



Service correctionnel du ministère de la Justice Programme de communication des renseignements aux victimes des TNO Formulaire d'inscription

En vertu de la *Loi sur les services correctionnels* (TNO), les victimes d'actes criminels ou leur représentant désigné peuvent demander de l'information au sujet de contrevenants adultes qui purgent actuellement une peine dans un établissement correctionnel des TNO pour les actes dont elles ont été victimes. Veuillez remplir ce formulaire pour accéder aux services du Programme de communication des renseignements aux victimes des Territoires du Nord-Ouest, administré par le Service correctionnel du ministère de la Justice.

L'administration du programme de communication aux victimes est conforme à la *Charte canadienne des droits des victimes*. Une victime est une personne ayant subi un préjudice physique ou émotionnel, des dommages matériels ou une perte économique à la suite de la commission prouvée ou prétendue d'une infraction.

Remarque : Vous devez être âgé de 18 ans ou plus pour recevoir des informations sur un détenu par l'intermédiaire du Programme de communication aux victimes. Si vous êtes une victime âgée de moins de 18 ans, un parent ou un tuteur peut demander à recevoir ces renseignements en votre nom.

Veuillez envoyer le formulaire d'inscription dûment rempli à l'administrateur du Programme de communication aux victimes.

- a) Tél. : 867-767-9263, poste 82244 ou 82478
- b) Courriel : victimnotificationadministrator@gov.nt.ca
- c) Télécopieur : 867-873-0299
- d) Poste : Services correctionnels, Palais de justice, 5^e étage, 4903, 49^e Rue, C. P. 1320, Yellowknife NT X1A 2L9

Les renseignements personnels recueillis sont en lien direct avec le Programme de communication des renseignements aux victimes des TNO et sont nécessaires à son administration. Les dispositions relatives à la confidentialité de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* des TNO protègent les renseignements personnels contenus dans le présent formulaire. Pour toute question concernant la collecte de ces renseignements, veuillez communiquer avec l'administrateur du Programme de communication des renseignements aux victimes.

Partie A – Renseignements sur la victime

Pronom choisi :	<input type="checkbox"/> Homme	<input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Autre
Prénom(s) : (en caractères d'imprimerie)		Ancien nom : (en caractères d'imprimerie) (le cas échéant)	
Nom de famille: (en caractères d'imprimerie)		Date de naissance : (AAAA-MM-JJ)	

Partie B : Demande de renseignements faite par

Cette demande d'inscription au Programme de communication des renseignements aux victimes est effectuée par (veuillez sélectionner l'énoncé qui convient le mieux à votre situation) :

Cochez les cases correspondantes dans la liste ci-dessous :

<input type="checkbox"/>	a) La victime (identifiée dans la partie A du présent formulaire)
<input type="checkbox"/>	i. Je souhaite recevoir les renseignements directement;
<input type="checkbox"/>	ii. J'aimerais nommer un représentant désigné qui recevra les renseignements à ma place (indiqué à la partie C du présent formulaire);
<input type="checkbox"/>	b) Une personne agissant au nom de la victime si celle-ci est décédée ou incapable d'agir en son propre nom (identifiée à la partie D du présent formulaire) :
<input type="checkbox"/>	i. le conjoint de la victime ou la personne qui, au moment du décès de la victime, était son conjoint;
<input type="checkbox"/>	ii. la personne qui cohabite avec la victime dans une relation conjugale depuis au moins un an, ou qui cohabitait avec elle au moment de son décès depuis au moins un an;
<input type="checkbox"/>	iii. un parent ou une personne à charge de la victime;
<input type="checkbox"/>	iv. une personne qui a en droit ou en fait la garde de la victime, ou qui est chargée d'en prendre soin et de la soutenir (p. ex., si la victime a moins de 18 ans);
<input type="checkbox"/>	v. une personne qui a en droit ou en fait la garde d'une personne à charge de la victime, ou qui est chargée de prendre soin et de soutenir une telle personne.

Partie C : Représentant désigné

Si vous êtes la victime et que vous souhaitez désigner un représentant qui recevra des renseignements sur le détenu, plutôt que de les recevoir directement, veuillez fournir les renseignements suivants au sujet de votre représentant désigné.

