

نموذج طلب التعويض كما هو منصوص عليه أمام لجنة تعويض التجارب النووية الفرنسية

بموجب القانون رقم 2-2010 المؤرخ في 5 يناير/كانون الثاني 2010 وتعديلاته

يجب إرسال هذا النموذج والمستندات المطلوبة بخطاب مسجل مع إشعار الاستلام

إلى لجنة تعويض ضحايا التجارب النووية

101, rue de Grenelle 75 007 PARIS

يجب إكمال هذا النموذج باللغة الفرنسية

نحن هنا لمساعدتك

يمكنك الاتصال بوكيل CIVEN عبر الهاتف، من الاثنين إلى الجمعة من 9 صباحًا إلى 12 ظهرًا ومن 1:30 ظهرًا إلى 4:30 مساءً (بتوقيت العاصمة)، يرجى الاتصال على الأرقام التالية:

➤ 01 42 75 72 30 (من العاصمة)

➤ (00) 33 1 42 75 72 30 (ما وراء البحار ومن الخارج)

تخضع المعلومات المجمعة للمعالجة الحاسوبية بهدف فحص مطالبات التعويض المقدمة من ضحايا التجارب النووية. تُستخدم البيانات من قبل أعضاء لجنة تعويض ضحايا التجارب النووية والذين يقومون بتصفية التعويضات.

وفقًا لقانون "المعلوماتية والحريات" الصادر في 6 يناير/كانون الثاني 1978 وتعديلاته، يحق لك الوصول إلى المعلومات التي تهتمك وتصحيحها، وهو ما يمكنك ممارسته من خلال الاتصال بأمانة لجنة تعويض ضحايا التجارب النووية – 101, rue de Grenelle 75 007 PARIS

وفقًا للمادة 13 من اللائحة (الاتحاد الأوروبي) 679/2016 من 16/04/27 المتعلقة بحماية الأفراد فيما يتعلق بمعالجة البيانات الشخصية وحرية حركة هذه البيانات، فإن الشخص المسؤول عن العلاج هو لجنة تعويض ضحايا التجارب النووية (CIVEN). البيانات التي تم جمعها في هذا النموذج مخصصة فقط للجنة تعويض ضحايا التجارب النووية (CIVEN).

للاتصال بمسؤول حماية البيانات (DPD) أو ممارسة حقك في الوصول إلى البيانات المتعلقة بك، يمكنك الاتصال بنا عبر البريد على العنوان التالي:

لجنة تعويض ضحايا التجارب النووية - لعناية مسؤول حماية البيانات 101, rue de Grenelle 75 007 PARIS

أو عبر البريد الإلكتروني إلى: secretariat@civen.fr

السيد <input type="checkbox"/> السيدة <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> أرمل <input type="checkbox"/> شريك مدنيًا <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> شريك/ أعزب <input type="checkbox"/>	العنوان البريدي/صندوق البريد: المدينة: الرمز البريدي: رقم الهاتف: البريد الإلكتروني (مهم للتواصل معك بسهولة):	الحالة الاجتماعية:
	اسم المستخدم (أو الزوجة) الاسم قبل الزواج الاسم الأول تاريخ الميلاد محل الميلاد المدينة: رقم القسم: جزيرة أو جزيرة مرجانية:	
صلة القرابة مع الضحية (أم، أب، أخت...) صلة القرابة مع الضحية (أم، أب، أخت...)		

