



DEMANDE DE PRESTATIONS D'INVALIDITÉ

Renseignements protégés une fois rempli.

N° de dossier de l'AC			
N° de décision			
Date de la demande	Année	Mois	Jour

Indiquer la langue officielle de votre choix

en communication orale? Français Anglais

en correspondance? Français Anglais

Quelle est la langue de choix de votre époux (épouse)/conjoint(e) de fait

en communication orale? Français Anglais

en correspondance? Français Anglais

Représentant(e) : _____

A - RENSEIGNEMENTS SUR LE (LA) REQUÉRANT(E)

M. <input type="radio"/> M ^{ME} <input type="radio"/> M ^{LLE} <input type="radio"/> Autre <input type="radio"/> Précisez : _____			
Nom de famille		Prénom(s)	
Êtes-vous un(e) employé(e) d'Anciens Combattants? Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>			
N°(s) matricule(s)		Date de l'enrôlement	
		Année	Mois
Types de service (p. ex. Seconde Guerre mondiale, ZSS, Forces rég., GRC)		Jour	
Date de la libération	Année	Mois	Jour
Lieu de la libération			
Adresse du domicile		Adresse postale (si elle diffère)	
Province/État		Province/État	
Adresse électronique			
Pays	Code postal/ Code de zone	Pays	Code postal/ Code de zone
N° de téléphone à domicile		N° de téléphone au travail ou autre	
Ind. régional		Ind. régional	
		Poste	
Date de naissance	Nom de fille (s'il y a lieu)	Pseudonyme(s)	
Année			
Mois			
Jour			

Renseignements sur le (la) requérant(e)...suite Renseignements protégés une fois rempli.

Nom de famille	Prénom(s)	N° de dossier
État civil		
Marié(e) <input type="radio"/>	Célibataire <input type="radio"/>	Relation de fait <input type="radio"/>
Séparé(e) <input type="radio"/>	Divorcé(e) <input type="radio"/>	Veuve/veuf <input type="radio"/>
Si marié(e), habitez-vous présentement avec votre époux(se)?		Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
Si non, veuillez donner la raison _____		
Si vous êtes dans une relation de fait, est-ce que vous avez habité ensemble sans interruption au cours de la dernière année?		Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
Si non, veuillez donner la raison _____		
Nom au complet de l'époux/de l'épouse/du conjoint de fait/de la conjointe de fait		
Nom de fille (s'il y a lieu) _____		
Date de naissance (époux, épouse, conjoint de fait, conjointe de fait)	Année Mois Jour	Date du mariage ou date du début de la relation de fait
		Année Mois Jour
Est-ce que votre époux(se)/conjoint(e) de fait a déjà présenté une demande de pension d'invalidité ou de personne à charge survivante à Anciens Combattants Canada?		Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
Si oui, veuillez donner le : ► N° de dossier _____ N° matricule _____		

Renseignements sur vos enfants à charge

Nom au complet	Lien de parenté	Date de naissance			Aux études? Cochez un (✓)		*	Nom et adresse avec qui l'enfant habite, s'il n'habite pas avec le (la) requérant(e)
		Année	Mois	Jour	Oui	Non		

* Si l'un de vos enfants à charge est handicapé, veuillez cocher.

B- DÉCLARATION DU (DE LA) REQUÉRANT(E) Renseignements protégés une fois rempli.

Nom de famille	Prénom(s)	N° de dossier
Affection réclamée	Avez-vous déjà reçu, recevez-vous actuellement, et/ou faites-vous actuellement une demande pour une autre indemnité (p.ex. indemnisation des accidentés du travail, responsabilité civile) en ce qui a trait à l'invalidité qui fait l'objet de la demande? Veuillez joindre les détails supplémentaires, s'il y a lieu. Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	
Expliquez le lien entre l'affection à l'étude et le service. (Donnez les détails concernant les maladies/blessures pertinentes survenues pendant le service, y compris les dates et les circonstances, ainsi que les traitements reçus.) Veuillez fournir la liste des codes de groupe professionnel militaire (GPM), des tâches ainsi que la période passée dans chaque poste, si possible.		
Décrivez comment vous avez maîtrisé l'affection à l'étude depuis son apparition. Avez-vous été traité pour l'affection? Si oui, quand et où?		
Quel effet cette affection réclamée a-t-elle eu sur vos activités de tous les jours?		
Nom et adresse des médecins/médecins consultants qui vous ont traité et qui peuvent fournir des renseignements sur votre cas.		