Prénom de la personne ou du représentant d'agence (en caractères d'imprimerie) :	Nom de famille de la personne ou du représentant d'agence (en caractères d'imprimerie) :
Relation avec vous : (mère, ami, avocat, etc.)	Numéro de téléphone de la personne ou du représentant - -
Nom de l'agence : (en caractères d'imprimerie) (le cas échéant)	<i>*La victime autorise le représentant désigné à recevoir les renseignements en son nom en signant la partie H du formulaire.</i>

Partie D: Demande au nom de la victime

Si vous n'êtes pas la victime, mais que vous aimeriez recevoir des renseignements sur le détenu au nom de la victime (voir la partie B), veuillez fournir les renseignements suivants.

Prénom de la personne ou du représentant d'agence (en caractères d'imprimerie) :	Nom de famille de la personne ou du représentant d'agence (en caractères d'imprimerie) :
Relation avec la victime : (mère, ami, avocat, etc.)	Numéro de téléphone de la personne ou du représentant - -
Nom de l'agence : (en caractères d'imprimerie) (le cas échéant)	<i>*La personne faisant la demande au nom de la victime doit signer la partie H du formulaire.</i>

Partie E : Coordonnées de la personne devant recevoir les renseignements destinés à la victime (p. ex. victime, représentant désigné ou personne agissant au nom de la victime)

Adresse municipale (domicile)	
-------------------------------	--

Appartement, rue, boîte postale	Collectivité	Province ou territoire	Code postal
Adresse postale (si différente de l'adresse municipale)			
Appartement, rue, boîte postale	Collectivité	Province ou territoire	Code postal

Numéro(s) de téléphone

Veillez indiquer les numéros de téléphones auxquels vous souhaitez qu'on vous contacte par ordre de préférence :

- Numéros de téléphone auxquels l'administrateur du Programme de communication des renseignements aux victimes peut vous contacter
- Type de téléphone pour chaque numéro
- L'administrateur peut-il laisser un message sur votre boîte vocale? (p. ex., ses nom et numéro de téléphone, ou indiquer si l'affaire est urgente ou non)

Numéro de téléphone	Poste	Type de téléphone				Message vocal	
		<input type="checkbox"/> Domicile	<input type="checkbox"/> Travail	<input type="checkbox"/> Cellulaire	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> Domicile	<input type="checkbox"/> Travail	<input type="checkbox"/> Cellulaire	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> Domicile	<input type="checkbox"/> Travail	<input type="checkbox"/> Cellulaire	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> Domicile	<input type="checkbox"/> Travail	<input type="checkbox"/> Cellulaire	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

L'administrateur peut-il laisser un message si quelqu'un d'autre que vous répond au téléphone à l'un des numéros ci-dessus ? Oui Non

Pour vous assurer de recevoir les renseignements en temps opportun, veuillez contacter l'administrateur si vos coordonnées changent.

Partie F : Renseignements sur l'acte criminel (veuillez fournir autant de renseignements que possible en caractères d'imprimerie. Si vous ne savez pas, n'inscrivez rien.)

Nom complet du contrevenant :	Acte criminel ayant causé des dommages :	Autres détails au sujet de l'acte criminel :

Partie G : Informations demandées (veuillez cocher les éléments au sujet desquels vous demandez des informations)

<input type="checkbox"/>	a)	Emplacement du centre correctionnel de détention	<input type="checkbox"/>	e)	Détails sur tout transfert du détenu du centre correctionnel
<input type="checkbox"/>	b)	Durée de la sentence	<input type="checkbox"/>	f)	Le cas échéant, détails sur l'évasion du détenu ou sur toute autre forme de fuite illégale, ainsi que sur toute arrestation ultérieure
<input type="checkbox"/>	c)	Toute modification apportée à la sentence	<input type="checkbox"/>	g)	Date de remise en liberté
<input type="checkbox"/>	d)	Toute absence temporaire	<input type="checkbox"/>	h)	Collectivité où le délinquant doit être remis en liberté

Partie H : Confirmation et signature

Je comprends ma responsabilité d'informer l'administrateur de la communication de renseignements aux victimes du service correctionnel des TNO de tout changement d'adresse ou de numéro de téléphone, et que si je ne peux être joint(e) par téléphone, l'information que j'ai demandée me sera communiquée par courrier à l'adresse indiquée dans la Partie E du présent formulaire.

Demande faite par :

--	--	--

Nom(s) en caractères d'imprimerie	Signature	Date
-----------------------------------	-----------	------