|  |
| --- |
| Direction de la santé, des affaires sociales et de l’intégration Office de l’intégration et de l’action sociale Division Aide aux victimes  |
|
|

Aide aux victimes :

demande de prestations financières

Vous souhaitez déposer une demande de prestations financières auprès de l’autorité cantonale chargée de l’aide aux victimes. Il peut s’agir d’une

* **contribution aux frais pour l’aide à plus long terme fournie par un tiers,**
* **indemnisation,**
* **réparation morale.**

Afin que nous puissions traiter votre requête dans les meilleurs délais, nous vous prions de remplir entièrement et précisément le présent formulaire. Vos réponses seront traitées de manière confidentielle. Les données générales (points 1 et 2) doivent être indiquées pour chaque requête. Les informations spécifiques (point 3) sont à préciser selon la demande. Vous pouvez soit imprimer le questionnaire et le remplir à la main, soit le compléter en ligne puis l’imprimer (n’oubliez pas de le sauvegarder sur votre ordinateur si vous souhaitez interrompre la rédaction et reprendre plus tard).

Veuillez ensuite le retourner accompagné des annexes requises, dûment **daté et signé**, à l’adresse suivante :

**Direction de la santé, des affaires sociales et de l’intégration du canton de Berne**

**Office de l’intégration et de l’action sociale**

**Division Aide aux victimes**

**Rathausplatz 1**

**Case postale**

**3000 Berne 8**

Les centres de consultation LAVI vous conseillent et vous soutiennent gratuitement dans ces démarches.

Vous trouverez de plus amples informations sur l’aide aux victimes d’infractions dans le canton de Berne (y c. la liste des centres de consultation) sur Internet : www.dssi.be.ch > Thèmes > Social > [Aide aux victimes d’infractions](https://www.gsi.be.ch/fr/start/themen/soziales/opferhilfe.html).

1. Informations concernant la personne requérante[[1]](#footnote-2)

La personne présentant la demande est

[ ]  la victime elle-même

[ ]  un·e proche de la victime[[2]](#footnote-3), à savoir :

* 1. Données personnelles

|  |  |
| --- | --- |
| Nom |       |
| Prénom |       |
| Rue / n° |       |
| NPA / lieu |       |
| Adresse de correspondance | [ ]  Identique à l’adresse de résidence[ ]  Autre :       |
| Tél. privé |       |
| Tél. professionnel |       |
| Adresse électronique |       |
| Date de naissance |       |
| Nationalité |       |
| Profession |       |

* 1. Représentation

La personne requérante

[ ]  n’est pas représentée

[ ]  est représentée (p. ex par ses parents[[3]](#footnote-4), un·e avocat·e) :

**🡺 Joindre la procuration[[4]](#footnote-5) ou l’acte de nomination[[5]](#footnote-6)**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom |       |
| Prénom |       |
| Rue / n° |       |
| NPA / lieu |       |
| Téléphone |       |
| Adresse électronique |       |

* 1. Avez-vous pris contact avec un centre de consultation LAVI ?

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Non[ ]  Si oui, avec lequel ? |       |
| Interlocutrice ou interlocuteur |       |

1. Infraction / auteur de l’infraction

|  |  |
| --- | --- |
| * 1. Lieu (ville et canton)
 |       |
| * 1. Date
 |       |
| * 1. Déroulement de l’infraction

      |
| * 1. Auteur de l’infraction (s’il est connu)
 |  |
| Nom |       |
| Prénom |       |
| Rue / n° |       |
| NPA / lieu |       |
| Date de naissance |       |

* 1. Une plainte pénale a-t-elle été déposée ou une procédure pénale a-t-elle été engagée ?

[ ]  Non

[ ]  Oui

|  |  |
| --- | --- |
| Si oui : [ ]  Auprès de (police, ministère public, tribunal,  lieu) : |      🡺 **Joindre les justificatifs de la procédure pénale** |
| [ ]  Procédure close🡺 **Joindre le jugement** |
| Avez-vous fait valoir des prétentions financières contre l’auteur de l’infraction lors de la procédure pénale ?[ ]  Oui[ ]  Si non, pourquoi pas ?       |

* 1. Conséquences de l’infraction pour la personne requérante
	(situation actuelle, conséquences de l’infraction au niveau matériel, médical, psychologique, besoin de protection, etc.)

