

Royaume du Cambodge Nation Religion Roi



អង្គជំនុំជម្រះវិសាមញ្ញក្នុងតុលាការកម្ពុជា

Extraordinary Chambers in the Courts of Cambodia
Chambres Extraordinaires au sein des Tribunaux Cambodgiens

Annexe A/Rev.1

Formulaire de renseignements sur la victime

PARTIE A

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS RELATIFS A LA VICTIME

1. Nom(s) et prénom(s):	
1.1. Nom(s) et prénom(s) en alphabet khmer:	
2. Autre(s) nom(s) d'usage:	
2.1. Autre(s) nom(s) utilisé(s) en alphabet khmer:	
3. Sexe: <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	4. Lieu de naissance:
5. Age ou Date de naissance (jj/mm/aaaa): <input type="checkbox"/> <i>Veillez cocher si la date de naissance est différente de celle qui figure sur la pièce d'identité.</i>	6. Situation maritale: <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Veuf, ou veuve <input type="checkbox"/> Autre:
7. Nationalité:	8. Emploi:
9. Nom du père ou du tuteur:	9.1. Nom en alphabet khmer:
10. Nom de la mère ou de la tutrice:	10.1. Nom en alphabet khmer:
11. Combien de personnes sont à votre charge ? <i>Veillez donner le nombre:</i>	
12. Avez-vous un ou plusieurs handicaps? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez préciser:	
13. Laquelle des pièces d'identités ci-après détenez-vous ? <i>Veillez indiquer le nombre et joindre une photocopie.</i>	
Type de preuve d'identité	Numéro ou autre
<input type="checkbox"/> Carte d'identité (ou carte d'étudiant ou d'employé)	
<input type="checkbox"/> Carte d'électeur	
<input type="checkbox"/> Lettre d'une autorité locale	
<input type="checkbox"/> Permis de conduire	
<input type="checkbox"/> Passeport	
<input type="checkbox"/> Carte d'enregistrement dans un camp	
<input type="checkbox"/> Carte d'une organisation humanitaire (UNHCR, WFP...)	
<input type="checkbox"/> Autre:	
<input type="checkbox"/> Aucun	

14. Adresse personnelle.	
14.1. Adresse permanente. <i>Si vous n'avez pas d'adresse précise, merci d'indiquer votre dernier lieu de résidence.</i>	
Numéro/ terrain:	Rue:
Groupe/Village:	Commune:
District:	Province/Ville:
Pays:	
14.2. Adresse actuelle. <i>Si elle est identique à l'adresse permanente, ignorez cette partie.</i>	
Numéro/ terrain:	Rue:
Groupe/Village:	Commune:
District:	Province/Ville:
Pays:	
14.3. Numéro de téléphone où vous joindre:	
<input type="checkbox"/> En personne ou <input type="checkbox"/> Par l'intermédiaire d'une autre personne (<i>Dans ce cas, veuillez donner son nom</i>):	
14.4. Adresse électronique personnelle:	
15. Adresse où vous pouvez être contacté(e). <i>Veillez cocher la case qui convient.</i>	
Je souhaite être contacté(e) à l'adresse indiquée au paragraphe 14.1. <input type="checkbox"/> ou à l'adresse indiquée au paragraphe 14.2. <input type="checkbox"/>	
OU je souhaite être contacté(e) par l'intermédiaire:	
<input type="checkbox"/> d'une organisation intermédiaire:	
<input type="checkbox"/> d'une association de victimes:	
<input type="checkbox"/> d'une personne agissant en mon nom:	
<input type="checkbox"/> d'un ou plusieurs avocat(s):	
Avocat cambodgien:	Avocat international:
15.1. Adresse.	
Numéro/ terrain:	Rue:
Groupe/Village:	Commune:
District:	Province/Ville:
Pays:	
Numéro de téléphone:	
Numéro de télécopie:	
Adresse électronique:	
16. Avez-vous déjà déposé une plainte ou une demande de constitution de partie civile auprès des CETC?	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<i>Si oui, merci d'indiquer le numéro d'enregistrement attribué par la Section d'appui aux victimes, la forme de votre participation, le lieu et la date de la demande et les raisons pour lesquelles vous présentez maintenant un nouveau Formulaire de renseignements sur la victime.</i>	
Numéro d'enregistrement (éventuel):	
Forme de participation:	
Fait à:	Jour Mois Année
Raisons pour lesquelles vous remplissez un nouveau formulaire:	

PARTIE B

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX CRIMES ALLÉGUÉS

Vous pouvez répondre à cette section sur une feuille séparée si nécessaire.

