FIN DE CETTE FORMULE.

A. APPLICANT/REQUÉRANT

1. NAME OF APPLICANT:
NOM DU REQUÉRANT

SURNAME/NOM GIVEN NAME/PRÉNOM INITIAL/INITIALES TELEPHONE NO/
N° DE TÉLÉPHONE

2. ADDRESS/ADRESSE

3. MARITAL STATUS/ÉTAT CIVIL

\_ SINGLE/CÉLIBATAIRE \_ MARRIED/MARIÉ(E)
\_ DIVORCED/DIVORCÉ(E) \_ WIDOW(ER)/VEUF(VE)
\_ SEPARATED/SÉPARÉ(E) \_ COMMON LAW/CONJOINT(E) DE FAIT

4. SOCIAL INSURANCE NUMBER/N° D'ASSURANCE SOCIALE

5. SEX/SEXE \_ M \_ F

6. DATE OF BIRTH/ DD MM YY
DATE DE NAISSANCE JOUR MOIS ANNÉE

B. INCIDENT/L'INCIDENT

1. DESCRIBE THE INCIDENT/DÉCRIVEZ L'INCIDENT

DATE OF INCIDENT/ DD MM YY TIME OF INCIDENT/ PLACE OF INCIDENT/
DATE DE L'INCIDENT JOUR MOIS ANNÉE HEURE DE L'INCIDENT LIEU DE L'INCIDENT

2. WITNESSES TO INCIDENT/TÉMOINS DE L'INCIDENT

NAME/NOM ADDRESSES/ADRESSE
3. DATE REPORTED TO THE R.C.M.P./DATE DU SIGNALEMENT À LA G.R.C. DD MM YY
PLACE/LIEU JOUR MOIS ANNÉE

4. PERSON WHO REPORTED THE INCIDENT TO THE R.C.M.P./QUI A SIGNALÉ L'INCIDENT À LA G.R.C.?

5. IF THE OFFENDER WAS CHARGED OR CONVICTED OF AN OFFENCE CONNECTED WITH THE INCIDENT, PLEASE PROVIDE DETAILS:/SI L'AUTEUR DE L'INFRACTION A ÉTÉ INculpÉ OU RECONNU COUPABLE D'UNE INFRACTION QUELCONQUE RELIÉE À L'INCIDENT, PRÉCISEZ :

DATE CHARGED/ DD MM YY PLACE/LIEU CHARGE/CHEF D'ACCUSATION
DATE DE L'INculpATION JOUR MOIS ANNÉE

6. NAME OF OFFENDER/NOM DE L'AUTEUR DE L'INFRACTION

PARTICULARS OF CONVICTION/DÉTAILS RELATIFS À LA CONDAMNATION

.....

**C. MEDICAL INFORMATION/RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX**

1. INJURIES YOU RECEIVED/QUELLES BLESSURES AVEZ-VOUS SUBIES?

.....

2. DOCTORS WHO TREATED YOU OR WHOM YOU CONSULTED/  
VOS MÉDECINS TRAITANTS OU CONSULTANTS ÉTAIENT :

NAME/NOM	ADRESSE/ADRESSE
----------	-----------------

.....

3. HOSPITAL TREATMENT/SOINS REÇUS LORS DE L'HOSPITALISATION  
IN PATIENT/PATIENT HOSPITALISÉ

NAME AND ADDRESS OF HOSPITAL/ NOM DE L'HÔPITAL	DATES/DATES					
	FROM/DE			TO/À		
	DD	MM	YY	DD	MM	YY
	JOUR	MOIS	ANNÉE	JOUR	MOIS	ANNÉE
	/	/		/	/	

NAME AND ADDRESS OF HOSPITAL/ NOM DE L'HÔPITAL	DATES/DATES					
	FROM/DE			TO/À		
	DD	MM	YY	DD	MM	YY
	JOUR	MOIS	ANNÉE	JOUR	MOIS	ANNÉE
	/	/		/	/	

4. DENTAL TREATMENT/SOINS DENTAIRES

NAME OF DENTIST/NOM DU DENTISTE	ADDRESS/ADRESSE
---------------------------------	-----------------

.....

