

**ENQUÊTE SUR LES DEMANDES
D'INDEMNITÉ D'INVALIDITÉ –
PERSONNEL DU CIC/ ET DE LA
RÉSERVE**

Références : A. CFT 5010-1 (GI POL 3)
du 20 juillet 1995
B. QGSQFT 1080-1 (G1 Enq mil 2) du
14 août 1995
C. OAFIC 210-29
D. ORFC 210.72

OBJET

1. La présente ordonnance a pour but d'établir les dispositions devant être prises pour un membre victime d'une blessure afin d'établir son droit à l'indemnité d'invalidité en vertu des ordres et règlements présentement en vigueur.
2. L'introduction de ce format vise à réduire les formalités administratives et le temps consacré aux enquêtes afin de minimiser les délais pour l'obtention des indemnités pour nos membres.

RESPONSABILITÉS

3. Les indemnités d'invalidité à l'intention du personnel CIC ou des réservistes blessés pendant le service représentent une question importante pour le mouvement des cadets. Le nombre croissant de personnel du CIC assigné à des tâches de plus en plus exigeantes en matière d'instruction, contribuent à l'augmentation des blessures liées au service. Il existe une obligation évidente de fournir à nos membres et au personnel de la Force de Réserve blessé un service d'indemnité approprié et de procéder rapidement aux enquêtes et formalités administratives.
 4. À cette fin, le CFT a mis au point une formule normalisée servant aux enquêtes sur les demandes d'indemnité d'invalidité. Cette formule permet de fournir des renseignements exigés en vertu des règlements de manière claire et concise. Elle a été élaborée de concert avec le Directeur rémunération et avantages sociaux (administration) (DRASA) et le Directeur de la politique et du développement - Solde (DPOS),
- 1/2

**INVESTIGATION – CIC
PERSONNEL/RESERVE FORCE
DISABILITY COMPENSATION**

References: A. CFT 5010-1 (G1 POL 3)
dated 20 July 1995
B. LFQA 1080-1 (Gi Mil Enq 2) dated
14 August 1995
C. CFAO 210-29
D. QR&O 210.72

PURPOSE

1. The aim of this order is to establish the action to be taken for an injured member in order to establish his eligibility to disability compensation under the present rules and regulations.
2. The purpose of introducing this format, is to reduce administrative formalities and time dedicated to investigations in order to minimize delays in obtaining approval of compensation for our members.

RESPONSIBILITIES

3. Disabilities compensation for CIC personnel and Reservists injured while on military duty is a matter of significant concern. More so with the increasing number of personnel assigned to training which may be demanding, therefore increasing the possibility of injuries. There is a clear obligation to provide CIC members and Reservists injured on duty with timely and adequate compensation.
4. LFC recognizes its obligation and has developed a standardized format for the investigation of disability compensation claims. This format is intended to provide the information required under regulations in a clear and concise manner. It has been developed in consultation with Director Compensation – Benefits Administration (DCBA) and Director Pay Policy Development (DPPD) with input

avec l'apport des quartiers généraux des secteurs de la Force terrestre. Elle satisfait à l'obligation légale d'enquête sur les **demandes d'indemnité d'invalidité**. Elle ne vise pas les enquêtes sur les circonstances entourant les blessures (blessures graves ou susceptibles de causer une invalidité permanente) exigées en vertu d'autres règlements, bien qu'une copie puisse être annexée au support de ce type d'enquête.

5. Le document ci-joint fournit une normalisation du format de présentation d'une enquête lors d'une demande d'indemnité d'invalidité au sein de l'Unité régionale de soutien aux cadets (Est) (URSC Est).

6. Dorénavant, les enquêtes pour indemnité d'invalidité ainsi conduite, devront parvenir à l'URSC Est au plus tard 21 jours après la date de l'événement.

7. Dans tous les cas jugés nécessaires, l'URSC Est ordonnera la conduite d'une telle enquête. Les attributions seront préparées et signées par le Cmdt. Le contrôle des dossiers sera exercé par l'URSC Est, c'est-à-dire le BPR.

