

Centre LAVI de Genève
Bd St-Georges, 72
1205 Genève
Tél. 022 / 320 01 02
Email : compta@centrelavi-ge.ch
Site : www.centrelavi-ge.ch

AIDE AUX VICTIMES D'INFRACTIONS

Demande de prestations financières d'aide à plus long terme pour frais médicaux et/ou de psychothérapie

Afin de traiter votre requête dans les meilleurs délais, merci de compléter ce formulaire qui rassemble les informations nécessaires à l'examen de la demande.

Les données seront traitées de **manière confidentielle**.

Rappel des conditions d'octroi d'une aide à plus long terme portant sur la prise en charge de frais :

1.- Qualité de victime LAVI (art. 1 LAVI)

- Infraction pénale
- Atteinte directe à l'intégrité physique, psychique ou sexuelle, d'une certaine gravité
- Lien de causalité naturelle et adéquate entre l'infraction et l'atteinte

2.- Subsidiarité (art. 4 LAVI)

3.- Nécessité / adéquation / proportionnalité de la demande (art. 13 al. 2 et 14 al. 1 LAVI, et jurisprudence du TF)

4.- Prise en compte de la situation financière de la victime et de ses proches (art. 6 et 16 LAVI ; art. 1 à 3 OAVI)

Veuillez nous retourner le présent formulaire complété¹, dûment **daté et signé**, accompagné de toutes les pièces justificatives à l'adresse suivante :

**Centre LAVI
72 Boulevard St-Georges
1205 GENEVE**

ou par mail à

compta@centrelavi-ge.ch

1. Frais médicaux et/ou de psychothérapie

1.1 Séances de psychothérapie ou type de frais médicaux²

Nombre de séances de psychothérapie demandées :

Nom du/de la thérapeute :

Formation du/de la thérapeute :

¹ Vous trouverez de plus amples informations sur l'aide aux victimes d'infractions dans le canton de Genève sur Internet : <http://centrelavi-ge.ch/index.php/aides-financieres/> vous pouvez soit l'imprimer et remplir à la main, soit le remplir en ligne puis l'imprimer (sans oublier de le sauvegarder sur votre ordinateur si vous souhaitez interrompre la rédaction et la reprendre plus tard).

² Une garantie de participation aux frais est octroyée en règle générale par tranche de 10 séances au maximum.

Le/la thérapeute est reconnu par la LAMal : ☐ oui ☐ nonLes séances sont remboursées : ☐ oui ☐ non☐ Par les assurances complémentaires maladie☐ Par les assurances accidents (suva, LAA, etc.)☐ Par l'assurance maladie de base, délégation avec le Dr.☐ Autre :

Type de frais médicaux :

Montant des frais médicaux :

Le traitement est-il : ☐ encore en cours ☐ terminé

→ Joindre l'Annexe 3 complétée.

→ Joindre un rapport du/de la thérapeute (Rapport à compléter en Annexe 4).

→ Joindre les documents demandés au point 5.

2. Informations concernant la personne requérante

La personne présentant la demande est :

☐ La victime elle-même☐ Un-e proche de la victime³, à savoir :

2.1 Données personnelles

Nom

Prénom

Rue/n°

NPA

Lieu

Tél. mobile

Courriel

Date de naissance

Nationalité

Permis⁴ :☐ Non☐ Oui

Type de permis

Exercez-vous une activité professionnelle ?

☐ Non☐ OuiSi oui, en tant que : ☐ salarié-e☐ indépendant-e

Si non :

☐ En formation☐ Chômage☐ HG ou autre aide sociale☐ AVS/AI☐ Sans activité salariée

³ Mari / femme, concubin-e, enfants, parents et autres personnes ayant une relation étroite avec la victime.

⁴ La détention d'un permis valable n'est pas nécessaire pour obtenir une aide financière du Centre LAVI.

2.2 Situation personnelle de la personne requérante

La contribution financière octroyée par le Centre LAVI 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 votre situation personnelle doit être détaillée.

