



QUESTIONNAIRE RELATIF AUX PRESTATIONS D'INVALIDITÉ RÉGIME DE PENSIONS DU CANADA

1. PRÉNOM ET INITIALE	NOM DE FAMILLE	NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE AU CANADA
-----------------------	----------------	---

ÉTUDES

2. Combien d'années d'études avez-vous complétées?	Avez-vous fréquenté le collège ou l'université? <input type="radio"/> Oui Si oui , indiquez le nombre d'années et/ou le diplôme reçu. <input type="radio"/> Non
--	--

3. Avez-vous déjà suivi une formation technique ou commerciale, ou une formation en cours d'emploi?	<input type="radio"/> Oui Si oui , fournissez les détails suivants : <input type="radio"/> Non	
Dates	Genre de programme	Certificat obtenu
_____	_____	_____

ANTÉCÉDENTS PROFESSIONNELS (ASSUREZ-VOUS DE FAIRE MENTION DES EMPLOIS OCCUPÉS AU CANADA ET/OU À L'ÉTRANGER)

EMPLOYÉ

4. Avez-vous complètement cessé de travailler? <input type="radio"/> Oui, passez à la question 5. <input type="radio"/> Non, fournissez les renseignements suivants :	Genre de travail <input type="checkbox"/> Plein temps <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Bénévole <input type="checkbox"/> Saisonnier			
Nombre d'heures par jour	Nombre de jours par semaine	Si le travail est saisonnier, indiquez la (les) période(s) de travail.	Salaire à l'heure / ou par jour	/ ou par année
_____	_____	_____	_____	_____

5. Si vous avez complètement cessé de travailler, fournissez les renseignements suivants :	Quel genre de travail faisiez-vous lors de votre dernier emploi?	
Pourquoi avez-vous cessé de travailler?	Date de début du travail Année Mois Jour	Date d'arrêt du travail Année Mois Jour

6. Nom et adresse complète de votre employeur actuel ou du plus récent.

TRAVAIL À VOTRE COMPTE

7. Si vous travaillez à votre propre compte ou l'avez déjà fait, fournissez les renseignements suivants :			
a) Date du début de l'entreprise	Année Mois Jour	b) Quand avez-vous réellement cessé vos activités dans l'entreprise?	Année Mois Jour
c) Pourquoi avez-vous cessé de travailler dans l'entreprise?			
d) Décrivez la nature des activités de l'entreprise.			
e) Quel genre de travail faisiez-vous dans l'entreprise?			

TRAVAIL À VOTRE COMPTE (SUITE)

f) Participez-vous actuellement aux activités de l'entreprise, de quelque façon que ce soit?

Oui, expliquez votre rôle actuel.

Non, fournissez les renseignements suivants :

Qu'est devenue l'entreprise?

Année Mois Jour

Date de la cession :

Vendue Louée Participation aux bénéfices

Si l'entreprise **n'a pas fait l'objet d'une cession**, comment fonctionne-t-elle actuellement et quelles mesures envisagez-vous pour l'avenir?

g) À quelle année remonte la dernière déclaration de revenus de l'entreprise qui a été produite à votre nom?

h) Vous déclarez-vous comme travailleur(euse) autonome aux fins de l'impôt sur le revenu cette année?

Oui Non

AUTRE TRAVAIL

SI VOUS N'AVEZ PAS ASSEZ D'ESPACE POUR ÉNUMÉRER TOUS LES GENRES DE TRAVAIL QUE VOUS AVEZ FAITS, UTILISEZ L'ESPACE À LA FIN DU QUESTIONNAIRE.