|  |
| --- |
|       |

1. Demandes
	1. Demande de contribution aux frais pour l’aide à plus long terme fournie par un tiers

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  **Frais d’avocat**[[6]](#footnote-7) pour |  |
| [ ]  la procédure pénale |  |
| [ ]  la consultation relative aux assurances sociales |  |
| [ ]  la consultation relative à la responsabilité civile |  |
| [ ]  la procédure de l’aide aux victimes (en cas de  demandes d’indemnisation ou de réparation morale)[[7]](#footnote-8) | [ ]  Forfait[ ]  Note d’honoraires |
| [ ]  Frais de **psychothérapie**[[8]](#footnote-9)🡺 **Joindre le rapport de thérapie**[[9]](#footnote-10) (formulaire 1) | Nom thérapeute :       |
| [ ]  **Autre(s) thérapie(s)**🡺 **Joindre le rapport de thérapie**[[10]](#footnote-11) (formulaire 3a ou 3b) | À savoir :      Nom thérapeute :       |
| [ ]  **Frais médicaux**  | Montant en francs :      À savoir :      Nom médecin:       |
|  |  |
| [ ]  **Logement d’urgence** (p. ex. maison d’accueil pour femmes, hôtel, mais d’accueil pour hommes) | Montant en francs :      Adresse :      Durée (préciser les dates) :      Nombre d’adulte(s) :      Nombre d’enfant(s) :       |
| [ ]  **Contribution à l’entretien** | Montant en francs :      Durée (préciser les dates) :      Motif :       |
| [ ]  **Autres frais** (p. ex. déplacement, traduction,frais de déménagement ou de protection) | Montant en francs :      À savoir :       |
| **🡺 Joindre les justificatifs et les factures pour chaque prestation demandée** |
| Remarques complémentaires : |       |

* 1. Demande d’indemnisation
		1. Demande à titre provisionnel

[ ]  La demande d’indemnisation est déposée à titre provisionnel pour garantir le respect du délai de
 péremption et sera chiffrée ultérieurement.

|  |  |
| --- | --- |
| Justification obligatoire : |       |

* + 1. Indemnisation

|  |
| --- |
| Un jugement a-t-il été prononcé concernant l’indemnisation ? |
| [ ]  Oui**🡺 Joindre le jugement** | Jugement du :      Montant en francs :       |
| [ ]  Oui, mais**🡺 Joindre le jugement** | [ ]  Le tribunal a rejeté le droit à l’indemnisation.[ ]  Le tribunal a renvoyé à agir par la voie civile. |
| [ ]  Non | [ ]  Procédure pénale encore pendante.[ ]  Aucune demande n’a été déposée. Motif :       |
| Montant de l’indemnisation demandée  |       francs |
| Pour les postes suivants :[ ]  Perte de gain |       francs |
| [ ]  Frais d’ensevelissement |       francs |
| [ ]  Perte de soutien |       francs |
| [ ]  Autres dommages :       |       francs |
| **Montant total** |       francs |
| 🡺 **Joindre les justificatifs et les factures pour chacun des postes mentionnés ci-dessus** |
| Justification : |       |

* + 1. Provision

A remplir uniquement en cas de demande de provision pour indemnisation.

Après un examen sommaire de la demande d’indemnisation, une provision est accordée à la victime lorsque cette dernière a besoin d’une aide pécuniaire d’urgence et lorsqu’il n’est pas possible de déterminer dans un bref délai, avec une certitude suffisante, les conséquences de l’infraction[[11]](#footnote-12).

|  |  |
| --- | --- |
| Montant de la provision demandée |       francs |
| Justification obligatoire : |       |

* 1. Demande de réparation morale
		1. Demande provisoire

[ ]  La demande de réparation morale est déposée à titre provisionnel pour garantir le respect du délai
 de péremption et sera chiffrée ultérieurement

* + 1. Réparation morale

|  |
| --- |
| Un jugement a-t-il été prononcé concernant la réparation ? |
| [ ]  Oui**🡺 Joindre le jugement** | Jugement du :      Montant en francs :       |
| [ ]  Oui, mais**🡺 Joindre le jugement** | [ ]  La demande de réparation morale a été rejetée.[ ]  Le tribunal a renvoyé à agir par la voie civile. |
| [ ]  Non | [ ]  Procédure pénale encore pendante.[ ]  Aucune demande n’a été déposée. Motif :       |
| Montant de la réparation demandée |       francs |
| Justification[[12]](#footnote-13) : |       |