5. STATE IF YOU HAVE ANY PERMANENT SCARS OR DISFIGUREMENT/PORTEZ-VOUS DES CICATRICES PERMANENTES, ÊTES-VOUS DÉFIGURÉ?  YES/OUI  NO/NON  
IF YES PLEASE PROVIDE PHOTOGRAPHS/SI OUI, VEUILLEZ FOURNIR DES PHOTOGRAPHIES.

6. STATE IF YOU ARE RECEIVING OR GOING TO RECEIVE COUNSELLING AS A RESULT OF THE INCIDENT/RECEVEZ-VOUS  
OU RECEVREZ-VOUS UNE FORME QUELCONQUE DE COUNSELLING CONSÉQUEMMENT À L'INCIDENT?  
 YES/OUI  NO/NON  
IF YES, PLEASE COMPLETE THE FOLLOWING SECTION./SI OUI, VEUILLEZ COMPLÉTER LA SECTION SUIVANTE.

NAME OF COUNSELLOR/NOM DE LA PERSONNE CONSULTÉE .....

ADDRESS/ADRESSE .....

DATES VISITED (to visit) COUNSELLOR/DATES DES CONSULTATIONS .....

COST OF EACH VISIT \$/COÛT DE CHAQUE CONSULTATION. .... \$

STATE IF YOU HAVE PAID FOR THESE VISITS/AVEZ-VOUS PAYÉ LES CONSULTATIONS  NO/NON  YES/OUI

IF YES, PLEASE ATTACH RECEIPTS/SI OUI, VEUILLEZ JOINDRE VOS REÇUS.

**D. EMPLOYMENT INFORMATION/RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'EMPLOI**

1. STATE IF YOU WERE EMPLOYED ON DATE OF INJURY.  YES  NO

AVIEZ-VOUS UN EMPLOI EN DATE DE L'INCIDENT?  OUI  NON

2. IF YES, SPECIFY DATES ABSENT AS A RESULT OF INJURY/SI OUI, PRÉCISEZ LES DATES DE VOS ABSENCES EN RAISON DE VOS BLESSURES.

	FROM/DE			TO/À		
	DD	MM		YY	DD	
Mm	YY					
	JOUR	MOIS	ANNÉE	JOUR	MOIS	ANNÉE
	/	/	/	/	/	/

3. OCCUPATION(S) AT THE TIME OF THE INJURY/OCCUPATION EN DATE DE L'INCIDENT.

4. PLEASE STATE YOUR RATE OF PAY AT THE TIME OF INJURY./ VEUILLEZ DÉCLARER VOTRE TAUX DE RÉMUNÉRATION AU MOMENT DE VOS BLESSURES.

TOTAL EARNINGS LOST (EXPLAIN IF OVERTIME OR BONUS EARNINGS)/PERTE DE SALAIRE (INDIQUEZ LES HEURES SUPPLÉMENTAIRES ET LES BONIS, S'IL Y A LIEU).

EMPLOYER(S)/EMPLOYEUR(S) NAME(S)/NOM(S)	ADDRESS/ADRESSE	POSITION/OCCUPATION
--	-----------------	---------------------

5. IF INCOME CLAIMED LOST ABOVE IS NOT FROM EMPLOYMENT, EXPLAIN: (GIVE SOURCE)/ SI VOUS RÉCLAMEZ UNE PERTE DE REVENU PROVENANT D'UNE AUTRE SOURCE, INDIQUEZ CETTE SOURCE :

6. TOTAL INCOME IN THE 12 MONTHS BEFORE INJURIES (ENCLOSE COPY OF INCOME TAX RETURNS)/ REVENU TOTAL POUR LES 12 MOIS PRÉCÉDANT L'INCIDENT (JOINDRE LES DÉCLARATIONS D'IMPÔT)