2.2.1 Quel est votre état civil ?

- ☐ Célibataire
 ☐ Marié·e
 ☐ En partenariat enregistré
☐ Veuf/veuve
 ☐ Séparé·e / divorcé·e
 ☐ En concubinage

2.2.2 Faites-vous ménage commun avec d'autres personnes⁵ (enfants, parents etc.)?

- ☐ Non (passez directement au point 3)
 ☐ Oui (remplissez le tableau ci-dessous)

Nom	Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Situation ⁶

2.3 Situation financière de la personne requérante

Afin de pouvoir évaluer votre situation financière, veuillez **joindre au présent formulaire les documents suivants** (veuillez cocher les documents transmis) :

- ❖ Le **dernier avis de taxation fiscale** (impôts), comprenant toutes les feuilles relatives aux revenus et à la fortune de toutes les personnes faisant ménage commun⁷ :
 - ☐ de la personne requérante **et**
 - ☐ de l'époux/épouse, du/de la partenaire enregistré·e ou du/de la concubin·e vivant avec la personne requérante **et**
 - ☐ des parents de la personne victime, **à condition qu'elle vive sous le même toit et qu'elle soit encore à la charge des parents.**
- ❖ Les trois dernières fiches de salaire⁸ de toutes les personnes faisant ménage commun :
 - ☐ de la personne requérante **et**
 - ☐ de l'époux/épouse, du/de la partenaire enregistré·e ou du/de la concubin·e vivant avec la personne requérante **et**
 - ☐ des parents de la personne victime, **à condition qu'elle vive sous le même toit et qu'elle soit encore à la charge des parents.**

⁵ Le concubinage (ménage commun) est considéré comme stable dès lors qu'il perdure depuis deux ans au moins ou lorsque les partenaires vivent avec un enfant commun).

⁶ Merci d'indiquer si la personne est étudiant·e, apprenti·e, salarié·e, chômeur·euse, autre

⁷ Si la personne requérante fait ménage commun avec d'autres personnes, les données financières de chacune d'elles sont à fournir : époux/épouse, partenaire enregistré(e), concubin(e), père/mère. Si la personne requérante est mineure ou en formation, veuillez fournir ses revenus ainsi que ceux de ses père et mère avec lesquels elle vit en ménage commun (art. 2 OAVI).

⁸ Si vous êtes indépendant·e veuillez fournir vos comptes d'exploitation et votre dernier bilan.

❖ **Les justificatifs concernant le revenu et la fortune actuels**

- ☐ Attestation(s) de rentes, indemnités journalières ou allocations en matière de chômage, AVS, AI, SPC ou autres (LPP, LAA, etc.)
- ☐ Allocations familiales
- ☐ Attestation du versement de contribution d'entretien (du dernier mois)
- ☐ Relevés bancaires des 3 derniers mois
- ☐ Acte d'achat d'un bien immobilier
- ☐ Solde de la dette du bien immobilier à payer

Si vous êtes **tributaires de l'aide sociale**, veuillez joindre au présent formulaire :

- ☐ **Attestation d'aide financière d'un service social** (Hospice général à Genève)
- ☐ En cas d'avance d'un service social dans l'attente de la réponse à une demande d'Assurance Invalidité, veuillez fournir également les **documents relatifs à la fortune**.

**Les documents ci-dessus sont indispensables pour que le Centre LAVI puisse analyser votre droit à la prise en charge des frais à long terme que vous sollicitez.
Pour cette raison, nous ne pourrions pas traiter votre demande avant d'avoir reçu l'intégralité des documents.**

3. Renseignements

Je soussigné·e (*Nom, prénom de la personne requérante ou son/sa représentant·e légal·e*),

né·e le 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 au Centre LAVI de Genève 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 son/sa représentant·e légal·e)

4. Récapitulatif des documents et annexes fournies

Nous vous rappelons que le Centre LAVI ne peut se déterminer sur la possibilité de vous rembourser les frais liés à une infraction qu'une fois qu'il a reçu tous les documents nécessaires au traitement de votre demande.

Veuillez cocher, ci-dessous, les documents transmis :

Indispensables pour le calcul OAVI (selon point 3) :

- ☐ Dernier avis de taxation fiscale (impôts) de la personne requérante et de toutes les personnes faisant ménage commun⁹
- ☐ Les trois dernières fiches de salaire de la personne requérante et de toutes les personnes faisant ménage commun
- ☐ Attestation d'aide du service social
- ☐ Justificatifs concernant le revenu et la fortune actuels soit les trois derniers relevés de comptes bancaires/postaux de la personne requérante et de toutes les personnes faisant ménage commun

Selon la demande :

- ☐ Annexe 4 (rapport du/de la thérapeute)
- ☐ Autre :

⁹ Personne faisant ménage commun : de l'époux/épouse, du/de la partenaire enregistré·e ou du/de la concubin·e vivant avec la personne requérante, ainsi que des parents de la personne requérante, à condition qu'ils vivent sous le même toit et que cette dernière soit mineure ou accomplisse une formation ou sont encore à la charge du ou des parents.