🡺 **(Joindre le rapport de la ou du médecin / de la ou du thérapeute[[13]](#footnote-14))**

1. Prestations de l’auteur de l’infraction ou de tiers (subsidiarité)
	1. Auteur de l’infraction

|  |  |
| --- | --- |
| Avez-vous fait part de vos prétentions à l’auteur de  | l’infraction[[14]](#footnote-15) ? **🡺 Joindre les justificatifs** |
| [ ]  Si oui, comment ? |       |
| [ ]  Si non, pourquoi pas : |       |
| L’auteur de l’infraction a-t-il déjà versé des prestations ? |
| [ ]  Si oui, pour quoi et quel montant : |       |
| [ ]  Si non, pourquoi ne paie-t-il pas : |       |

* 1. Prestations de tiers (frais d’avocat)
		1. Assistance judiciaire gratuite

|  |  |
| --- | --- |
| Avez-vous demandé des prestations d’assistance judiciaire gratuite ?  | **🡺 Joindre les justificatifs** |
| [ ]  Oui, les prestations ont été accordées. [ ]  Oui, mais les prestations ont été refusées. [ ]  Oui, mais la demande est encore pendante. |
| [ ]  Si non, pourquoi ?       |

* + 1. Assurance de protection juridique

|  |
| --- |
| Disposez-vous d’une assurance de protection juridique ? |
| [ ]  Si oui, préciser :**🡺 Joindre les justificatifs** |       |
| [ ]  Non |  |
| En l’espèce, l’assurance de protection juridique vous a-t-elle déjà versé des prestations ? |
| [ ]  Si oui, quel montant ? |       francs **🡺 Joindre les justificatifs** |
| [ ]  Si non, pourquoi ? | [ ]  La procédure auprès de l’assurance de  protection juridique n’est pas encore close.[ ]  La demande a été refusée.  **🡺 Joindre les justificatifs**[ ]  Aucune demande n’a été déposée. Motif :       |

* 1. Caisse-maladie

|  |  |
| --- | --- |
| Auprès de quelle caisse-maladie êtes-vous assuré·e pour l’assurance de base : |       |
| Avez-vous une assurance complémentaire ? **🡺 Joindre les polices d’assurance** |
| [ ]  Si oui, auprès de quelle caisse : |       |
| [ ]  Non |  |
| La caisse-maladie ou l’assurance complémentaire vous ont-elles déjà versé des prestations en l’espèce ? |
| [ ]  Si oui, quel montant ? |       francs **🡺 Joindre les justificatifs** |
| [ ]  Si non, pourquoi ? | [ ]  La procédure auprès de la caisse- maladie ou l’assurance complémentaire  n’est pas encore close.[ ]  La demande a été refusée.  **🡺 Joindre les justificatifs**[ ]  Aucune demande n’a été déposée. Motif :       |

* 1. Assurance-accidents

|  |  |
| --- | --- |
| Auprès de quelle assurance-accidents êtes-vous assuré·e : |       |
| Numéro de police d’assurance : |       |
| En l’espèce, l’assurance-accidents vous a-t-elle déjà versé des prestations ? |
| [ ]  Si oui, quel montant ? |       francs **🡺 Joindre les justificatifs** |
| [ ]  Si non, pourquoi ?  | [ ]  La procédure auprès de l’assurance- accidents n’est pas encore close.[ ]  La demande a été refusée.  **🡺 Joindre les justificatifs**[ ]  Aucune demande n’a été déposée. Motif :       |

* 1. Autres assurances

|  |
| --- |
| D’autres assurances vous ont-elles déjà versé des prestations en l’espèce (p. ex. assurance-responsabilité civile, assurance-invalidité, assurance-chômage, assurance-vie, prestations complémentaires) ? |
| [ ]  Non |  |
| [ ]  Si oui, par quelle assurance :Pour quel motif et quel montant : |                 francs **🡺 Joindre les justificatifs** |
| Les prestations demandées auprès d’une autre assurance ont-elles été refusées ? |
| [ ]  Si oui, par quelle assurance ? |       **🡺 Joindre les justificatifs** |

* 1. Centre de consultation (aide immédiate)

|  |
| --- |
| Un centre de consultation LAVI a-t-il déjà versé des prestations en l’espèce ? |
| [ ]  Non |  |
| [ ]  Si oui, nom du centre :Pour quel motif et quel montant : |                 francs **🡺 Joindre les justificatifs** |

1. Situation personnelle

Le montant des prestations d’aide aux victimes (prestations à titre de réparation morale exceptées) dépend de la situation financière de la personne requérante et, en règle générale, de celles qui vivent avec elle. C’est la raison pour laquelle sa situation doit être clarifiée.