YEAR/ANNÉE	TOTAL INCOME/REVENU TOTAL	OCCUPATION/OCCUPATION OU PROFESSION
------------	---------------------------	--

**E. EXPENSES/DÉPENSES**

EXPENSES RELATED TO YOUR INJURIES/DÉPENSES ENCOURUES RELATIVEMENT AUX BLESSURES (ENCLOSE RECEIPTS/JOINDRE LES REÇUS)

ITEM/ARTICLE DE DÉPENSE	AMOUNT/MONTANT
-------------------------	----------------

**F. PAYMENTS RECEIVED/PAIEMENTS REÇUS**

1. FROM/PROVENANCE	YES/OUI	NO/NON	AMOUNT/MONTANT
--------------------	---------	--------	----------------

WORKERS COMPENSATION/ INDEMNISATION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL	.....	.....	.....
---	-------	-------	-------

DISABILITY BENEFITS/ PRESTATIONS D'INVALIDITÉ	.....	.....	.....
--	-------	-------	-------

UNEMPLOYMENT INSURANCE/ ASSURANCE-CHÔMAGE	.....	.....	.....
--	-------	-------	-------

DEPARTMENT OF INDIAN AFFAIRS/ MINISTÈRE DES AFFAIRES INDIENNES ET DU NORD CANADIEN	.....	.....	.....
---	-------	-------	-------

VETERANS ADMINISTRATION/ ADMINISTRATION DES ANCIENS COMBATTANTS	.....	.....	.....
--	-------	-------	-------

SOCIAL ASSISTANCE/	.....	.....	.....
--------------------	-------	-------	-------

AIDE SOCIALE .....

OTHER/AUTRES .....

2. BENEFITS RECEIVED THROUGH INSURANCE OR A PRIVATE PENSION SCHEME/  
PRESTATIONS D'ASSURANCE OU PRESTATIONS PROVENANT D'UN RÉGIME DE RETRAITE PRIVÉ

COMPANY NAME/ NOM DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE OU DU RÉGIME	ADDRESS/ ADRESSE	POLICY NO./ N° DE LA POLICE	AMOUNT/ MONTANT
.....	.....	.....	\$ .....

**G. CIVIL ACTION/ACTION CIVILE**

STATE IF YOU HAVE STARTED A CIVIL ACTION AGAINST THE OFFENDER. IF YES, GIVE DETAILS AND STATE AMOUNTS YOU HAVE ALREADY RECEIVED/IF NO, STATE WHY NOT.

EST-CE-QUE VOUS AVEZ INTENTÉ UNE ACTION CIVILE CONTRE L'AUTEUR DE L'INFRACTION? SI OUI, DONNEZ LES DÉTAILS ET INDIQUEZ SI VOUS AVEZ DÉJÀ REÇU DES SOMMES; SI NON, DONNEZ VOS MOTIFS.

.....

I declare that the information contained in this application is true and correct to the best of my knowledge and belief. I understand that I am to notify the Criminal Injuries Compensation Officer of a change in circumstances that may affect the decision regarding my entitlement to, or the assessment of my claim for compensation.

Je déclare qu'au mieux de mes connaissances et croyances les renseignements contenus dans la présente demande sont exacts. Je sais que je dois rapporter à l'agent d'indemnisation tout changement de situation pouvant modifier la décision relative à ma demande d'indemnisation.

.....  
DATE OF APPLICATION/DATE DE LA DEMANDE

.....  
SIGNATURE OF CLAIMANT OR PERSON WHO COMPLETED THIS FORM/SIGNATURE DU REQUÉRANT

**IF THIS FORM IS COMPLETED BY SOMEONE OTHER THAN THE APPLICANT, PLEASE PROVIDE THE FOLLOWING INFORMATION;/RENSEIGNEMENTS REQUIS LORSQUE LA PRÉSENTE FORMULE EST COMPLÉTÉE PAR UNE PERSONNE AUTRE QUE LE REQUÉRANT :**