8. Selon la directive émise à la référence A, les formulaires suivants sont inclus :

BPR : OEM2 Admin

Publiée : 29 janvier 1999

Révisée: mars 2001

Annexes :

Annexe A Demande d'indemnité d'invalidité présentée en vertu de l'ORFC 210.72

Annexe B Attestation médicale

Annexe C Déclaration du militaire

Annexe D Déclaration de l'officier comptable

Annexe E Renseignements généraux – pension d'invalidité

from the Land Forces Area Headquarters, and meets the stationary requirements of investigation into **disability compensation** claims. It is not intended to investigate the circumstances surrounding injuries (serious injuries or likely to cause a permanent disability), required under other regulations, although it may be appended to any such investigation.

5. Effective immediately, the enclosed document will constitute the standard format for the investigation of disability compensation claims within Regional Cadet Support Unit (Eastern) (RCSU Eastern).

6. An investigation conducted under this format must be forwarded RCSU Eastern within 21 days of occurrence.

7. In case deemed necessary, the RCSU Eastern will order the investigation. Terms of reference will be prepared by RCSU Eastern and signed by the CO. Staffing procedures and documents control are also the RCSU Eastern responsibilities, which is exercised by the OPI.

8. As per the directive issued at reference A, the following forms are included:

OPI : SO2 Admin

Published: 29 January 1999

Reviewed: March 2001

Annexes:

Annex A Application for disability compensation under QR&O 210.72

Annex B Medical doctor's evidence

Annex C Member's statement

Annex D Accounting officer's statement

Annex E General information – Disability pension

PROTÉGÉ B (Une fois rempli)

(Numéro de dossier)

(Date)

DEMANDE D'INDEMNITÉ D'INVALIDITÉ PRÉSENTÉE EN VERTU DE L'ORFC 210.72

L'objet de la présent enquête sommaire est de déterminer si le militaire victime d'une blessure a droit à l'indemnité d'invalidité accordée en vertu de l'ORFC 210.72, et de fournir les renseignements nécessaires en vertu des ORFC 21.46 et 21.47 ainsi que de l'O AFC 210.29. Elle ne sert pas d'enquête sur les circonstances entourant la blessure exigée par d'autres règlements (c.-à-d. un accident survenu à l'entraînement et pour lequel une indemnité pourrait être demandée par ou contre la Couronne). Une copie de la présente formule peut toutefois être annexée aux documents produits pour de telles enquêtes.

La présente formule doit être utilisée pour TOUTES les demandes d'indemnité d'invalidité présentées aux Commandements en vertu de l'ORFC 210.72. Elle doit être acheminée par l'entremise de la chaîne de commandement au Quartier général approprié en trois copies, dans les 30 jours qui suivent la date de l'accident, comme il est indiqué au para 37 de l'O AFC 21-9. Les conclusions de l'enquête sommaire seront ensuite étudiées et l'ORIGINAL de la formule sera envoyé au Quartier général de la Défense nationale avec les recommandations pertinentes.

I. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

1.

NUMÉRO DE MATRICULE	NOM	PRÉNOMS	
DATE DE NAISSANCE	GRADE	GPM	ÉLÉMENT
UNITÉ DU MILITAIRE ET CIU			
DATE ET HEURE DE L'ACCIDENT	LIEU DE L'ACCIDENT		CLASSE DU SERVICE AU MOMENT DE L'ACCIDENT (INCLURE DATES)
ADRESSE POSTALE ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU MILITAIRE			

PROTÉGÉ B (Une fois rempli)

PROTECTED B (When completed)

(File number)

(Date)

APPLICATION FOR DISABILITY COMPENSATION UNDER QR&O 210.72

The purpose of this summary investigation is to determine the injured member's entitlement to Disability Compensation under QR&O 210.72, and is designed to provide the information required by QR&O 21.46, 21.47, CFAO 210.29. It is not meant to investigate circumstances surrounding the injury by other regulations (i.e. a training accident involving possible Claim By or Against the Crown). This does not preclude a copy of this form from being appended to any such investigation.