* 1. État civil

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  célibataire | [ ]  marié·e | [ ]  partenaire enregistré·e |
| [ ]  concubin·e depuis :       | [ ]  veuve / veuf | [ ]  séparé·e / divorcé·e |

* 1. Effectuez-vous une première formation ?

[ ]  Oui

[ ]  Non

* 1. Faites-vous ménage commun avec d’autres personnes ?

[ ]  Oui

[ ]  Non

Personne(s) avec qui vous vivez :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nom | Prénom | Date de naissance (jj/mm/aaaa) | Première formation |
| Épouse ou époux |       |       |       | [ ]  |
| Partenaire enregistré·e |       |       |       | [ ]  |
| Concubin·e |       |       |       | [ ]  |
| Parents |       |       |       | [ ]  |
| Enfant 1 |       |       |       | [ ]  |
| Enfant 2 |       |       |       | [ ]  |
| Enfant 3 |       |       |       | [ ]  |
| Enfant 4 |       |       |       | [ ]  |
| Frère(s) et sœur(s) |       |       |       | [ ]  |
| Frère(s) et sœur(s) |       |       |       | [ ]  |
| Autre(s) personne(s) |       |       |       | [ ]  |

1. Coordonnées bancaires ou postales

|  |
| --- |
| Les prestations d’aide aux victimes à l’intention de la personne requérante doivent être versées sur le compte suivant : |
| N° de compte postal ou bancaire |       |
| Nom et adresse de la banque |       |
| IBAN |       |
| Titulaire du compte |       |

|  |
| --- |
| Les prestations d’aide aux victimes (frais d’avocat) doivent être versées sur le compte suivant : |
| N° de compte postal ou bancaire |       |
| Nom et adresse de la banque |       |
| IBAN |       |
| Titulaire du compte |      **🡺 Joindre le bulletin de versement** |

1. Renseignements et signature
	1. Renseignements

|  |
| --- |
|       (nom, prénom de la personne requérante), né·e le      , |
| (ou sa / son représentant·e légal·e) autorise les assurances sociales et privées concernées (assurance-accidents, assurance-invalidité et assurance-maladie), la caisse de compensation chargée de verser les prestations complémentaires, les autorités fiscales, les services sociaux ainsi que les autorités de protection de l’enfant et de l’adulte à fournir à l’Office de l’intégration et de l’action sociale (OIAS) les documents et informations indispensables à l’examen des prétentions et du droit à des prestations dans la procédure de l’aide aux victimes. |
|       |       |
| (Lieu et date) | (Signature de la personne requérante ou de sa / son représentant·e légal·e) |

* 1. Signature

La personne soussignée a pris connaissance du fait que l’OIAS est habilité, si le traitement de l’affaire le nécessite, à consulter les dossiers de la police, des autorités d’instruction et des tribunaux[[15]](#footnote-16).

La personne soussignée certifie avoir rempli le présent formulaire de manière véridique et a pris connaissance du fait qu’elle peut être tenue de fournir à l’OIAS d’autres informations et documents dont ce dernier pourrait avoir besoin pour statuer sur la demande. En cas de non-respect de l’obligation de collaborer, aucune prestation n’est accordée.

|  |  |
| --- | --- |
|       |       |
| (Lieu et date) | (Signature de la personne requérante ou de sa / son représentant·e légal·e) |

1. Copies

|  |
| --- |
| La personne soussignée consent |
| [ ]  à ce que des **copies** de la garantie de participation aux frais de psychothérapie soient transmises au personnel thérapeutique compétent. | [ ]  à ce que des **copies** de la garantie de participation aux frais et de la décision soient envoyées au centre de consultation compétent (voir point 1.3). |

