



**Kathleen Jennings**  
PROCUREUR GÉNÉRAL

DÉPARTEMENT DE LA JUSTICE  
820 NORD RUE FRANÇAISE  
WILMINGTON, DE 19801

TÉLÉPHONE (800) 220-5424  
FAX (302) 577-6499

**DEMANDE DE PASSEPORT POUR USURPATION**  
**D'IDENTITÉ**

Veillez taper ou écrire lisiblement en caractères d'imprimerie.

**Nom** \_\_\_\_\_  
de famille Prénom Deuxième prénom

**Nom antérieur** \_\_\_\_\_  
de famille Prénom Deuxième prénom

**Adresse postale** \_\_\_\_\_  
Rue ou boîte postale Ville État Code postal

**Autre adresse** \_\_\_\_\_  
Rue ou boîte postale Ville État Code postal

**Téléphone résidentiel** \_\_\_\_\_ **Téléphone professionnel** \_\_\_\_\_

**Date de naissance** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ **Lieu de naissance** \_\_\_\_\_  
Ville État Comté

**Genre Homme** \_\_\_\_\_ **Femme** \_\_\_\_\_ **Permis de conduire** \_\_\_\_\_  
État Nombre

**INFORMATIONS SUR LA CRIMINALITÉ**

**Date de la découverte du vol** \_\_\_\_\_

**Comté et État où le vol a eu lieu** \_\_\_\_\_

**Les forces de l'ordre établissent un rapport de police** \_\_\_\_\_

**Numéro du rapport de police** \_\_\_\_\_ **Date du rapport de police** \_\_\_\_\_

**A-t-on identifié la personne qui a volé vos informations ? OUI** \_\_\_ **NON** \_\_\_

**Si oui, nom du suspect** \_\_\_\_\_

**A-t-on procédé à une arrestation ? OUI** \_\_\_ **NON** \_\_\_ **JE NE SAIS PAS** \_\_\_\_\_

(Veuillez continuer à la page 2)

Décrivez brièvement le vol, en précisant ce qui a été volé (carte de crédit, numéro de sécurité sociale, etc.) et les numéros de tous les comptes affectés.

---

---

---

---

---

---

---

**Veillez fournir tout document susceptible d'étayer une déclaration d'usurpation d'identité. Les pièces justificatives comprennent, entre autres, une déclaration sous serment d'usurpation d'identité, des reçus ou des factures de créanciers montrant une utilisation non autorisée, des comptes de services publics créés à votre nom sans autorisation, des chèques frauduleux, des relevés bancaires ou toute autre preuve que votre identité a été utilisée sans votre consentement.**

**CERTIFICATION**

Je certifie par ma signature ci-dessous que les informations fournies dans le présent formulaire sont, au mieux de ma connaissance, véridiques et exactes et que j'ai déposé un rapport de police concernant cet incident. Je comprends que si je fournis sciemment de fausses informations, je peux faire l'objet de poursuites.

\_\_\_\_\_  
**Signature du demandeur**

**Date :** \_\_\_\_\_

**Veillez envoyer ce formulaire par courrier ou par fax au :**

Département de la justice - Unité de protection des consommateurs du programme de passeport contre l'usurpation d'identité  
Bureau Carvel State Bâtiment  
820 N. Rue Française,  
Cinquième étage Wilmington,  
DE 19801

Fax : ( 302) 577-6499

**Pour de plus amples informations appelez :**

(302) 577-8600 dans le comté de New Castle ou  
(800) 220-5424 dans les comtés de Sussex et de Kent