

INSTRUCTIONS POUR REMPLIR ET SOUMETTRE VOTRE DEMANDE

Première étape : remplir le formulaire

Pour soumettre une demande, vous devez utiliser le formulaire remplissable en ligne, qui vous permet de taper vos réponses directement dedans puis de passer à la deuxième étape. Vous pouvez vous procurer le formulaire remplissable en ligne sur le site Web du contrôleur, à <http://cfcanada.fticonsulting.com/Searscanada/employeehardshipfund.htm>.

Si vous n'êtes pas en mesure de remplir votre formulaire en ligne, veuillez l'imprimer et vous assurer d'écrire de façon claire et lisible.

Deuxième étape : envoyer le formulaire

Le contrôleur exige que la demande soit signée devant témoin pour la traiter. Si vous et votre témoin ne signez pas votre demande, le contrôleur ne pourra pas la traiter.

Vous avez trois options pour soumettre votre demande dûment remplie et signée au contrôleur :

1. Remplir le formulaire (première étape), l'imprimer, le signer, vous et votre témoin, le numériser, puis l'envoyer au contrôleur par courriel à searscanada@fticonsulting.com.
2. Remplir le formulaire (première étape), l'imprimer, le signer, vous et votre témoin, puis l'envoyer au contrôleur par télécopieur au 416 649-8101.
3. Remplir le formulaire (première étape), l'imprimer, le signer, vous et votre témoin, puis l'envoyer au contrôleur par la poste à l'adresse suivante :

FTI Consulting Canda
TD South Tower
79 Wellington Street West
Suite 2010, P.O. Box 104
Toronto (Ontario) M5K 1G8
À l'attention du Fonds des employés en difficulté de Sears

Annexe B

No du greffe : CV-17-11846-00CL

**COUR SUPÉRIEURE DE JUSTICE
DE L'ONTARIO
(RÔLE COMMERCIAL)**

DANS L'AFFAIRE DE LA *LOI SUR LES ARRANGEMENTS AVEC LES CRÉANCIERS DES
COMPAGNIES*, L.R.C. 1985, c. C-36, DANS SA VERSION MODIFIÉE

ET DANS L'AFFAIRE D'UN PLAN DE TRANSACTION OU D'ARRANGEMENT DE SEARS
CANADA INC., DE CORBEIL ÉLECTRIQUE INC., DE S.L.H. TRANSPORT INC., DE THE CUT INC., DE
SEARS CONTACT SERVICES INC., D'INITIUM LOGISTICS SERVICES INC., D'INITIUM COMMERCE
LABS INC., D'INITIUM TRADING AND SOURCING CORP., DE SEARS FLOOR COVERING
CENTRES INC., DE 173470 CANADA INC., DE 2497089 ONTARIO INC., DE 6988741 CANADA INC.,
DE 10011711 CANADA INC., DE 1592580 ONTARIO LIMITED, DE 955041 ALBERTA LTD., DE
4201531 CANADA INC., DE 168886 CANADA [INC. ET](#) DE 3339611 CANADA INC.

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INDEMNITÉ POUR

DIFFICULTÉS RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR

1. Nom : _____
2. Adresse : _____

3. Numéro(s) de téléphone : _____
4. Adresse de courriel : _____
5. Numéro d'assurance sociale : _____
6. Numéro d'employé à Sears Canada : _____

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI À SEARS CANADA

1. Date de début d'emploi à Sears Canada :
2. Date de cessation d'emploi à Sears Canada : _____
3. Lieu de travail (province ou région) : _____
4. Magasin ou siège social : _____ Numéro de magasin : _____
5. Poste : _____
6. Revenu mensuel brut : _____ \$
7. Montant de l'indemnité de départ reçue, le cas échéant : _____
8. Date de début du versement des prestations de retraite de Sears Canada, si vous y êtes admissible :

SOURCES ACTUELLES DE REVENU

1. Assurance emploi :

- a. Montant : _____
- b. Date de fin réelle ou prévue : _____
- c. Si vous ne recevez aucune prestation d'assurance emploi ou si vos prestations d'assurance emploi ont pris fin, veuillez indiquer pourquoi :

2. Aide sociale :

- a. Type d'aide sociale : ____
- b. Date de début : _____
- c. Montant : _____
- d. Date de fin réelle ou prévue :

- e. Si l'aide sociale a pris fin, veuillez indiquer pourquoi :

3. Autres sources de revenu (y compris les prestations d'invalidité de longue durée et autres prestations d'invalidité, autre emploi, pension, indemnité pour accident du travail, etc.) :

- _____
- a. Montant : _____
 - b. Date de fin réelle ou prévue : _____

4. Programmes provinciaux de médicaments

- a. Avez-vous fait une demande auprès d'un programme provincial de médicaments gratuits ou bénéficiez-vous d'un tel programme? Dans l'affirmative, indiquez son nom.

- b. Quelles sont les conditions que vous devez remplir pour bénéficier d'un tel programme?

- c. Pourquoi le programme ne couvre-t-il pas vos besoins?

5. Autres prestations d'assurance maladie et dentaire complémentaires

a. Avez-vous accès à d'autres prestations d'assurance maladie et dentaire complémentaires par l'intermédiaire d'un membre de votre famille (c.-à-d. votre conjoint)?

b. Dans l'affirmative, veuillez expliquer en quoi ces prestations ne couvrent pas vos besoins :

6. Autres sources de revenu :

a. Revenu annuel brut de votre conjoint? _____

CIRCONSTANCES PERSONNELLES JUSTIFIANT UNE INDEMNITÉ POUR DIFFICULTÉS

Frais médicaux pour soi ou une personne à charge (y compris la nature des frais, le montant, les possibilités de remboursement d'une autre source) :

Autre raison justifiant la nécessité d'obtenir des fonds de façon immédiate ou urgente (par exemple, risque de perdre le logement dans les 30 prochains jours) :

J'atteste que le contenu des présentes est exact et que j'ai obtenu tous les consentements requis pour communiquer les renseignements qui sont fournis dans les présentes.

Témoïn

Signature

Date

Veuillez envoyer votre formulaire de demande dûment remplie au contrôleur à l'adresse suivante :

FTI Consulting Canada Inc., en sa capacité de contrôleur désigné par la Cour de Sears Canada Inc. et al.
TD Waterhouse Tower
79 Wellington Street West
Suite 2010, P.O. Box 104
Toronto (Ontario) M5K 1G8
Télec. : 416 649-8101
Courriel : searscanada@fticonsulting.com