Nom de famille	Prénom(s)	N° de dossier
----------------	-----------	---------------

C - DÉCLARATION

Les renseignements consignés sur ce formulaire seront utilisés en vertu de la *Loi sur les pensions* ou, s'il y a lieu, de la *Loi sur les mesures de réinsertion et d'indemnisation des militaires et vétérans des Forces canadiennes*, suite à son entrée en vigueur prévue pour le 1^{er} avril 2006, pour les besoins d'administration des prestations d'invalidité. Ils sont protégés contre toute divulgation non autorisée en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Vous pouvez demander une copie de ce formulaire en écrivant au Bureau du coordonnateur de l'Accès à l'information et de la protection des renseignements personnels, C.P. 7700, Charlottetown (Î.-P.-É.) C1A 8M9.

Si vous êtes membre actif des Forces canadiennes, tous vos avantages de soins de santé doivent vous être fournis par les Forces canadiennes. Si Anciens Combattants Canada vous octroie une prestation d'invalidité, il devra fournir quelques renseignements aux autorités médicales des Forces canadiennes afin de leur permettre d'évaluer vos besoins en matière de santé et de prendre les mesures qui s'imposent. Les renseignements qui leur seront envoyés sont votre code médical aux fins de pension, la description de l'invalidité, la date d'entrée en vigueur, votre nom et votre numéro matricule.

On demande aux membres des Forces canadiennes de porter une attention particulière à la section « Forces canadiennes - Avis important » dans l'encart ci-joint de renseignements généraux.

Toute personne qui fait sciemment une déclaration fautive ou trompeuse est coupable d'une infraction.

Je déclare que les renseignements ici fournis sont, à ma connaissance, exacts et complets et je reconnais qu'ils ont la même force exécutoire que s'ils étaient faits sous serment.

X

Signature du (de la) requérant(e)

Date

À l'usage du bureau seulement

Nom de l'agent(e) des pensions	District	N° de téléphone - -
Signature		Date



Renseignements protégés une fois rempli.

AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX ET DE SERVICE

N° de dossier de l'AC

N°(s) matricule(s)

Nom de famille	Prénom(s)	Date de naissance (a-m-j)
----------------	-----------	---------------------------

Adresse

Nom du médecin, de l'hôpital et/ou de l'établissement

Adresse

Je donne la permission à un(e) représentant(e) du ministère des Anciens Combattants d'avoir accès à tous les documents dans mon dossier, ainsi qu'à tous les documents relatifs à des traitements spéciaux.

Les renseignements consignés sur ce formulaire seront utilisés en vertu de la *Loi sur les pensions* ou, s'il y a lieu, de la *Loi sur les mesures de réinsertion et d'indemnisation des militaires et vétérans des Forces canadiennes* suite à son entrée en vigueur prévue pour le 1^{er} avril 2006, pour les besoins d'administration des prestations d'invalidité. Ils seront protégés contre toute divulgation non autorisée en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Vous pouvez demander une copie de ce formulaire en écrivant au Bureau du coordonnateur de l'Accès à l'information et de la protection des renseignements personnels, C.P. 7700, Charlottetown (Î.-P.-É.) C1A 8M9.

Signature du (de la) client(e)/requérant(e)	Date	N° de téléphone au domicile <small>Ind. régional</small>
		N° de téléphone au travail <small>Ind. régional</small> Poste