8. Au cours des deux dernières années, avez-vous fait **un autre travail** en plus de votre emploi principal (comme un travail agricole à temps partiel, un travail de nuit ou un autre emploi)? Oui **Si oui**, donnez les détails suivants : Non

Genre de travail	Nombre d'heures de travail par jour	Nombre d'heures de travail par semaine	Date de début du travail			Date d'arrêt du travail		
			Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour
Nom et adresse complète de l'employeur								

9. Au cours des cinq dernières années, avez-vous fait **un autre genre de travail**?

Oui **Si oui**, indiquez le genre de travail et les dates.
 Non

Du			Au		
Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour

10. En raison de votre état de santé, avez-vous été obligé(e) d'assumer des fonctions qui demandent moins d'effort ou de faire un genre de travail différent? Oui **Si oui**, veuillez fournir une description. Non

11. Votre médecin vous a-t-il dit quand vous pourriez retourner travailler? Oui **Si oui**, veuillez indiquer la date : Année Mois Non

12. Prévoyez-vous retourner travailler ou chercher du travail dans un proche avenir? Oui **Si oui**, répondez à l'une des questions suivantes : Non

a) Date à laquelle vous prévoyez reprendre votre ancien emploi.	Année Mois	b) Date du début d'un nouvel emploi.	Année Mois	c) Date à laquelle vous prévoyez recommencer à chercher du travail.	Année Mois
--	------------	---	------------	--	------------

AUTRES PRESTATIONS

13. Si vous recevez un type quelconque de prestations de maladie ou d'invalidité ou encore une assurance-accident, indiquez le nom de la compagnie d'assurances.

14. Si vos problèmes de santé sont couverts par des indemnités pour accident du travail, donnez des détails dans chaque cas.

Numéro de la demande	Province ou territoire	Année	Blessure
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Indiquez le type de prestations que vous recevez.	Pourcentage de pension accordé
---	--------------------------------

15. Avez-vous reçu des prestations ordinaires d'assurance emploi au cours des deux dernières années? <input type="radio"/> Si oui, indiquez les dates : <input type="radio"/> Non	Du	Année	Mois	Jour	Au	Année	Mois	Jour
	Du	Année	Mois	Jour	Au	Année	Mois	Jour

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

16. Quelle est la date à laquelle vous ne pouviez plus travailler en raison de votre état de santé?	Année	Mois	Jour
---	-------	------	------

17. Taille	Poids	<input type="radio"/> Droitier	<input type="radio"/> Gaucher
------------	-------	--------------------------------	-------------------------------

18. Indiquez les maladies ou les déficiences qui vous empêchent de travailler. Si vous ne connaissez pas les noms médicaux, fournissez une description dans vos propres termes.

19. Expliquez en quoi ces maladies ou déficiences vous empêchent de travailler.

20. Si vous souffrez d'autres problèmes de santé ou avez d'autres déficiences, décrivez-les.

21. Si vous avez été obligé(e) de mettre fin à d'autres activités (comme des passe-temps, des sports ou des activités bénévoles), veuillez expliquer et indiquer les dates de fin des activités.

22. Veuillez décrire les difficultés et les limitations fonctionnelles que vous présentez à l'égard des activités suivantes :

Demeurer assis(e)/debout (combien de temps?)	Voir/entendre
Marcher (combien de temps et quelle distance?)	Parler
Soulever/transporter des objets (combien et quelle distance?)	Se rappeler
Étendre le bras	Se concentrer
Se pencher (à quel point?)	Dormir
Besoins personnels (manger, se laver les cheveux, s'habiller, etc.)	Respirer
Troubles du transit intestinal et de la vessie	Conduire une automobile (combien de temps?)
Entretien ménager (cuisine, nettoyage, courses et activités similaires)	Utiliser les transports en commun

RENSEIGNEMENTS SUR VOS MÉDECINS

23. Veuillez fournir les renseignements suivants à propos du médecin qui remplira votre rapport médical.

Nom au complet du médecin Médecin de famille Spécialiste (veuillez préciser)

Adresse Ville

Province ou territoire	Pays (s'il ne s'agit pas du Canada)	Code postal	Numéro de téléphone
------------------------	-------------------------------------	-------------	---------------------

Quand avez-vous consulté ce médecin pour la première fois?	Année	Mois	Quelle est la date de votre dernière visite?	Année	Mois
--	-------	------	--	-------	------

Quelles étaient les raisons de vos visites?