1. Veuillez décrire les crimes et donner les raisons pour lesquelles vous pensez qu'ils ont été commis:
Lieu (<i>village, commune, district, province</i>):
Date (jj/mm/aaaa):
Description du ou des crime(s) (<i>quels sont les crimes qui ont été commis et de quelle manière</i>):
2. D'après vous, qui est responsable de ces crimes et quelles sont les raisons qui vous font penser cela ? <i>Dans la mesure du possible, merci d'étayer votre réponse.</i>
3. Avez-vous été victime de ces crimes? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3.1. Connaissez-vous d'autres victimes de ces crimes? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Dans l'affirmative, veuillez donner si possible leurs noms et adresses (s'ils sont en vie), à moins qu'ils ne vous aient dit vouloir rester anonymes, ou que cela ne les mette, eux ou d'autres personnes, en danger:</i> <i>Veuillez également donner toute précision qui aiderait à identifier ces personnes, tel que leur âge actuel (l'âge à leur mort si elles sont décédées), leur nationalité, leur appartenance ethnique, leur religion et leur emploi:</i>
3.2. Êtes-vous lié(e) à ces victimes (s'agit-il de membres de votre famille, de voisins, d'amis etc.) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>(Si oui, veuillez préciser):</i>
4. Avez-vous été témoin de ces crimes? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4.1. Connaissez-vous d'autres témoins de ces crimes? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Dans l'affirmative, veuillez donner si possible leurs noms et adresses (s'ils sont en vie), à moins qu'ils ne vous aient dit vouloir rester anonymes, ou que cela ne les mette, eux ou d'autres personnes, en danger:</i> <i>Veuillez également donner toute précision qui aiderait à identifier ces personnes, tel que leur âge actuel (l'âge à leur mort si elles sont décédées), leur nationalité, leur appartenance ethnique, leur religion et leur emploi:</i>
4.2. Êtes-vous lié(e) à ces victimes (s'agit-il de membres de votre famille, de voisins, d'amis etc.) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>(Si oui, veuillez préciser):</i>
5. Sécurité: Avez-vous peur de conséquences précises que pourraient avoir, pour vous ou pour toute personne dont le nom est indiqué ici, le fait de remplir et d'envoyer le présent formulaire aux CETC? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Si oui, expliquez exactement en quoi consistent vos craintes:</i>

PARTIE C

DEMANDE DE CONSTITUTION DE PARTIE CIVILE

<i>Remplissez cette partie uniquement si vous souhaitez vous constituer partie civile à une enquête judiciaire</i>
Pour que le Tribunal vous reconnaisse la qualité de partie civile, le préjudice que vous avez subi doit être: a) corporel, matériel ou moral ; b) la conséquence directe de l'infraction poursuivie, né et actuel. Si votre demande ne contient pas la preuve de votre identité et ne donne pas suffisamment de précisions sur le préjudice que vous avez subi, elle peut être rejetée par les juges du Tribunal. Pour obtenir des informations sur le lien qui doit être démontré entre ce préjudice et les crimes faisant l'objet d'une instruction aux CETC, veuillez vous adresser à la Section d'appui aux victimes.
1. Veuillez indiquer l'affaire dans laquelle vous souhaitez vous constituer partie civile: Dossier n°:

2. Merci d'indiquer le préjudice, la perte ou le dommage que vous avez subi, et d'en donner une brève description (blessure corporelle, souffrance morale et angoisse, perte ou dommage à la propriété):

3. Avez-vous été examiné par un médecin lorsque ces événements se sont produits ou après ? Oui Non

4. Avez-vous reçu un traitement médical ou psychologique ? Oui Non

5. Si oui, possédez-vous un dossier relatif à ce traitement médical ou psychologique? Oui Non
Si oui, veuillez cocher la case qui convient et fournir si possible une photocopie.
 Certificat médical d'un médecin, d'un hôpital ou d'un centre de santé Radiographies
 Ordonnances/Factures des médicaments Autre. *Veuillez préciser:* Aucun

