

# RECOURS COLLECTIF DU SERVICE DE MÉDECINE LÉGALE DE L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE ST. THOMAS

## FORMULAIRE DE RETRAIT

Remplissez ce formulaire de retrait si vous êtes un membre du groupe (ou si vous représentez un membre du groupe ou la succession d'une personne qui était membre du groupe) tel que défini ci-dessous, et **seulement** si vous souhaitez être **exclu du recours collectif du service de médecine légale de l'hôpital psychiatrique St. Thomas** (*Banman et al. c. Sa Majesté le Roi du chef de l'Ontario*, Numéro de dossier de la Cour supérieure de l'Ontario : CV-21-00671048-00CP).

Vous êtes un **membre du groupe** si vous étiez un patient du programme de traitement psychosocial (nommé l'unité 2C, P2C, PST ou PSTU) du service de médecine légale de l'hôpital psychiatrique St. Thomas entre 1976 et 1992.

**REMARQUE : Ne remplissez PAS le présent formulaire si vous souhaitez participer à ce recours collectif. Si vous souhaitez faire participer au recours collectif, vous n'avez aucune autre mesure à prendre pour le moment.**

En vous retirant et en vous excluant du recours collectif, vous vous réservez le droit d'intenter un procès individuel contre le défendeur, le gouvernement de l'Ontario.

Si vous vous excluez du recours collectif, vous ne pourrez **PAS** participer au recours collectif, et vous n'aurez droit à aucun avantage ou dédommagement en cas de jugement de la cour dans ce procès en faveur des plaignants et des membres du recours collectif ou en cas d'un accord de règlement entre les parties et approuvé par la Cour supérieure de justice de l'Ontario.

Numéro de dossier de la Cour : CV-21-00671048-00CP

**COUR SUPÉRIEURE DE JUSTICE  
DE L'ONTARIO**

ENTRE :

MARTHA BANMAN, RUTH ATKIN, par sa représentante successorale ELLEN ATKIN,  
LOUISE BARK et ELLEN ATKIN

Demandeurs

-et-

SA MAJESTÉ LE ROI DU CHEF DE L'ONTARIO, PROCUREUR GÉNÉRAL DE  
L'ONTARIO, DONALD ANGUS GALBRAITH, ET SAM SWAMINATH (autrefois  
RANGASMUDRAM SUBRAMANYAM SWAMINATH)

Défendeurs

Intenté en vertu de la *Loi de 1992 sur les recours collectifs*

**FORMULAIRE DE RETRAIT**

**Pour être en vigueur, ce formulaire de retrait doit être adressé par courriel ou frappé du timbre postal, ou par la poste ordinaire ou par messagerie à l'administrateur de l'avis au plus tard le 29 mars, 2025 à l'adresse suivante :**

**Recours collectif du service de médecine légale de l'hôpital psychiatrique St. Thomas**

**Dewar Communications inc.**

9, avenue Prince Arthur

Toronto (Ontario) M5R 1B2

Tél. : +1 416 921-1827 poste 222

Cell. : +1 416 230-9002

[StThomasclassaction@dewarcom.com](mailto:StThomasclassaction@dewarcom.com)

**En soumettant ce formulaire, vous ou votre représentant légal, le cas échéant, attestez que vous ne souhaitez pas participer au RECOURS COLLECTIF DU SERVICE DE MÉDECINE LÉGALE DE L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE ST. THOMAS, que vous**

**comprenez qu'en vous retirant, vous ne pourrez pas participer au recours collectif, ne recevrez aucune partie de l'argent ou des avantages qui peuvent être obtenus au nom des membres du groupe, et que vous pouvez intenter un procès individuel contre le défendeur, Sa Majesté le roi du chef de l'Ontario, sujet à tout délai de prescription applicable.**