24. Veuillez dresser la liste de tous les médecins que vous avez consultés au cours des deux dernières années (l'espace fourni vous permet d'inscrire les renseignements sur deux médecins). Si vous n'avez pas assez d'espace pour énumérer tous vos médecins, utilisez l'espace à la fin du questionnaire.

a) Nom au complet du médecin Spécialité

Adresse Ville

Province ou territoire	Pays (s'il ne s'agit pas du Canada)	Code postal	Numéro de téléphone
------------------------	-------------------------------------	-------------	---------------------

Quand avez-vous consulté ce médecin pour la première fois?	Année	Mois	Quelle est la date de votre dernière visite?	Année	Mois
--	-------	------	--	-------	------

Les visites étaient-elles liées à votre état de santé actuel? Oui Non **Si oui, donnez les raisons de vos visites.**

b) Nom au complet du médecin Spécialité

Adresse Ville

Province ou territoire	Pays (s'il ne s'agit pas du Canada)	Code postal	Numéro de téléphone
------------------------	-------------------------------------	-------------	---------------------

Quand avez-vous consulté ce médecin pour la première fois?	Année	Mois	Quelle est la date de votre dernière visite?	Année	Mois
--	-------	------	--	-------	------

Les visites étaient-elles liées à votre état de santé actuel? Oui Non **Si oui, donnez les raisons de vos visites.**

HOSPITALISATION

25. Si vous avez été admis(e) à l'hôpital au cours des deux dernières années, veuillez fournir les renseignements suivants. Si vous n'avez pas assez d'espace pour énumérer tous les hôpitaux, utilisez l'espace à la fin du questionnaire.

a) Nom de l'hôpital Adresse postale

Ville Province ou territoire Pays (s'il ne s'agit pas du Canada) Code postal

Date d'admission	Année	Mois	Jour	Date de sortie	Année	Mois	Jour	Nom du médecin traitant
------------------	-------	------	------	----------------	-------	------	------	-------------------------

Raison de l'admission et genre de traitement

b) Nom de l'hôpital Adresse postale

Ville Province ou territoire Pays (s'il ne s'agit pas du Canada) Code postal

Date d'admission	Année	Mois	Jour	Date de sortie	Année	Mois	Jour	Nom du médecin traitant
------------------	-------	------	------	----------------	-------	------	------	-------------------------

Raison de l'admission et genre de traitement

MÉDICAMENTS ET TRAITEMENT

26. Énumérez les médicaments que vous prenez actuellement.

Nom du médicament	Dose	Fréquence
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

27. Décrivez tout autre traitement actuel (counseling, physiothérapie).

28. Si d'autres traitements ou examens médicaux sont prévus, veuillez expliquer et indiquer les dates.

29. Veuillez indiquer les appareils médicaux que vous utilisez (par exemple : béquilles, canne, membre artificiel, attelles, orthèses, fauteuil roulant, appareil auditif, stimulateur cardiaque, accessoire de stomie).

RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE

30. Si l'on estimait que vous étiez un candidat convenable, accepteriez-vous de prendre part à un programme de réadaptation professionnelle?

- Oui **Si non**, veuillez expliquer.
 Non

31. Participez-vous ou avez-vous déjà pris part à un programme de réadaptation professionnelle?

- Oui **Si oui**, veuillez fournir les détails.
 Non

DÉCLARATION ET SIGNATURE

Je reconnais que ces renseignements personnels sont régis par la *Loi sur la protection des renseignements personnels* et qu'ils peuvent être divulgués quand l'autorise le Régime de pensions du Canada.

Je conviens d'informer le Régime de pensions du Canada de tout changement qui pourrait avoir un effet sur mon admissibilité aux prestations. Cela comprend : une amélioration de mon état de santé, un retour au travail (à plein temps, à temps partiel, à titre de bénévole ou pour une période d'essai); la fréquentation scolaire ou universitaire; la poursuite d'une formation dans les métiers ou technique; ou tout programme de réadaptation.

NOTE : Si vous faites une déclaration fautive ou trompeuse, vous vous exposez à une pénalité administrative et intérêts, le cas échéant, en vertu du *Régime de pensions du Canada*, ou à une poursuite pour infraction. Si vous recevez ou obtenez des prestations auxquelles vous n'êtes pas admissible, elles devraient être remboursées.

Signature du demandeur ou du représentant

Année Mois Jour

Numéro de téléphone

X

Utilisez cet espace au besoin. Indiquez le numéro de la question à laquelle vous répondez.