السيد <input type="checkbox"/> السيدة <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> أرمل <input type="checkbox"/> شريك مدنيًا <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> شريك/ أعزب <input type="checkbox"/>	العنوان البريدي/صندوق البريد: المدينة: الرمز البريدي:	الحالة الاجتماعية:
	اسم المستخدم (أو الزوجة) الاسم قبل الزواج الاسم الأول تاريخ الميلاد محل الميلاد المدينة / الجزيرة أو جزيرة مرجانية: الرمز البريدي:	
تاريخ الوفاة رقم الضمان الاجتماعي أو CPS		

	<p>ممثّل (ممثّل قانوني، محام أو جمعية، اختياري)</p>
<p>الشارع:</p> <p>عنوان إضافي:</p> <p>صندوق بريد:</p> <p>الرمز البريدي:</p> <p>جزيرة أو جزيرة مرجانية:</p>	<p>معلومات الاتصال بالممثّل</p>
<p>اسم العائلة:</p> <p>الاسم الأول:</p> <p>الشارع:</p> <p>عنوان إضافي:</p> <p>صندوق بريد:</p> <p>الرمز البريدي:</p> <p>جزيرة أو جزيرة مرجانية:</p> <p>رقم الهاتف: العنوان البريدي:</p>	<p>بيانات المتصل، يرجى تحديد الرابط مع مقدم الطلب (على سبيل المثال: البلدية، صديق، عامل اجتماعي، عائلة)</p>

<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>المرض (الأمراض) الذي تم تقديم الطلب من أجله</p>
<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>تواريخ التشخيصات</p>
<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>المؤسسات الطبية التي يقدم فيها العلاج</p>

أكمل فقط الحالة (الحالات) التي كان المعني بها:

1. لم يسبق له العمل مطلقاً في مركز تجارب المحيط الهادئ (املأ المربع أدناه فقط)

البلدية/جزيرة مرجانية	العنوان/صندوق البريد/الرمز البريدي	تاريخ الانتهاء	تاريخ البدء	عناوين الإقامة أثناء التجارب النووية
			من 2 يوليو/تموز 1966	
		1998/12/31		

إذا كان المتوفى يعمل في مركز تجارب المحيط الهادئ (الجيش أو CEA أو شركة متعاقدة من الباطن) يرجى إكمال الصفحة التالية

	<p>الموظفون المدنيون/السكان المقيمون</p> <p><input type="checkbox"/> موظف بوزارة القوات المسلحة</p> <p><input type="checkbox"/> موظف في CEA</p> <p><input type="checkbox"/> صاحب العمل (أصحاب العمل) الآخرين (وخاصة الشركة المتعاقدة من الباطن مع CEA):</p>	<p>صاحب العمل أثناء التجارب النووية</p>
	<p>الأفراد العسكريون</p> <p><input type="checkbox"/> القوات البرية</p> <p><input type="checkbox"/> القوات الجوية</p> <p><input type="checkbox"/> القوات البحرية</p>	

البلدية/جزيرة مرجانية	وحدة التكليف	أماكن المهمة (موقع الاختبار، المبنى الأساسي،...)	تاريخ الانتهاء	تاريخ البدء	مهامهم خلال التجارب النووية
				من 2 يوليو/تموز 1966	
			1998/12/31		

تفاصيل مهامهم خلال التجارب النووية	
---------------------------------------	--

3. أن يكون قد قام بنشاط مهني في الصحراء بمركز التجارب بالواحة (عين إيكرو) و/أو بالمركز الصحراوي للتجارب العسكرية (رقان) (املأ الخانة أدناه فقط)

<p>الأفراد العسكريون</p> <p><input type="checkbox"/> القوات البرية</p> <p><input type="checkbox"/> القوات الجوية</p>	<p>صاحب العمل أثناء التجارب النووية</p>
<p>الموظفون المدنيون</p> <p><input type="checkbox"/> موظف بوزارة القوات المسلحة</p> <p><input type="checkbox"/> موظف في CEA</p> <p><input type="checkbox"/> أصحاب العمل الآخرون (ولا سيما CEA المتعاقد من الباطن):</p>	

وحدة التكلفة	موقع الاختبار (رقان أو عين إيكرو)	تاريخ الانتهاء	تاريخ البدء	<p>مهامهم أثناء التجارب النووية فقط</p>
			<p>من</p> <p>1960/02/13</p>	
		1967/12/31		

<p>تفاصيل مهامهم خلال التجارب النووية</p>	
---	--

أشهد بأن المعلومات المقدمة في هذا النموذج دقيقة.