This form shall be used for ALL applications for Disability Compensation under QG&O 210.72. It shall be forwarded through the chain of command to the appropriate Headquarters in triplicate within 30 days of the accident, as specified in CFAO 21-9 para 37. The summary investigation will then be reviewed and the ORIGINAL copy shall be forwarded to National Defence Headquarters with appropriate recommendations.

I. PERSONAL INFORMATION

1.

SERVICE NUMBER	SURNAME	GIVEN NAMES	
DATE OF BIRTH	RANK	MOC	ÉLÉMENT
MEMBER'S UNIT AND UIC			
DATE AND TIME OF ACCIDENT	PLACE OF ACCIDENT		CLASS OF SERVICE WHEN INJURY OCCURRED (INCLUDE DATES)
MEMBER'S MAILING ADDRESS AND TELEPHONE NUMBER			

PROTECTED B (When completed)

PROTÉGÉ B (Une fois rempli)

II. EXPOSÉ DES FAITS

2. (Décrire brièvement les circonstances entourant l'accident. Fournir, à titre d'appendice 1 de l'annexe A, une copie de la formule CF 98 - Rapport en cas de blessures ou de décès immédiat en résultant remplie, ainsi que toute déclaration de témoins en annexe F).

III. CONCLUSIONS

3. (Fournir les renseignements suivants, exigés en vertu de l'ORFC 21.47. Lire au préalable l'O AFC 210.29, para : 12-13. Faire un «X» dans la case appropriée).

a. Quelle est la cause de la blessure?

	OUI	NON
b. Le militaire était-il en service au moment où il a été blessé? Si la réponse est OUI, expliquer la nature des fonctions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Le militaire ou toute autre personne peut-il être blâmé pour la blessure subie? Si la réponse est OUI, expliquer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. La blessure est-elle attribuable à l'exercice des fonctions militaires? Si la réponse est OUI, expliquer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Le militaire a-t-il reçu, réclamé ou entend-il réclamer une indemnité de la personne responsable de la blessure? Si la réponse est OUI, expliquer. (ORFC 21.48).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PROTÉGÉ B (Une fois rempli)

PROTECTED B (When completed)

II. NARRATIVE

2. (Provide a brief explanation of the circumstances surrounding the accident. Attach a copy of a fully completed CF 98 - Report of injuries or immediate Death Therefrom at Annex A, Appendix 1, and any statements of witnesses at Annex F).

III. FINDINGS

3. (Provide the following information, as required by QR&O 21.47. Before proceeding read CFAO 210-29 paras: 12-13. Mark an "X" in the appropriate box).

a. What was the cause of the injury?

b. Was the member on duty at the time of injury? If YES, explain the nature of the duty.

YES NO

c. Was the injured member or any other person to blame for the injury? If YES, explain.

d. Was the injury attributable to military service? If YES, explain.

e. Has the injured member received, claimed, or intend to claim compensation from the person at fault? If YES, explain. (See QR&O 21.48).

PROTECTED B (When completed)

PROTÉGÉ B (Une fois rempli)

IV. DROIT À L'INDEMNITÉ D'INVALIDITÉ

Avant de répondre aux questions, lire l'ORFC 210.72 (1) et l'O AFC 210-29.

Si la blessure subie par le militaire est considérée comme étant attribuable à l'exercice de ses fonctions, poursuivre en marquant d'un «X» la case appropriée.

