

## 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

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'INDEMNISATION**

**EN QUALITÉ D'AYANT DROIT DEVANT**

**LE COMITÉ D'INDEMNISATION DES ESSAIS NUCLÉAIRES FRANÇAIS**

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

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**

**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**

**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](mailto:secretariat@civen.fr)

معلومات تتعلق بصاحب الحق / Renseignements concernant l'ayant droit

العنوان البريدي/صندوق البريد: ..... المدينة: ..... البريدي: ..... رقم الهاتف: ..... البريد الإلكتروني (مهم للتواصل معك بسهولة): ..... البريد: .....	<input type="checkbox"/> السيدة / Madame <input type="checkbox"/> السيد / Monsieur	الحالة الاجتماعية: Civilité
	<input type="checkbox"/> متزوج / Marié <input type="checkbox"/> أرمل / Veuf-ve <input type="checkbox"/> شريك مدنيًا / Pacsé <input type="checkbox"/> مطلق / Divorcé-e <input type="checkbox"/> شريك / Concubin <input type="checkbox"/> أعزب / Célibataire	
		اسم المستخدم (أو الزوجة) Nom d'usage
		الاسم قبل الزواج / Nom de jeune fille
		الاسم الأول / Prénom-s
		تاريخ الميلاد / Date de naissance
المدينة: ..... Ville / Département ..... رقم القسم: ..... جزيرة أو جزيرة مرجانية: .....		محل الميلاد / Lieu de naissance
		صلة القرابة مع الضحية (أم، أب، أخت...) Lien avec la victime

معلومات تتعلق بالشخص المتوفى / Renseignements concernant la personne décédé-é

العنوان البريدي/صندوق البريد: ..... ..... المدينة: ..... الرمز البريدي: ..... .....	<input type="checkbox"/> السيدة / Madame <input type="checkbox"/> السيد / Monsieur	الحالة الاجتماعية: Civilité
	<input type="checkbox"/> متزوج / Marié-é <input type="checkbox"/> أرمل / Veuf-ve <input type="checkbox"/> شريك مدنيًا / Pacsé-e <input type="checkbox"/> مطلق / Divorcé-e <input type="checkbox"/> شريك / Concubin <input type="checkbox"/> أعزب / Célibataire	
		اسم المستخدم (أو الزوجة) Nom d'usage
		الاسم قبل الزواج / Nom de jeune fille
		الاسم الأول / Prénom-s
		تاريخ الميلاد / Date de naissance
المدينة / الجزيرة أو جزيرة مرجانية ..... الرمز البريدي: .....		محل الميلاد / Lieu de naissance
		تاريخ الوفاة / Date du décès

	رقم الضمان الاجتماعي أو CPS N° Affiliation SS
	مكتب كاتب العدل المسؤول عن التوريث (إذا كان التوريث مفتوح بالفعل) / Office notarial en charge de la succession

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

	ممثّل (ممثّل قانوني، محام أو جمعية، اختياري) / Représentant
الشارع:..... عنوان إضافي:..... صندوق بريد:..... الرمز البريدي:..... جزيرة أو جزيرة مرجانية:.....	معلومات الاتصال بالممثل / Coordonnées du représentant
اسم العائلة:..... الاسم الأول:..... الشارع:..... عنوان إضافي:..... صندوق بريد:..... الرمز البريدي:..... جزيرة أو جزيرة مرجانية..... رقم الهاتف:..... العنوان البريدي:.....	بيانات المتصل، يرجى تحديد الرابط مع مقدم الطلب (على سبيل المثال: البلدية، صديق، عامل اجتماعي، عائلة) / Coordonnées d'un contact

معلومات تتعلق بمتابعته الطبية / Renseignements concernant le 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 diagnostique
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	المؤسسات الطبية التي يقدم فيها العلاج / Lieu -x des soins

معلومات تتعلق بالتعرض أثناء التجارب النووية / Renseignements relatifs à son exposition lors des essais nucléaires

أكمل فقط الحالة (الحالات) التي كان المعني بها:

1. لم يسبق له العمل مطلقاً في مركز تجارب المحيط الهادئ (املاً المربع أدناه فقط) / Il ou elle n'a jamais travaillé pour le Centre d'expérimentation du Pacifique

البلدية/جزيرة مرجانية Commune /	العنوان/صندوق البريد/الرمز البريدي / Adresse	تاريخ الانتهاء / Date de fin	تاريخ البدء / Date de début	عناوين الإقامة أثناء التجارب النووية Adresses de / résidence durant les essais nucléaires
			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

2. قام هو أو هي بتنفيذ نشاط احترافي لمركز تجارب التجارب النووية فيالمحيط الهادئ (أكمل المربع أدناه فقط) / Il ou elle a exercé une activité professionnelle pour le Centre d'expérimentation des essais nucléaires

<p>الموظفون المدنيون/السكان المقيمون / Personnel Civil – Population résidente</p> <p>موظف بوزارة القوات المسلحة / Employé-e du Ministère des Armées</p> <p>موظف في CEA / Employé-e du CEA / CEA</p> <p>صاحب العمل (أصحاب العمل) الآخرين (وخاصة الشركة المتعاقدة من الباطن مع CEA): / Autres employeurs</p>	<p>صاحب العمل أثناء التجارب النووية / Employeur</p>
<p>الأفراد العسكريون / Personnel militaire</p> <p>القوات البرية / Armée de Terre</p> <p>القوات الجوية / Armée de l'air</p> <p>القوات البحرية / Marine nationale</p>	

البلدية/جزيرة مرجانية / Communes	وحدة التكليف / Unité d'affectation	أماكن المهمة (موقع الاختبار، المبنى الأساسي،...) / Lieux affectations /	تاريخ الانتهاء / Date de fin	تاريخ البدء / Date début	مهامهم خلال التجارب النووية / Affectations / durant les essais nucléaires
				من 2 يوليو/تموز 1966	
			1998/12/31		

<p>تفاصيل مهامهم خلال التجارب النووية</p> <p>Détaillez ses missions durant les essais nucléaires</p>
--

3. أن يكون قد قام بنشاط مهني في الصحراء بمركز التجارب بالواحة (عين إيكير) و/أو بالمركز الصحراوي للتجارب العسكرية

(رقان) (املاً الخانة أدناه فقط) / Il ou elle a exercé une activité professionnelle au Sahara au Centre (In Ecker) (et/ou au Centre Saharien des expérimentations militaires) Reggane (remplir l'encadré ci-dessous uniquement)

الأفراد العسكريون Personnel militaire	صاحب العمل أثناء التجارب النووية / Employeur
<input type="checkbox"/> القوات البرية / Armée de Terre <input type="checkbox"/> القوات الجوية / Armée de l'air	
الموظفون المدنيون Personnel civil	مهامهم أثناء التجارب النووية فقط Affectations /
<input type="checkbox"/> موظف بوزارة القوات المسلحة / Employé-e du ministère des Armées	
<input type="checkbox"/> موظف في CEA/ CEA / Employé-e du CEA	
<input type="checkbox"/> أصحاب العمل الآخرون (ولا سيما CEA المتعاقد من الباطن): / Autre-s employeur-s	

وحدة التكليف / Unité / d'affectation	موقع الاختبار (رقان أو عين إيكير) Site des essais /	تاريخ الانتهاء Date de fin /	تاريخ البدء Date de début /	مهامهم أثناء التجارب النووية فقط Affectations /	
			من 1960/02/13		
		1967/12/31			

	تفاصيل مهامهم خلال التجارب النووية Détaillez ses 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

### 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 موضعًا 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 قسائم 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

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](mailto: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  
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