.....  
FULL NAME/NOM AU COMPLET ADDRESS/ADRESSE

.....  
RELATIONSHIP TO APPLICANT/LIEN AVEC LE REQUÉRANT

**MAIL APPLICATION TO:**

**FAITES PARVENIR LA DEMANDE À :**

CRIMINAL INJURIES COMPENSATION OFFICER  
C/O OFFICE OF THE PUBLIC TRUSTEE  
P.O. BOX 1320  
YELLOWKNIFE, N.W.T.  
X1A 2L9  
(867) 873-7464

L'AGENT D'INDEMNISATION  
A/S DU CURATEUR PUBLIC  
C.P. 1320  
YELLOWKNIFE (T.N.-O.)  
X1A 2L9  
(867) 873-7464

**OR**

**OU**

**DELIVER TO:**

**ADRESSE DE LIVRAISON:**

CRIMINAL INJURIES COMPENSATION OFFICER

L'AGENT D'INDEMNISATION

OFFICE OF THE PUBLIC TRUSTEE  
4TH FLOOR, COURTHOUSE  
YELLOWKNIFE, N.W.T.

4<sup>e</sup> ÉTAGE  
PALAIS DE JUSTICE  
BUREAU DU CURATEUR PUBLIC  
YELLOWKNIFE (T.N.-O.)



4. DATE OF BIRTH/ DD MM YY  
DATE DE NAISSANCE JOUR MOIS ANNÉE  
/ /

5. SEX/SEXE \_\_\_ M \_\_\_ F

6. MARITAL STATUS/ÉTAT CIVIL  
\_ SINGLE/CÉLIBATAIRE \_ MARRIED/MARIÉ(E) DATE OF MARRIAGE/ DD MM YY  
\_ DIVORCED/DIVORCÉ(E) \_ WIDOW(ER)/VEUF(VE) DATE DU MARIAGE JOUR MOIS ANNÉE  
\_ SEPARATED/SÉPARÉ(E) \_ OTHER/AUTRE / /

7. DATE OF DEATH/ DD MM YY PLACE OF DEATH CAUSE OF DEATH  
DATE DU DÉCÈS JOUR MOIS ANNÉE LIEU DU DÉCÈS CAUSE DU DÉCÈS  
/ /

**C. DEPENDANTS/PERSONNES À CHARGE**

1. NAME/NOM ADDRESS/ADRESSE DATE OF BIRTH/RELATIONSHIP TO DECEASED/  
DATE DE NAISSANCE/LIEN AVEC LA PERSONNE DÉCÉDÉE

.....

**D. INCIDENT/L'INCIDENT**

1. DESCRIBE THE INCIDENT (IF KNOWN TO YOU)/ SI VOUS AVEZ EU CONNAISSANCE DE L'INCIDENT, DÉCRIEZ-LE

.....

2. DATE REPORTED TO R.C.M.P./DATE DU SIGNALEMENT À LA G.R.C. DD MM YY  
PLACE/LIEU JOUR MOIS ANNÉE  
/ /

3. IF THE OFFENDER WAS CHARGED OR CONVICTED OF AN OFFENCE CONNECTED WITH THE INCIDENT,  
PLEASE PROVIDE DETAILS:/SI L'AUTEUR DE L'INFRACTION A ÉTÉ INculpÉ OU RECONNU COUPABLE D'UNE  
INFRACTION QUELCONQUE RELIÉE À L'INCIDENT, VEUILLEZ PRÉCISER :

DATE CHARGED/ DD MM YY PLACE/LIEU CHARGE/CHEF D'ACCUSATION  
DATE DE L'INCULPATION JOUR MOIS ANNÉE  
/ /

4. NAME OF THE OFFENDER/NOM DE L'AUTEUR DE L'INFRACTION .....

5. PARTICULARS OF CONVICTION/DÉTAILS RELATIFS À LA CONDAMNATION

.....

**E. MEDICAL TREATMENT/TRAIEMENTS MÉDICAUX**

1. DOCTORS WHO TREATED THE DECEASED OR WHOM HE/SHE CONSULTED/  
LES MÉDECINS TRAITANTS OU CONSULTANTS QUI ONT SOIGNÉ LA VICTIME SONT

NAME(S)/NOM(S) ADDRESS(ES)/ADRESSE(S)

.....

