

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INDEMNISATION EN QUALITÉ DE MILITAIRE, CIVIL ou RESIDENT DEVANT LE COMITÉ D'INDEMNISATION DES ESSAIS NUCLÉAIRES FRANÇAIS

au titre de la loi n° 2010-2 du 5 janvier 2010 modifiée

نموذج طلب التعويض كعسكري أو مدني أو مقيم أمام لجنة التعويض
عن التجارب النووية الفرنسية

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

Ce formulaire et les pièces demandées doivent être adressés
par **lettre recommandée** avec demande d'accusé de réception au
Comité d'Indemnisation des Victimes des Essais Nucléaires
101, rue de Grenelle 75 007 PARIS

Ce formulaire doit impérativement être complété en langue française

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

معلومات تتعلق بوضعك المدني – Renseignements concernant votre état civil

<p>العنوان البريدي/صندوق البريد: المدينة: Adresse postale/Boîte postale : الرمز البريدي: Ville et code postal رقم الهاتف: البريد الإلكتروني (مهم للتواصل معك بسهولة): Numéro de téléphone et email</p>	<p><input type="checkbox"/> متزوج Marié <input type="checkbox"/> أرمل Veuf-Veuve <input type="checkbox"/> شريك مدنيًا Pacsé e <input type="checkbox"/> مطلق Divorcé e <input type="checkbox"/> شريك أعزب Concubin Célibataire</p>	<p>الحالة الاجتماعية- Civilité: <input type="checkbox"/> السيدة Madame <input type="checkbox"/> السيد Monsieur</p>
		<p>اسم المستخدم (أو الزوجة) Nom d'usage ou épouse</p>
		<p>الاسم قبل الزواج Nom de jeune fille</p>
		<p>الاسم الأول Prénom-s</p>
		<p>تاريخ الميلاد Date de naissance</p>
<p>رقم المدينة: القسم: جزيرة أو جزيرة مرجانية: Ville / Département</p>		<p>محل الميلاد Lieu de naissance</p>
		<p>رقم الضمان الاجتماعي أو CPS Numéro SS</p>

المعلومات المتعلقة بمتابعة ملفك – Renseignements concernant le suivi de votre dossier

	<p>ممثّل (محامي أو جمعية، اختياري) Réprésentant avocat, association</p>
<p>الشارع: عنوان إضافي: صندوق الرمز البريدي: جزيرة أو جزيرة</p>	<p>تفاصيل الاتصال بالمستشار القانوني أو الشخص أو الجمعية Coordonnées représentant</p>

اسم العائلة:	بيانات المتصل، يرجى تحديد الرابط مع مقدم الطلب (على سبيل المثال: البلدية، صديق، أخصائي اجتماعي، عائلة) Coordonnées d'un contact, merci de préciser le lien avec le demandeur (par exemple : mairie, ami(e), assistante sociale, famille
الاسم الأول:	
الشارع:	
.....	
عنوان إضافي:	
صندوق	
بريد:	
الرمز	
البريدي:	
جزيرة أو جزيرة مرجانية	
رقم الهاتف:	
العنوان البريدي:	

المعلومات المتعلقة بمتابعتك الطبية – Renseignements concernant votre suivi médical

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	المرض (الأمراض) الذي تم تقديم الطلب من أجله Maladie(s) pour laquelle/lesquelles la demande est présentée
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	تواريخ التشخيصات Date(s) du/des diagnostic(s)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	المؤسسات الطبية التي تلقيت فيها علاجك Etablissements médicaux ou vous avez réalisés vos soins

معلومات تتعلق بتعرضك أثناء التجارب النووية – Renseignements relatifs à votre exposition lors des essais nucléaires

أكمل فقط الحالة (الحالات) التي أشعر بالقلق بشأنها: -e- je suis concerne- Remplir uniquement le ou les cas pour lesquels

1. لم أعمل مطلقاً في مركز تجارب المحيط الهادئ (املاً المربع أدناه فقط) –
Je n'ai jamais travaillé pour le Centre d'expérimentation du Pacifique

البلدية/جزيرة مرجانية Commune/Atoll	العنوان/صندوق البريد/الرمز البريدي Adresse/Boîte postale/ Code postal	تاريخ الانتهاء Date de fin	تاريخ البدء Date de début	عناوين الإقامة أثناء التجارب النووية Adresses de residence durant les essais nucléaires
			من يوليو/تموز 1966	
		1998/12/31		

=> إذا كنت قد عملت في مركز تجارب المحيط الهادئ (الجيش أو CEA أو شركة منعقدة من الباطن) فيرجى إكمال الصفحة التالية

