

# Déclaration solennelle pour les personnes à charge qui ne sont pas un conjoint survivant

**TERRITOIRES DU NORD-OUEST/NUNAVUT- À SAVOIR : JE,** \_\_\_\_\_  
déclare solennellement que : (INSCRIVEZ LE NOM TOUT AU LONG)

1. Je suis le ou la \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ , dont le décès a eu lieu  
(RELATION AVEC LA PERSONNE DÉCÉDÉE) (NOM DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE)

le \_\_\_\_\_ (jour) de \_\_\_\_\_ (mois), \_\_\_\_\_ (année) à cause d'une blessure personnelle subie ou d'une  
maladie contractée

le \_\_\_\_\_ (jour) de \_\_\_\_\_ , (année) \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
(INDIQUEZ LE NOM DE LA VILLE OU D'UN AUTRE ENDROIT)

alors que cette personne travaillait pour \_\_\_\_\_ avait pour activité principale celle  
d'exploitant de ressources renouvelables. (INDIQUEZ LE NOM DE L'EMPLOYEUR)

2. Ma date de naissance est le \_\_\_\_\_ (jour) de \_\_\_\_\_ (mois), \_\_\_\_\_ (année).

Mon numéro d'assurance sociale est le : \_\_\_\_\_ .

3. Au moment du décès, j'étais entièrement ou partiellement à la charge de la personne décédée pour me procurer les  
nécessités ordinaires de la vie (c.-à-d., nourriture, logement, vêtements).  OUI  NON.

4. J'ai été à la charge de la personne décédée et ai dépendu de sa contribution pour mon entretien pendant \_\_\_\_\_ années.

5. Voici les dates et les montants des contributions versées par la personne décédée pour mon entretien au cours des deux  
dernières années, sous forme d'argent, de chèque, de mandat, de traite bancaire ou de nourriture, logement, etc. :

---

---

---

**Joignez tous les reçus ou attestations qui confirment des paiements.**

6. J'ai une source de revenus indépendante ou anticipée :  OUI  NON Je reçois ces revenus de :

---

---

7. Le montant de revenus que je reçois de cette source s'élève à :

---

---

8. Je reçois ces revenus pour :

---

---

9. Mes frais de subsistance mensuels s'élèvent à :

---

---

10. La personne décédée réclamait une exemption d'impôt sur le revenu ou en bénéficiait, parce que j'étais à sa charge.  
 OUI  NON (Si la réponse est non, indiquez la raison.)

---

---

11. Pour autant que je sache, la personne décédée était mariée  OUI  NON. Son conjoint ou sa conjointe lui survit et/ou des enfants.  OUI  NON

12. Pour autant que je sache, ces autres individus étaient à la charge de la personne décédée au moment de son décès.

| Nom   | Adresse | Date de naissance | Relation avec la personne décédée | Situation de famille |
|-------|---------|-------------------|-----------------------------------|----------------------|
| _____ | _____   | _____             | _____                             | _____                |
| _____ | _____   | _____             | _____                             | _____                |
| _____ | _____   | _____             | _____                             | _____                |

13. Je souhaite fournir les autres renseignements suivants pour justifier l'allégation que j'étais à la charge de la personne décédée :

---

---

---

Je réside au : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
(ADRESSE MUNICIPALE ET/OU NUMÉRO DE CASE POSTALE) (VILLE OU AUTRE ENDROIT)

dans la province/le territoire de/du : \_\_\_\_\_ (PROVINCE/TERRITOIRE) \_\_\_\_\_ (CODE POSTAL) \_\_\_\_\_ (TÉLÉPHONE – INCLURE L'INDICATIF RÉGIONAL)

**Je réclame une indemnisation en mon nom et celui des enfants mentionnés dans la présente. Je n'ai dissimulé aucun fait ou document en rapport avec cette réclamation. Je déclare que l'information est véridique et exacte. Je comprends qu'une fausse réclamation peut constituer une infraction criminelle.**

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE

Déclaré en ma présence à \_\_\_\_\_ : à \_\_\_\_\_  
(ADRESSE MUNICIPALE ET/OU NUMÉRO DE CASE POSTALE) (VILLE OU AUTRE ENDROIT)

dans la province/le territoire de/du \_\_\_\_\_, en ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ (mois), \_\_\_\_\_ (année).

\_\_\_\_\_  
**COMMISSAIRE, JUGE DE PAIX OU NOTAIRE**

**NOTE:** Lorsque vous envoyez cette réclamation à la CSIT, vous devez l'accompagner de copies de vos certificats de mariage et de naissance, de même que du certificat de naissance ou de baptême de chaque enfant.

Si vous aimeriez avoir de l'aide pour remplir ce formulaire ou avoir plus d'information, communiquez avec l'un des bureaux énumérés ci-dessous.  
Siège social : C.P. 8888 • Yellowknife, NT X1A 2R3 • Téléphone : (867) 920-3888 • Sans frais : 1-800-661-0792 • Télécopieur : (867) 873-4596 • Télécopieur sans frais : 1-866-277-3677

ou  
C.P. 669 • Iqaluit, NU X0A 0H0 • Téléphone : (867) 979-8500 • Sans frais : 1-877-404-4407 • Télécopieur : (867) 979-8531 • Télécopieur sans frais : 1-866-979-8501

**www.wscn.nt.ca • www.wscn.nu.ca**

This form is available in English.  
C'au. n'ni'ul' d'ad'a'p'is' Δe'nd'.  
Taanna tatatiriilik atuinnuunauvuq Inuktitut.