2. HOSPITAL TREATMENT/SOINS REÇUS À L'HÔPITAL

NAME OF HOSPITAL/NOM DE L'HÔPITAL ..... ADDRESS/ADRESSE .....



**F. EMPLOYMENT INFORMATION/RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'EMPLOI**

1. TOTAL INCOME FOR THE 2 YEARS BEFORE DEATH (ENCLOSE A COPY OF INCOME TAX RETURNS)/ REVENU TOTAL AU COURS DES 2 ANS PRÉCÉDANT LE DÉCÈS (INCLUDE LES DÉCLARATIONS D'IMPÔT)

YEAR/ANNÉE	TOTAL INCOME/REVENU TOTAL	EMPLOYER(S)/EMPLOYEUR(S)
.....	.....	.....

2. IF OTHER INCOME LOST, EXPLAIN:/VEUILLEZ EXPLIQUER LES PERTES DE REVENU PROVENANT D'AUTRES SOURCES, LE CAS ÉCHÉANT :

.....

3. OCCUPATION/OCCUPATION .....

4. LAST EMPLOYER(S)/EMPLOYEUR PRÉCÉDENT

COMPANY NAME/ DÉNOMINATION SOCIALE	ADDRESS/ADRESSE	TYPE OF WORK/ OCCUPATION
---------------------------------------	-----------------	-----------------------------

IF THE DECEASED WAS SELF EMPLOYED, PLEASE GIVE DETAILS:/  
SI LA PERSONNE DÉCÉDÉE ÉTAIT UN TRAVAILLEUR AUTONOME, DONNEZ DES PRÉCISIONS :

BUSINESS NAME/RAISON SOCIALE	ADDRESS/ADRESSE
------------------------------	-----------------

**G. EXPENSES/DÉPENSES**

EXPENSES RELATED TO DEATH/DÉPENSES RELATIVES AU DÉCÈS  
(ENCLOSE RECEIPTS/JOINDRE LES REÇUS)

ITEM/ARTICLE DE DÉPENSE	AMOUNT/MONTANT	STATE WHO PAID THE AMOUNT SHOWN (PROVIDE NAME AND ADDRESS)/NOM ET ADRESSE DE LA PERSONNE QUI A PAYÉ LA DÉPENSE INDIQUÉE CI-CONTRE	STATE IF THE AMOUNT H A S B E E N R E I M B U R S E D ? / L E M O N T A N T A - T - I L É T É R E M B O U R S É ? YES/OUI NO/NON
.....	\$ .....	.....	.....

**H. PAYMENTS RECEIVED/PAIEMENTS REÇUS**

FROM/PROVENANCE	AMOUNT/MONTANT
ORPHAN'S BENEFITS/PRESTATIONS D'ORPHELIN .....	.....
WORKERS' COMPENSATION/ INDEMNISATION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL .....	.....
DISABILITY BENEFITS/ PRESTATIONS D'INVALIDITÉ .....	.....
UNEMPLOYMENT INSURANCE/ ASSURANCE-CHÔMAGE .....	.....



**MAIL APPLICATION TO:**

CRIMINAL INJURIES COMPENSATION OFFICER  
C/O OFFICE OF THE PUBLIC TRUSTEE  
P.O. BOX 1320  
YELLOWKNIFE, N.W.T.  
X1A 2L9  
(867) 873-7464

**OR**

**DELIVER TO:**

CRIMINAL INJURIES COMPENSATION OFFICER  
OFFICE OF THE PUBLIC TRUSTEE  
4TH FLOOR, COURTHOUSE  
YELLOWKNIFE, N.W.T.

