



FONDATION CANADIENNE DES POMPIERS MORTS EN SERVICE

Pompier mort en service **Demande de reconnaissance par la FCPMS**

Informations sur le pompier : *(Prière d'imprimer clairement. Le formulaire sera retourné si toute l'information n'est pas fournie.)*

Nom du défunt : _____ Date de décès : _____

Ville : _____ Prov.: _____ Grade : _____ Date de naissance : _____

Pompier depuis : _____ Date des funérailles : _____ Cimetière : _____

Âge : _____

Statut :

- Temps plein
- Temps partiel
- Volontaire

Type de pompier :

- Municipal
- Retraité – Date de retraite _____ (cf. définition # 8)
- Municipal
- Forestier
- Industriel/privé
- Militaire/fédéral
- Autre _____

Caserne ou lieu de service :

Employeur : _____ Ville : _____ Prov : _____

Adresse : _____ Code postal : _____

Point de contact (Employeur) : _____

Association/Syndicat (s'il y a lieu) : _____

Adresse : _____

Point de contact (Assoc./Syndicat) : _____ No. tél. : _____ Courriel : _____

Parenté : (point de contact)

Nom : _____ Lien de parenté : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Prov. : _____ Code postal : _____

No. tél : _____ Courriel : _____

Circonstances du décès:

Lieu du décès : _____ Ville : _____ Prov. : _____

Cause du décès :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> En route vers l'incident | <input type="checkbox"/> Accident de travail |
| <input type="checkbox"/> Sur les lieux de l'incident | <input type="checkbox"/> Maladie professionnelle (CSST/CSPAAT) – (veuillez compléter la section plus bas) |
| <input type="checkbox"/> En revenant de l'incident | <input type="checkbox"/> Autre (voir plus bas) |
| <input type="checkbox"/> Accident pendant une formation | |

Détails entourant le décès : (joindre copies d'articles de journaux ou autres documents disponibles)

CSST/CSPAAT / Détails sur la réclamation : (Si « Maladie professionnelle » est coché, cette section doit être complétée au complet pour que cette demande puisse être traitée.)

CSST/CSPAAT - N° de réclamation _____ Date de réception de la réclamation _____

Nom exact de la maladie (Soyez précis – si lié au cancer, veuillez en préciser le type tel qu'approuvé sur la réclamation du CSST/CSPAAT) _____

Autres reconnaissances :

Indiquer toutes les organisations/entités gouvernementales qui reconnaissent le décès comme un accident de travail. (SVP annexer les copies)

Demande soumise par :

Nom : _____ No. tél. : _____

Adresse : _____ Prov. : _____ Code postal : _____

Organisation : _____ Courriel : _____

Signature : _____ Date : _____

Une fausse déclaration entraînera la révocation du statut de mort en service et verra le nom retiré du tableau d'honneur. Prière de vérifier la définition de pompier mort en service en consultant www.fcpms.ca.

Veuillez expédier le formulaire dûment complété à :

Fondation canadienne des pompiers morts en service

440, ave. Laurier Ouest., local 200

Ottawa (ON)

Canada K1R 7X6

Merci de nous aider à honorer les pompiers canadiens décédés dans le cadre de leur service.