1. Documents requis

|  |  |
| --- | --- |
| **Obligatoire (pour toutes les prestations)** | **En complément en cas de demandes d’indemnisation et d’aide à plus long terme fournie par un tiers**  |
| [ ]  Procuration (de l’avocat·e ou d’une autre  personne habilitée) ou acte de nomination de  la curatrice ou du curateur | [ ]  Dernière décision de taxation fiscale définitive de  la personne requérante (pas la déclaration  d’impôt) **et** |
| [ ]  Plainte pénale ou jugement pénal | [ ]  Dernière décision de taxation fiscale définitive de  l’épouse ou de l’époux, de la concubine ou du  concubin ou des parents[[16]](#footnote-17) |
| [ ]  Rapport du ou de la médecin, de l’hôpital et  du ou de la thérapeute | [ ]  **Ou** justificatifs concernant le revenu et la fortune  actuels (trois derniers décomptes de salaire et  extraits de compte bancaire)[[17]](#footnote-18) |
| [ ]  Certificat médical relatif à l’incapacité  de travail | [ ]  **Ou** attestation de soutien du service social |
| [ ]  Bulletin de versement | [ ]  Polices des assurances de base et  complémentaire |
| [ ]  Justificatifs relatifs aux prestations du centre  de consultation (aide immédiate) | [ ]  Justificatifs relatifs aux prestations d’assurances  perçues |
|  | [ ]  Justificatifs relatifs aux différents postes |

1. En cas de dépôt de demandes multiples, prière de remplir un formulaire par personne. [↑](#footnote-ref-2)
2. Épouse ou époux, concubin·e, enfants, parents et autres personnes ayant une relation étroite avec la victime. [↑](#footnote-ref-3)
3. Les enfants capables de discernement peuvent déposer une demande sans représentation légale. [↑](#footnote-ref-4)
4. P. ex. procuration d’une avocate ou d’un avocat. [↑](#footnote-ref-5)
5. En cas de tutelle ou de curatelle. [↑](#footnote-ref-6)
6. La garantie de participation aux frais d’assistance juridique est en règle générale octroyée à raison de 15 heures au maximum et uniquement si l’assistance juridique n’a pas été accordée ou que celle-ci a été déclinée (art. 4, al. 1 de l’ordonnance cantonale du 28 avril 2010 sur l’aide aux victimes d’infractions, OCAVI ; RSB 326.111). [↑](#footnote-ref-7)
7. Conformément à l’article 4, alinéa 4 OCAVI, le forfait octroyé pour les dépens s’élève de 500 à 800 francs. Si les dépenses sont supérieures, il y a lieu de fournir des indications et des justificatifs sur le revenu et la fortune de la personne requérante. [↑](#footnote-ref-8)
8. Une garantie de participation aux frais est octroyée en règle générale pour 30 heures au maximum (art. 6 OCAVI). [↑](#footnote-ref-9)
9. Formulaires disponibles sous [www.dssi.be.ch](http://www.dssi.be.ch) > Prestations > Formulaires, demandes et autorisations par structure organisationnelle > Formulaires, demandes et autorisations Office de l’intégration et de l’action sociale > [Aide aux victimes d’infractions](https://www.gsi.be.ch/fr/start/dienstleistungen/formulare-gesuche-bewilligungen-organisationsstruktur/ais-formulare-gesuche-bewilligungen/opferhilfe.html). [↑](#footnote-ref-10)
10. Voir note précédente. [↑](#footnote-ref-11)
11. Article 21 de la loi fédérale du 23 mars 2007 sur l’aide aux victimes d’infractions (loi sur l’aide aux victimes, LAVI ; RS 312.5). [↑](#footnote-ref-12)
12. Description des préjudices physiques, sexuels ou psychiques subis lors de l’infraction (conséquences sur la qualité de vie). [↑](#footnote-ref-13)
13. Le rapport doit préciser le type et la gravité des lésions corporelles ou de l’atteinte à l’intégrité psychique subies et renseigner sur le traitement nécessaire de même que sur les séquelles.
Il convient en particulier de mentionner, le cas échéant, la durée de séjour à l’hôpital, de décrire le processus de guérison et d’indiquer la durée et le taux d’une éventuelle incapacité de travail. [↑](#footnote-ref-14)
14. Étant donné que la DSSI n’exige pas de poursuites, les frais y relatifs ne sont pas pris en charge. [↑](#footnote-ref-15)
15. Article 10 de la loi du 2 septembre 2009 portant introduction de la loi fédérale sur l’aide aux victimes d’infractions (LiLAVI ; RSB 326.1). [↑](#footnote-ref-16)
16. Décision de taxation fiscale des parents de la personne requérante, à condition qu’ils vivent sous le même toit et que
 cette dernière soit mineure ou accomplisse une première formation. [↑](#footnote-ref-17)
17. Dans la mesure où les données diffèrent de celles figurant dans la décision de taxation fiscale actuelle. [↑](#footnote-ref-18)