|  |  |
| --- | --- |
| SERVICE PUBLIC FEDERAL JUSTICE |  |
|  | **Adresse postale**: Boulevard de Waterloo 1151. Bruxelles

**Bureaux** : Rue Evers 2-81000 Bruxelles |
| **COMMISSION POUR L’AIDE FINANCIERE****AUX VICTIMES D’ACTES****INTENTIONNELS DE VIOLENCE****ET AUX SAUVETEURS OCCASIONNELS** | **Tel :** 02 542 72 07 / 02 542 72 08 / 02 542 72 44**Mail :** commission.victimes@just.fgov.beLien externe |

# REQUETE POUR UNE AIDE FINANCIERE

# DEMANDE D'AIDE EXCEPTIONNELLE

 **(🛈1 formulaire par personne qui sollicite une aide, à envoyer par pli recommandé ou à déposer au secrétariat de la Commission, EN DOUBLE EXEMPLAIRE) (double exemplaire du formulaire, pas des pièces jointes)**

# I. AIDE EXCEPTIONNELLE

**Veuillez cocher la case correspondant au type d'aide demandée (plusieurs choix sont possibles)**

|  |  |
| --- | --- |
| Aide exceptionnelle **🛈 La Commission peut accorder une aide exceptionnelle pour des faits qui se sont produits il y a plus de 10 ans et si l’auteur reste inconnu et qu’il n’y a pas eu une décision de classement sans suite parce que l’auteur est inconnu ni de décision de non-lieu parce que l’auteur est inconnu.****Cette aide ne peut donc être demandée que si vous avez déjà obtenu une aide principale)** | ❒Montant demandé(€) :……………… .En plus du montant déjà obtenu devant la Commission ou❒ Le requérant déclare s’en remettre à la jurisprudence de la commission quant au montant à allouer |

***🛈 OBLIGATOIRE***

|  |  |
| --- | --- |
| Référence du dossier devant la Commission : | ………………………… |
| Date de la décision d'octroi de l'aide principale: | ………………………… |
| Montant (total) de l’aide obtenue (aide urgente et aide principale): | ………………………… |

# II. CATEGORIES DE VICTIMES (à cocher obligatoirement)

|  |
| --- |
| Veuillez cocher la catégorie de victime correspondant à votre demande: ❒ Victime directe❒ Victime indirecte (si la victime directe est décédée) ❒ Victime indirecte (si la victime directe n'est pas décédée) ❒ Victime indirecte (d'une personne disparue suite à un acte intentionnel de violence) |

# III. IDENTITE DE LA PERSONNE QUI FAIT LA DEMANDE D'AIDE

**A. Données d’identité de la victime ou du requérant (lorsqu’il n’est pas lui-même la victime)**

Nom: ……………………………………………Prénom………………………………………………..

N° de registre national **( !obligatoire)…………………………………………………………………**

Adresse : Rue : ………………………………………….. N° : ……

 Code postal : ………… Commune : ……………………………...

Pays (si autre que la Belgique) : ……………………………………Tél :……………………

Date et lieu de naissance : …………………………………… ………………………….

Nationalité : ………………………………………………… ❒ Mr. ❒ Mme / Melle

Situation professionnelle (avant et après les faits) :………………………………………………….

Adresse mail : ………………………………………………………………………………………

# IV. Données de la personne décédée ou disparue.

Nom: ……………………………………… Prénom : ……………………………………………..

Adresse : Rue : ……………………………………….. N° : .................

 Code postal : ……………… Commune : …………......……………………..

Date et lieu de naissance : ………………………………………………………………………

Nationalité : ………………………………………… Sexe : ❒ H ❒ F

Date et lieu du décès : …………………………………………………………….

OU Date et lieu de la disparition : …………………………………….

Lien entre le requérant et la personne décédée ou disparue : ............................................................

Y avait-il cohabitation avec la victime au moment de son décès ❒ Oui ❒ Non

# V. RENSEIGNEMENTS SUR LE REPRESENTANT D'UN MINEUR, D'UNE PERSONNE INCAPABLE

Cadre à remplir uniquement et obligatoirement si vous demandez une aide financière au nom d’un mineur ou d’une personne incapable : complétez ci-dessous vos données

Nom: ……………………………………………Prénom :……………………………………………..

Adresse : Rue : ……………………………………….. N° : .................

 Code postal : ……………… Commune : …………......……………………..

Date et lieu de naissance : ………………………………………………………………………

Nationalité : ………………………………………… ❒ Mr. ❒ Mme / Melle

Profession éventuelle : …………………………………

Lien avec cette personne :……………………………………………………………………………

Raison de la représentation :……………………………………………………………………………

# VI. A REMPLIR SI VOUS ETES REPRESENTE PAR UN AVOCAT DEVANT LA COMMISSION

Cadre à remplir uniquement si vous êtes représenté par un avocat devant la Commission

Nom : ……………………………………………… Prénom : ……………....

………………...………………………………………………

Adresse : Rue : …………………………………… N° : …………….....

 Code postal. : ……………… Commune : ………………………….........

Téléphone : ……………………………………… Fax : …………………………………

Barreau : ………………………………… ❒ Mr. ❒ Mme / Melle

**VII. MOTIVATION DE LA DEMANDE D'AIDE EXCEPTIONNELLE**

Veuillez ci-dessous décrire la motivation de la demande d'aide exceptionnelle:

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

# VIII. DESCRIPTION DE LA SITUATION DEPUIS L'OCTROI DE L'AIDE PRINCIPALE

|  |
| --- |
| Veuillez décrire l'évolution de votre situation depuis l'octroi de l'aide principale par la Commission (évolution familiale, psychologique, professionnelle, judiciaire,….)  ……………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………………. ……………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………………. ……………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………. ……………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………. ……………………………………………………………………………………………………………….  |

## 🛈 IMPORTANT !

Dans le cas où les faits relèvent de la législation sur les accidents de travail, il y a lieu de communiquer (justificatifs à l'appui) l'ensemble des documents détaillant l'intervention de l'assureur-loi.

###### J'affirme sur l'honneur que la présente déclaration est sincère et complète

Fait le …………………………………………

À ………………………………………

🛈 Signature indispensable de la victime/du proche ou de son avocat

**Cette requête est à déposer en double exemplaire au secrétariat de la Commission ou à adresser en double exemplaire, sous pli recommandé, à l'adresse suivante:**

**COMMISSION POUR L’AIDE FINANCIERE**

**AUX VICTIMES D’ACTES**

**INTENTIONNELS DE VIOLENCE**

**ET AUX SAUVETEURS OCCASIONNELS**

Adresse Postale: Boulevard de Waterloo, 115

1000 BRUXELLES