**SECTION 1 - IDENTIFICATION DE LA PERSONNE QUI SIGNE CE FORMULAIRE DE RETRAIT (SÉLECTIONNEZ UNE SEULE OPTION) :**

**Membre du groupe** – J'ai été un patient dans le programme de traitement psychosocial (appelé 2C, P2C, PST ou PSTU) ou le programme qui lui a succédé au service de médecine légale à St. Thomas entre 1976 et 1992. En remplissant et en signant ce formulaire de retrait, je m'exclus de la participation au recours collectif du service de médecine légale de l'hôpital psychiatrique de St. Thomas. Je comprends qu'en me retirant, **JE M'EXCLUS** moi-même et les membres de ma famille, les personnes à charge, les héritiers et les successions, qui peuvent être admissibles à bénéficier de tout règlement du recours. En remplissant et en signant ce formulaire de retrait, je préserve ma capacité à faire valoir ou de reprendre ma propre réclamation, et je comprends que les délais de prescription peuvent avoir expiré. Je reconnais que je peux obtenir des conseils juridiques indépendants afin de prendre une décision éclairée sur l'occasion de me retirer.

**Représentant légal** - Je suis le représentant légal du membre du groupe ou de la succession du membre du groupe comme il est indiqué ci-dessous. En remplissant et en signant ce formulaire de retrait, j'exclus le membre du groupe de la participation au recours collectif du service de médecine légale de l'hôpital psychiatrique St. Thomas. Je comprends qu'en excluant le membre du groupe ou la succession du membre du groupe de l'action, je les exclus, ainsi que les membres de leur famille, les personnes à charge, les héritiers et les successions, de tout règlement du recours. Je comprends également qu'en remplissant et en signant ce formulaire de retrait, je préserve la possibilité de présenter ou de poursuivre une réclamation individuelle au nom de la succession du membre du groupe ou du membre du groupe, et je comprends que les délais de prescription peuvent avoir expiré. Je reconnais que je peux obtenir des conseils juridiques indépendants afin de prendre une décision éclairée sur l'occasion d'exclure le membre du groupe ou la succession du membre du groupe de la présente instance.

**SECTION 2 – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS** – Veuillez fournir les renseignements suivants qui vous concernent, ou si vous remplissez le formulaire d'exclusion en tant que représentant légal d'une personne inscrite au recours collectif, veuillez fournir les renseignements suivants concernant le membre du groupe en question question.

Prénom et nom \_\_\_\_\_

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

Adresse géographique \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

Province \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone (jour) \_\_\_\_\_

Téléphone (autre) \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

Numéro de carte Santé \_\_\_\_\_

Date de décès (le cas échéant) \_\_\_\_\_ certificat de décès ci-joint  
JJ/MM/AAAA

Si vous remplissez le formulaire au nom d'un membre du groupe, veuillez joindre une copie de l'ordonnance de la Cour ou d'autre(s) document(s) officiel(s) qui vous permet de représenter le membre du groupe : cochez la case ci-dessous qui décrit son statut :

\_\_\_\_\_ une personne déclarée incapable mentalement (ex/copie d'une procuration perpétuelle relative aux biens, ou un certificat de tutelle sous régime législatif);

\_\_\_\_\_ la succession d'une personne inscrite au recours collectif (ex/lettres d'homologation, lettres d'administration ou certificat de nomination du fiduciaire de la succession).

## SECTION 5 – SIGNATURE

**VEUILLEZ NOTER que si ce formulaire est rempli par un avocat représentant le membre du groupe ou la succession du membre du groupe, l'avocat et le membre du groupe ou le représentant de la succession du membre du groupe doivent signer ce formulaire de retrait.**

Date \_\_\_\_\_

JJ/MM/AAAA

Nom du membre du groupe \_\_\_\_\_

Signature du membre du groupe \_\_\_\_\_

Nom du représentant légal (le cas échéant) \_\_\_\_\_

Signature du représentant légal (le cas échéant) \_\_\_\_\_

**La date limite pour soumettre un formulaire de retrait est le 29 mars, 2025.**

Si vous avez des questions sur comment utiliser ou remplir ce formulaire de retrait, veuillez communiquer gratuitement avec l'avocat du groupe ou votre avocat.

***Ce formulaire de retrait a été approuvé par la Cour supérieure de justice de l'Ontario.***