

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 :