**FAITES PARVENIR LA DEMANDE À :**

L'AGENT D'INDEMNISATION  
A/S DU CURATEUR PUBLIC  
C.P. 1320  
YELLOWKNIFE (T.N.-O.)  
X1A 2L9  
(867) 873-7464

**OU**

**ADRESSE DE LIVRAISON:**

L'AGENT D'INDEMNISATION  
4<sup>e</sup> ÉTAGE  
PALAIS DE JUSTICE  
BUREAU DU CURATEUR PUBLIC  
YELLOWKNIFE (T.N.-O.)

## 1. Prescribed persons are as follows:

- (a) the employer of the claimant or deceased;
- (b) the family of the claimant or deceased;
- (c) a witness to the criminal offence;
- (d) a lawyer involved with the criminal offence or any civil proceedings resulting from the criminal offence;
- (e) a dentist, orthodontist, optometrist, ophthalmologist, massage therapist, speech therapist, lay dispenser, midwife or other person familiar with or involved in the assessment, treatment or counselling of the physical, emotional or mental health of the claimant or the deceased;
- (f) municipal by-law enforcement officers;
- (g) a social worker or probation officer familiar with the physical, mental or emotional health of the claimant or deceased;
- (h) a health care professional familiar with or involved in the assessment, treatment or counselling of the physical, emotional or mental health of the claimant or the deceased and includes a person providing health care in the Territories who
  - (i) is entitled to practise medicine in the Territories under the *Medical Profession Act*,
  - (ii) is entitled to practise dentistry in the Territories under the *Dental Profession Act*,
  - (iii) is entitled to practise as a psychologist in the Territories under the *Psychologists Act*,
  - (iv) is practising nursing in the Territories and who is
    - (A) registered in the Nursing Register under the *Nursing Profession Act*, or
    - (B) eligible for registration as a nurse in a province or the Yukon Territory,
  - (v) holds a certificate under the *Certified Nursing Assistants Act*,
  - (vi) is employed in the Territories as a physiotherapist and is an active member of the Canadian

## 1. Les personnes visées par le règlement sont :

- a) l'employeur du requérant ou du défunt;
- b) la famille du requérant ou du défunt;
- c) tout témoin de l'infraction criminelle;
- d) tout avocat impliqué dans l'infraction criminelle ou dans toute procédure civile issue de la commission de l'infraction;
- e) tout prothésiste dentaire, orthodontiste, optométriste, ophtalmologiste, kinésithérapeute, orthophoniste, dispensateur de soins médicaux non professionnels, sage-femme et toute personne qui connaît ou qui est impliqué dans l'évaluation, le traitement ou le counselling de la santé physique, mentale ou émotionnelle du requérant ou du défunt;
- f) tout agent chargé de l'exécution des règlements;
- g) tout travailleur social ou agent de probation qui connaît la santé physique, mentale et émotionnelle du requérant ou du défunt;
- h) tout professionnel de la santé qui connaît ou qui est impliqué dans l'évaluation, le traitement ou le counselling de la santé physique, mentale ou émotionnelle du requérant ou du défunt. Est compris à ce titre, tout individu qui dispense des soins de santé dans les territoires et qui :
  - (i) peut pratiquer la médecine dans les Territoires du Nord-Ouest en vertu de la *Loi sur les médecins*,
  - (ii) peut pratiquer la médecine dentaire dans les Territoires du Nord-Ouest en vertu de la *Loi sur les professions dentaires*,
  - (iii) peut pratiquer en tant que psychologue dans les Territoires du Nord-Ouest en vertu de la *Loi sur les psychologues*,
  - (iv) est infirmier(ère) dans les Territoires du Nord-Ouest et :
    - (A) est inscrit(e) au registre des infirmières et infirmiers en vertu de la *Loi sur la profession d'infirmière*,
    - (B) remplit les conditions d'admissibilité pour s'inscrire en

- Physiotherapy Association,
- (vii) is employed in the Territories as an occupational therapist and is an active member of the Canadian Occupational Therapists Association,
  - (viii) is employed in the Territories as a medical radiation technologist and is a member of the Canadian Association of Radiation Technologists,
  - (ix) is employed in the Territories as a laboratory technologist and is certified by and registered with the Canadian Society of Laboratory Technologists,
  - (x) has successfully completed a Community Health Representative course,
  - (xi) is entitled to practise as a pharmaceutical chemist under the *Pharmacy Act*.