2. لقد عملت بشكل احترافي في مركز التجارب النووية في المحيط الهادئ (أكمل المربع أدناه فقط)

**J'ai exercé une activité professionnelle pour le Centre d'expérimentation des essais nucléaires dans le Pacifique
(remplir l'encadré ci-dessous uniquement)**

<p>الموظفون المدنيون/السكان المقيمون PERSONNEL CIVIL/POPULATION RESIDENTE</p> <p><input type="checkbox"/> موظف بوزارة القوات المسلحة Employé-e du Ministère des Armées <input type="checkbox"/> موظف في CEA Employé-é du CEA <input type="checkbox"/> أصحاب العمل الآخرين (وخاصة الشركة المتعاقدة من الباطن مع CEA): Autre-s employeur-s notamment entreprise sous-traitante du CEA</p>	<p>صاحب العمل أثناء التجارب النووية Votre employeur durant les essais nucléaires</p>
<p>الأفراد العسكريون - Personnel Militaire</p> <p><input type="checkbox"/> القوات البرية Armée de terre <input type="checkbox"/> القوات الجوية Armée de l'air <input type="checkbox"/> القوات البحرية Marine nationale</p>	

البلدية/جزيرة مرجانية Commune/Atoll	وحدة التكليف Unité d'affectation	أماكن المهمة (موقع التجارب، المبنى الأساسي، وما إلى ذلك) Lieu-x d'affectation	تاريخ الانتهاء Date de fin	تاريخ البدء Date de début
				من يوليو/تموز 1966
			1998/12/31	

<p>قم بتفصيل مهامك أثناء التجارب النووية Détaillez vos missions durant les essais nucléaires</p>

3. فمت بنشاط مهني في الصحراء بمركز التجارب بالواحة (عين إيكير) و/أو بالمركز الصحراوي للتجارب العسكرية (رقان) (املأ الخانة أدناه فقط)

J'ai exercé une activité professionnelle au Sahara au Centre d'expérimentation des Oasis (In Ecker) et/ou au Centre Saharien des expérimentations militaires (Reggane) (remplir l'encadré ci-dessous uniquement)

الأفراد العسكريون – Personnel militaire <input type="checkbox"/> القوات البرية - Armée de Terre <input type="checkbox"/> القوات الجوية – Armée de l'air	صاحب العمل أثناء التجارب النووية Votre employeur durant les essais nucléaires
الموظفون المدنيون – Personnel civil <input type="checkbox"/> موظف بوزارة القوات المسلحة – Employé- e du Ministère des Armées <input type="checkbox"/> موظف في CEA <input type="checkbox"/> Employé-é du CEA <input type="checkbox"/> أصحاب العمل الآخرين (وخاصة الشركة المتعاقدة من الباطن مع CEA): Autre-s employeur-s notamment entreprise sous-traitante du CEA	

وحدة التكليف Unité d'affectation	موقع الاختبار (رقان أو عين إيكير) Site d'essais (إيكير) Reggane ou In Ecker	تاريخ الانتهاء Date de fin	تاريخ البدء Date de début	مهامهم أثناء التجارب النووية فقط Vos affectations durant les essais nucléaires uniquement
			من 1960/02/13	
		1967/12/31		

	قم بتفصيل مهامك أثناء التجارب النووية Détaillez vos missions durant les essais nucléaires
--	--

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 يوم بتاريخ.....

توقيع مقدم الطلب

المستندات التي سيتم إرفاقها الزامية

- نسخة من بطاقة الهوية الوطنية (من الجهتين) أو جواز السفر ساري المفعول (بترجمة محلفة للمواطنين الأجانب) أو نسخة من دفتر السجل العائلي المحدث (قاعة المدينة)

لمواطني الجزائر:

- شهادة الميلاد مع ذكر هامشي أقل من ثلاثة أشهر مع ترجمة محلفة.
- شهادة فردية،
- بطاقة الشفاء (أو أي منظمة اجتماعية أخرى)

الإقامة

- شهادات رسمية للإقامة خلال فترة التجارب النووية الفرنسية (دار البلدية) أو الشهادات.

الوظيفة

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

المرض

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

أي معلومات أخرى ترون أنه مهم إحالتها إلى أعضاء اللجنة.

معلومات اتصال مفيدة

المفوضية العليا للجمهورية في بولينيزيا الفرنسية

43 avenue Pouvana'a a Oopa - BP 115 - 98713 Papeete
هاتف: +689/ 40.46.87.00 و 87.78.01.64
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

Rue des Poilus tahitiens - BP 611 - 98 713 Papeete Tahiti
هاتف: +689/ 40 46 01 97
من 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