Si la blessure subie par le militaire n'est pas considérée comme étant attribuable à l'exercice de ses fonctions, consulter l'O AFC 210.29, para : 8 pour connaître ses droits :

- | | OUI | NON |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 4. Le militaire a-t-il continué à toucher sa solde et des indemnités de la Réserve jusqu'à la fin de la période de service au cours de laquelle il a été blessé? Si la réponse est non, quant l'emploi a-t-il pris fin? (Inclure la fiche de solde de classe A, la feuille de route de classe B ou l'ordre d'entraînement de classe C). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Date de fin d'emploi : _____ | | |
| 5. Le militaire occupait-il un emploi civil à temps plein/partiel? (Si la réponse est OUI, remplir l'appendice 1 de l'annexe C). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Le militaire a-t-il été absent de son travail civil pendant la période d'incapacité, comme il est décrit à l'annexe B? (Si la réponse est OUI, remplir l'appendice 1 de l'annexe C). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Le militaire était-il sans emploi au moment de la blessure ou pendant la période d'incapacité? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Si le militaire était sans emploi, aurait-il pu chercher un emploi rémunéré compte tenu des restrictions médicales imposées par le médecin militaire à l'annexe B? (Si la réponse est NON , expliquer). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Le militaire était-il étudiant à temps plein au moment de la blessure ou pendant la période d'incapacité? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Le militaire était-il en mesure de participer à l'entraînement de classe A prévu? (Si la réponse est NON et si le militaire était étudiant à temps plein, remplir l'appendice 2 de l'annexe C). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. La période de traitement du militaire, y compris la période d'hospitalisation et la période d'incapacité, est la suivante : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| du _____ au _____ et | | |
| du _____ au _____ | | |
| (s'assurer que l'annexe B remplie est jointe). | | |
| 12. Le militaire a-t-il été libéré de la Réserve par suite de sa blessure? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Date de libération : _____ | | |

PROTÉGÉ B (Une fois rempli)

PROTECTED B (When completed)

IV. ENTITLEMENT TO DISABILITY COMPENSATION

Before proceeding, read QR&O 210.72 (1) and CFAO 210-29.

If the member suffered an injury which is considered to be attributable to the performance of military service, proceed and mark an "X" in the appropriate box.

If the member suffered an injury which is not considered to be attributable to the performance of military service, refer to CFAO 210-29, para: 8 for entitlements.

4. Did the member continue to receive Reserve pay and allowances until the end of the scheduled Reserve Service during which the injury occurred? If **NO**, when was employment ceased? (Include Class A pay sheet, Class B Route Letter, or Class C Training Order). YES NO

Date of cessation of employment: _____

5. Did the member have any full-time/part-time civilian employment? (If **YES**, complete Appendix 1 of Annex C).

6. Was the member absent for his/her place of civilian employment during the period of incapacitation as outlined at Annex B? (If **YES**, complete Appendix 1 of Annex C).

7. Was the member unemployed at the time of the injury or during the period of incapacitation?

8. If the member was unemployed, could he/she have sought gainful employment within the medical limitations imposed by the Medical Officer in Annex B? (If **NO**, explain).

9. Was the member a full-time student at the time of the injury or during the period of incapacitation?

10. Was the member able to attend scheduled Class A training days? (If **NO** and member was a full-time student, complete Appendix 2 of Annex C).

11. The member's period of treatment, including the period of hospitalization and period of incapacitation is as follows:

from _____ to _____ and

from _____ to _____

(ensure completed Annex B is enclosed).

12. Was the member released from the Reserve Force subsequent to the injury?

Date of release: _____

PROTECTED B (When completed)

PROTÉGÉ B (Une fois rempli)

V. RECOMMANDATIONS

Remplir les espaces appropriés ci-dessous. Se référer au para : 4 ci-dessus pour connaître les dates.
Rayer tout énoncé qui ne s'applique pas.

13. J'estime que les conclusions de ce rapport sont complètes et exactes.

14. Je recommande que (Grade, nom, initiales) _____ touche l'indemnité d'invalidité en vertu de l'ORFC 210.72 (1)(a) pour la(les) période(s) d'hospitalisation suivante(s) pendant laquelle/lesquelles aucune solde ne lui a été versée :

du _____ au _____ et

du _____ au _____

15. Je recommande que (Grade, nom, initiales) _____ touche l'indemnité d'invalidité en vertu de l'ORFC 210.72(1)(b) pour les périodes d'incapacité suivantes :

du _____ au _____ et

du _____ au _____

16. En vertu de l'O AFC 210-29 para : 11, je recommande que le militaire, un étudiant à temps plein, soit remboursé pour l'entière période d'hospitalisation et la période d'incapacité, pour la perte de revenu provenant d'un emploi à temps partiel (comme il est indiqué à l'annexe C, appendices 1 et 2) ainsi que pour les dépenses réelles et raisonnables découlant de sa blessure.