2. Prescribed organizations are as follows:

- (a) the employer of the claimant or deceased;
- (b) the Royal Canadian Mounted Police;
- (c) the Workers' Compensation Board;
- (d) the Government of the Northwest Territories;
- (e) the Supreme Court of the Northwest Territories;
- (f) the Territorial Court of the Northwest Territories;
- (g) an insurance company involved in or with knowledge of the claim of the claimant or the deceased;
- (h) a correctional centre;
- (i) a health care facility with knowledge of or involved in the assessment, treatment or counselling of the physical, mental or emotional health of the claimant or the

- tant qu'infirmier(ière) dans les Territoires du Nord-Ouest,
- (v) détient un certificat en vertu de la *Loi sur les infirmières et infirmiers auxiliaires diplômés*,
- (vi) travaille en tant que physiothérapeute dans les territoires et participe aux activités de l'Association canadienne de physiothérapie,
- (vii) travaille en tant qu'ergothérapeute dans les territoires et participe aux activités de l'Association canadienne des ergothérapeutes,
- (viii) travaille en tant que technicien en radiation médicale dans les territoires et participe aux activités de l'Association canadienne des techniciens en radiation médicale,
- (ix) travaille en tant que technicien spécialiste de laboratoire dans les territoires et est accrédité par l'Association canadienne des technologistes de laboratoire et membre de celle-ci,
- (x) a complété avec succès le programme des représentants de la santé communautaire,
- (xi) peut pratiquer en tant que pharmacien-chimiste en vertu de la *Loi sur la pharmacie*.

2. Les organismes visés par le règlement sont :

- a) l'employeur du requérant ou du défunt;
- b) la Gendarmerie royale du Canada;
- c) la Commission des accidents du travail;
- d) le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest;
- e) la Cour suprême des Territoires du Nord-Ouest;
- f) la Cour territoriale des Territoires du Nord-Ouest;
- g) toute compagnie d'assurance impliquée dans la demande du requérant ou du défunt ou ayant connaissance de celle-ci;
- h) tout centre correctionnel;
- i) tout établissement sanitaire impliqué dans la demande, le traitement ou le counselling requis par la santé physique, mentale ou émotionnelle du requérant ou de la personne décédée ou ayant

deceased and includes

- (i) a facility
  - (A) where the administrative officers have knowledge of the physical, mental or emotional health of the claimant or the deceased,
  - (B) that is involved in the assessment, treatment or counselling of the claimant,
  - (C) that was involved in the assessment, treatment or counselling of the deceased,
- (ii) a hospital,
- (iii) a detoxification centre,
- (iv) a facility providing chronic extended care,
- (v) a nursing care home,
- (vi) a tuberculosis hospital or sanatorium,
- (vii) a facility or institution for the mentally ill,
- (viii) a home for the aged,
- (ix) a facility or infirmary providing custodial care,
- (x) a nursing station,
- (xi) a health clinic.

connaissance de ces derniers. Sont compris parmi les établissements sanitaires :

- (i) tout établissement,
  - (A) dont les agents d'administration ont connaissance de la santé physique, mentale et émotionnelle du requérant ou du défunt,
  - (B) impliqué dans l'évaluation, le traitement ou le counselling nécessaires au requérant,
  - (C) qui a été impliqué dans l'évaluation, le traitement ou le counselling nécessaires au défunt;
- (ii) les hôpitaux,
- (iii) les centres de désintoxication,
- (iv) les établissements pour les maladies chroniques et les soins prolongés,
- (v) les maisons de repos,
- (vi) les sanatoriums,
- (vii) les établissements et les institutions pour les personnes atteintes de maladies mentales,
- (viii) les foyers pour personnes âgées,
- (ix) les établissements et les infirmeries dispensant des soins en milieu surveillé,
- (x) les postes infirmiers,
- (xi) les infirmeries.