ANNEXE 3

Annexe 3 : Assurances de la personne requérante

Les prestations financières accordées par la LAVI étant subsidiaires (art. 4 LAVI), le Centre LAVI de Genève n'intervient que si les frais ne peuvent pas être pris en charge par un autre organisme. Ainsi, vous devez d'abord **envoyer vos factures à l'une des assurances** sous-mentionnées selon votre situation :

- ☐ L'**assurance-accidents (LAA) de votre employeur**, si vous êtes salarié-e en remplissant une déclaration accident.
- ☐ Votre **assurance maladie et accident (Lamal)**, si vous n'avez pas d'employeur, même si vous n'avez pas d'assurance complémentaire. (La franchise non amortie et la quote-part de 10% pourraient être pris en charge par le Centre LAVI sur présentation des factures et du décompte de l'assurance).
- ☐ L'**assurance responsabilité civile (RC)** de l'automobiliste responsable si vous êtes victime d'un **accident de la route**, mais seulement si vous n'avez pas d'assurance accident privée ou professionnelle.
- ☐ Votre **caisse de compensation AVS/AI (SPC) ou autres** si vous êtes au bénéfice de prestations complémentaires AVS ou AI pour être remboursé-e selon votre quota annuel disponible à certaines conditions.

1. Assurance-accidents (LAA)

Auprès de quelle assurance-accidents êtes-vous assuré-e¹⁰ ?

L'assurance-accidents vous a-t-elle déjà remboursé tout ou partie des frais sollicités ?

☐ Si oui, quel montant ?

→ joindre les justificatifs

☐ Si non, pourquoi ?

☐ Aucune demande n'a été déposée. Pour quel motif ?

☐ La procédure auprès de l'assurance-accidents n'est pas encore close.

☐ La demande a été refusée.

→ joindre la réponse

☐ Autres motifs, à savoir :

¹⁰ En cas de doute, vous pouvez vous adresser à votre employeur, qui a l'obligation de renseigner.

2. Caisse-maladie (Lamal)

Auprès de quelle caisse-maladie êtes-vous assuré·e pour l'assurance de base ?

Quel était le montant de votre franchise annuelle (au moment de la facturation) ?

Avez-vous demandé des remboursements à votre caisse-maladie ?

☐ Oui, les prestations ont été partiellement accordées.

→ joindre les décomptes

☐ Oui, mais les prestations ont été refusées.

→ joindre la réponse

☐ Oui, mais la demande est encore pendante.

☐ Si non, pour quel motif ?

Avez-vous une **assurance complémentaire (LCA)**

☐ Non.

☐ Si oui, auprès de quelle caisse ?

☐ Si oui, leur avez-vous envoyé les factures : ☐ oui

☐ non

☐ Si oui quels ont été les prestations octroyées ?

→ joindre le(s) décompte(s)

3. Assurance responsabilité civile (RC)

L'assurance responsabilité civile de l'auteur a-t-elle été contactée ?

☐ Non

☐ Oui, mais la demande est en cours.

☐ Si oui, quel est le montant de la décision rendue ?

→ joindre la décision

4. Caisse de compensation AVS/AI (SPC) ou autres

D'autres organismes vous ont-ils déjà remboursé les frais médicaux ou de psychothérapie ?

Ex. assurance vieillesse et survivants (AVS), service des prestations complémentaires (SPC) assurance-invalidité (AI), assurance-responsabilité civile, assurance-chômage, assurance-vie, ou hospice général (HG).

☐ Non

☐ Si oui, par lequel ?

☐ Pour quoi et quel montant ?

→ joindre les justificatifs

Les prestations demandées auprès d'un autre organisme ont-elles été refusées ?

☐ Si oui, par qui ?

→ joindre les justificatifs

5. Récapitulatif des documents fournis

Nous vous rappelons que le Centre LAVI ne peut se déterminer sur la possibilité de vous rembourser les frais liés à une infraction qu'une fois qu'il a reçu tous les documents nécessaires au traitement de votre demande.

