|  |  |
| --- | --- |
| SERVICE PUBLIC FEDERAL JUSTICE |  |
|  | **Adresse postale**: Boulevard de Waterloo 115   1. Bruxelles   **Bureaux** : Rue Evers 2-8  1000 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](mailto:commission.victimes@just.fgov.be) | |

# 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