من خلال التوقيع على هذا النموذج، تم إبلاغي بأن المعلومات التي تظهر هناك سيتم إدخالها في تطبيق كمبيوتر مخصص لاستخدامه لمعالجة طلبي من قبل موظفي لجنة تعويض ضحايا التجارب النووية (CIVEN).

تم يومبتاريخ.....

توقيع مقدم الطلب

المستندات التي سيتم إرفاقها الزامية

المستندات المتعلقة بالمستفيد

- نسخة من بطاقة الهوية الوطنية (من الجهتين) أو جواز السفر ساري المفعول (بترجمة محلفة للمواطنين الأجانب)
- نسخة من دفتر قيد العائلة المحدث موضحًا به صلة المتوفى (دار البلدية)
- شهادة موثقة (فقط إذا كانت في حوزتك بالفعل).

لمواطني الجزائر:

- عقد الفريضة (للمواطنين الجزائريين).

وثائق متعلقة بالمتوفى

- نسخة من دفتر سجل العائلة المحدث (وإثبات PACS، والمعاشرة، ...)،
- شهادة الوفاة
- شهادات رسمية للإقامة خلال فترة التجارب النووية الفرنسية (دار البلدية) أو الشهادات،
- شهادة فردية مع ترجمة محلفة (للمواطنين الجزائريين)،

الوظيفة

- السجل الوظيفي و/أو أي وثيقة رسمية تشير إلى اسم وعنوان أصحاب العمل، والمهام التي قمت بها أثناء التجارب (شهادات أو شهادات من أصحاب العمل أو عقود العمل أو قوائم الدفع أو المستندات الداعمة من صندوق التقاعد...).

بالنسبة للعسكريين:

- حالة التعريف والخدمات ونسخة من الكتيب الطبي العسكري.

المرض

- التقرير التشريحي المرضي (التشخيص الدقيق) وجميع الوثائق الطبية التي بحوزتك والتي تصف الطبيعة الدقيقة للمرض (الأمراض) فيما يتعلق بالتجارب النووية (مع ترجمة محلفة إذا لزم الأمر للمواطنين الأجانب)،
- الشهادات الطبية،
- تقارير الاستشفاء،
- تقارير الفحوصات المتخصصة - لا ترفق صور الأشعة، فقط التقارير.

تعويضات أخرى

- أي وثيقة داعمة تتعلق بمعاش العجز العسكري أو إعلان عن مرض مهني مرتبط بالحالة المعنية.

أي معلومات أخرى ترون أنه مهم إحالتها إلى أعضاء اللجنة.

معلومات اتصال مفيدة

المفوضية العليا للجمهورية في بولينيزيا الفرنسية

87.78.01.64 و +689/ 40.46.87.00 - هاتف: 43 avenue Pouvana'a a Oopa - BP 115 - 98713 Papeete
من الاثنين إلى الخميس من 7:30 صباحًا إلى 11:30 صباحًا ومن 1:30 ظهرًا إلى 4:00 مساءً؛ الجمعة من 7:30 صباحًا إلى 11:30 صباحًا ومن 1:30 ظهرًا إلى 3:00 مساءً

saitg-loimorin@polynesie-francaise.pref.gouv.fr

مركز بولينيزيا الفرنسية الطبي للمتابعة

+689/ 40 46 01 97 - هاتف: Rue des Poilus tahitiens - BP 611 - 98 713 Papeete Tahiti
الاثنين/الثلاثاء والخميس من 6:30 صباحًا إلى 12:00 ظهرًا ومن 1:30 ظهرًا إلى 4:30 مساءً؛ الأربعاء والجمعة من الساعة 6:30 صباحًا حتى الساعة 12:30 ظهرًا.

السفارة الفرنسية بالجزائر / خدمة المحاربين القدامى بالجزائر العاصمة

BP 61 - 16035 Hydra Alger - هاتف: 0770 80 00 82 / 0550 90 06 28 / 0661 59 10 10