Veuillez cocher, ci-dessous, les documents transmis :

☐ **Certificat médical** des lésions

☐ **Rapport médical** ou attestation du/de la médecin, de l'hôpital

☐ **Rapport du/de la psychothérapeute**¹¹

☐ La(les) **facture(s)** relatives aux frais sollicités, avec le descriptif des prestations effectuées, triées

☐ Le(les) **décompte(s)** de de votre(vos) assurance(s) accident (LAA), maladie (Lamal), responsabilité civile (RC) ou caisse de compensation AVS/AI (SPC) d'une autre assurance privée, relatifs aux factures faisant l'objet de votre demande

☐ La(les) **preuve(s) de paiement** si vous avez déjà payé les factures

☐ **Décision complète de refus** - total ou partiel - de votre(vos) assurance(s) accident (LAA), maladie (Lamal), responsabilité civile (RC) ou caisse de compensation AVS/AI (SPC) d'une autre assurance privée

☐ Pour les frais médicaux non pris en charge par l'une ou l'autre des assurances (ostéopathie, dentiste...) ¹², **une ordonnance médicale certifiant la nécessité des soins est nécessaire.**

☐ Autres :

¹¹ Voir Annexe 4 : modèle de rapport à compléter par votre thérapeute

¹² Veuillez nous fournir un devis des soins envisagés, notamment pour les frais dentaires.

ANNEXE 4

Annexe 4 : Rapport du/de la thérapeute pour les séances de psychothérapie

Au-delà de l'aide immédiate (10 séances de psychothérapie), toute prise en charge de frais psychologiques supplémentaires doit faire l'objet d'une **demande d'aide à plus long terme**.

Pour rappel, le Centre LAVI n'intervient **que si les honoraires ne peuvent pas être pris en charge par l'assurance maladie ou accident de la victime ou par une quelconque autre assurance**.

Les prestations fournies dans le cadre de l'aide à plus long terme sont **dépendantes des revenus de la victime et/ou de ses proches**, dans les limites fixées par la LAVI (art. 6). La demande est soumise au Comité du Centre LAVI qui se réunit généralement une fois par mois.

Les garanties de prise en charge sont octroyées par tranche de 10 séances. Pour les infractions les plus graves (assassinat, meurtre, actes d'ordre sexuel sur enfants, viol, contrainte sexuelle, traite d'êtres humains, etc.), la garantie peut s'étendre jusqu'à 20 séances.

Dans cet objectif, le thérapeute, doit fournir un **rapport attestant du lien de causalité et du nombre de séances estimées nécessaires**, répondant *dans la mesure du possible* à différents critères. Nous vous remercions donc par avance de bien vouloir compléter le formulaire¹³ ci-dessous.

1. Données personnelles de la victime

Nom

Prénom

Date de naissance

Informations sur la thérapie

Début de la thérapie

Fréquence

Thérapie complémentaire :

☐ Non

☐ Oui

Situation psychique et conditions de vie de la victime avant l'infraction (selon propos rapportés par la victime) :

Brève description de l'infraction (selon propos rapportés par la victime) :

¹³ Vous pouvez soit imprimer ce formulaire et le remplir à la main, soit le remplir en ligne puis l'imprimer (sans oublier de le sauvegarder sur votre ordinateur si vous souhaitez interrompre la rédaction et la reprendre plus tard).

Impact psychologique de l'infraction subie (lien de causalité direct, symptômes, répercussions sur la vie quotidienne) :

Diagnostic(s) :

Déroulement du traitement, méthode de la thérapie, objectifs :

Pronostic et durée envisagée jusqu'à la stabilisation :

3. Coordonnées de / de la thérapeute

Nom

Prénom

Qualifications/titres

Adresse

Email¹⁴

Reconnu par la LAMal : ☐ Non ☐ Oui

(Lieu et date)

(Signature du / de la thérapeute)

¹⁴ Cela nous sera utile pour l'envoi du bon de prise en charge.

6. Levée de secret ¹⁵

Je soussigné-e, (Nom, prénom de la personne requérante ou son/sa représentant-e légal-e),

né-e le déclare par ce document délier de l'obligation de garder le secret (art. 11 LAVI) les collaboratrices et collaborateurs du Centre de consultation LAVI de Genève, afin de leur permettre de fournir à qui de droit tous les renseignements et les documents qu'ils jugeront nécessaires dans l'intérêt de mon dossier.

(Lieu et date)

(Signature de la personne requérante ou
de son/sa représentant-e légal-e)

7. Signatures

Je soussigné-e, (Nom, prénom de la personne requérante ou son/sa représentant-e légal-e),

né-e le certifie avoir rempli le présent formulaire de manière véridique et avoir pris connaissance du fait qu'elle peut être tenue de fournir au Centre LAVI de Genève 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 ne sera accordée.

(Lieu et date)

(Signature de la personne requérante ou de son/sa
représentant-e légal-e)

¹⁵ L'art. 11 LAVI obligeant les collaboratrices et collaborateurs des Centres de consultation LAVI, à garder le secret, seule l'acceptation de les délier de cette obligation leur permettra de communiquer, dans l'intérêt de votre dossier avec les prestataires concernés.