6. Vos problèmes physiques ou psychologiques persistent-ils encore aujourd'hui? Oui Non
Si oui, veuillez préciser:

7. Pour ce qui est des dommages matériels ou à la propriété, veuillez donner davantage de précisions ou de documents permettant d'identifier l'étendue de la perte subie:

8. Avez-vous une préférence quant à la forme de réparation morale ou collective que vous souhaiteriez obtenir ?
 Oui Non
Si oui, veuillez préciser:

PARTIE D
SIGNATURES

1.SIGNATURE DE LA VICTIME
Veuillez signer ou apposer vos empreintes digitales et dater ce formulaire, que quelqu'un agisse ou non en votre nom ou que vous soyez ou non aidé par quelqu'un pour remplir ce formulaire.
Par la présente, je déclare que:
- les renseignements fournis dans le présent formulaire sont, à ma connaissance, exacts faute de quoi je m'expose aux poursuites prévues par la loi.
- je souhaite participer à la procédure devant les CETC en y déposant cette plainte.

En plus du dépôt de cette plainte, je souhaite aussi me constituer partie civile.
Si vous demandez à vous constituer partie civile, veuillez cocher la case ci-dessus et vous assurer que vous avez rempli la partie C du formulaire.

Fait à: Jour: Mois: Année:

.....
Attesté par/ Signature ou empreinte digitale
Signature ou empreinte digitale de la victime

2.SIGNATURE DE LA PERSONNE AGISSANT EN NOM DE LA VICTIME ET CONSENTEMENT DE LA VICTIME
Consentement de la victime
Je, soussigné, (*Écrire le nom de la victime en majuscules*)
autorise (*Écrire le nom de la personne agissant en nom de la victime*),
..... (*Préciser sa qualité*),
à me représenter en déposant ce Formulaire de renseignements sur la victime.

Lieu: Jour: Mois: Année:

.....
Signature ou empreinte digitale de la personne
agissant en nom de la victime
Signature ou empreinte digitale de la victime

Avant de soumettre ce formulaire, veuillez le relire et cocher le cas échéant les cases ci-après:

Je joins les documents suivants à l'appui de ma demande:

- 1.
- 2.
- 3.

J'ai signé ou apposé mes empreintes digitales sur chaque page du présent formulaire ainsi que sur tous les documents joints.

Veuillez indiquer le nombre total de pages du présent formulaire, y compris les pages supplémentaires et les photocopies de documents:

Victime:	Personne agissant en nom de la victime:
<input type="checkbox"/> J'ai fourni une photocopie de mon justificatif d'identité en réponse au paragraphe 13 de la partie A. <input type="checkbox"/> J'ai fourni des coordonnées en réponse aux paragraphes 14 et 15 de la partie A. <input type="checkbox"/> J'ai signé ou apposé mes empreintes digitales dans la première case de la partie D.	<input type="checkbox"/> J'ai signé ou apposé mes empreintes digitales dans la deuxième case de la partie D.

NB

Une fois le formulaire reçu par les CETC, un récépissé vous sera envoyé. Ce récépissé comportera un numéro d'enregistrement que vous devrez utiliser dans toutes vos communications avec le Tribunal. Dans le cas où vous envoyez des informations supplémentaires au Tribunal, merci de bien vouloir indiquer votre numéro d'enregistrement afin que votre demande soit mise à jour correctement. Veuillez noter que, les procédures pénales étant longues, un certain laps de temps peut s'écouler avant que les juges des CETC ne se prononcent sur votre demande. Ce formulaire et la procédure d'enregistrement sont gratuits. La Section d'appui aux victimes peut être contactée à l'adresse ci-dessous:

Section d'appui aux victimes
Chambres extraordinaires au sein des tribunaux cambodgiens
Rue nationale 4,
Sangkat Chaom Chau, Khan Porsenchey,
Phnom Penh, Cambodge
BP 71
Adresse électronique: vss@eccc.gov.kh
Tél.: +(855) 023 861 893, ou (permanence): +(855) 097 742 4218