17. J'estime qu'une indemnité d'invalidité ne peut être versée pour les raisons suivantes :

(Attache de signature de l'officier enquêteur)

(Date)

PROTÉGÉ B (Une fois rempli)

PROTECTED B (When completed)

V. RECOMMENDATIONS

Fill in the appropriate recommendation(s) below. Refer to para: 4 above for dates. Strike out any statement which does not apply.

13. I am satisfied that the findings of this report are complete and accurate.

14. I recommend that (Rank, name, initials) _____ be paid Disability Compensation under QR&O 210.72 (1)(a) for the following hospitalized period(s) for which no pay was received:

from _____ to _____ and

from _____ to _____

15. I recommend that (Rank, Name, Initials) _____ be paid Disability Compensation under QR&O 210.72(1)(b) for the following periods of incapacitation:

from _____ to _____ and

from _____ to _____

16. Pursuant to CFAO 210-29 para: 11, I recommend that the member, a full-time student, receives compensation for the full period of hospitalization, and during the period of incapacitation, for lost part-time employment (as outlined at Annex C, Appendixes 1 and 2) and actual and reasonable expenses incurred as a result of the injury.

17. I consider that there is no entitlement to disability compensation for the following reasons:

(Signature Block of Investigating Officer)

(Date)

PROTECTED B (When completed)

PROTÉGÉ B (Une fois rempli)

VI. COMMENTAIRES/APPROBATION DU COMMANDANT

À la sortie de l'hôpital ou à la fin de chaque période d'hospitalisation de 30 jours, une avance sur l'indemnité d'invalidité peut être versée avec l'autorisation du cmdt, en vertu de l'O AFC 210-29, para : 14. Le cmdt peut autoriser le versement de l'indemnité d'invalidité au moyen du système de mouvement des données du personnel de la Réserve (MDPR). Rayer toute proposition qui ne s'applique pas.

18. J'estime que les renseignements fournis dans ce rapport sont complets et exacts. Je suis d'accord avec les conclusions de l'enquête sommaire et les recommandations de l'officier enquêteur.

19. Je recommande que (grade, nom, initiales) _____ touche l'indemnité d'invalidité en vertu de l'ORFC 210.72(1)(a) pour les périodes d'hospitalisation suivantes :

du _____ au _____

20. Je recommande que (grade, nom, initiales) _____ touche l'indemnité d'invalidité en vertu de l'ORFC 210.72(1)(b) pour les périodes d'incapacité suivantes :

du _____ au _____

21. En vertu de l'O AFC 210-29 para : 11, je recommande que le militaire, un étudiant à temps plein, soit remboursé, pour l'entière période d'hospitalisation, pour la perte de revenu provenant d'un emploi à temps partiel (comme il est indiqué à l'annexe C, appendices 1 et 2) ainsi que pour des dépenses réelles et raisonnables découlant de sa blessure.

22. L'indemnité d'invalidité en vertu de l'ORFC 210.72(1)(b) n'est pas indiquée dans le cas présent.

23. CONSEIL DE RÉVISION DES CARRIÈRES (MÉDICAL) :

Si le militaire a subi des blessures graves entraînant une incapacité de plus de trois mois ou une invalidité permanente ou si un changement de catégorie médicale est prévu, un CRC(M) doit être convoqué conformément à l'O AFC 34-26 et à l'OCFT 29-8. Indiquer ci-dessous si l'intervention du CRC(M) est nécessaire dans le cas présent, ainsi que la date à laquelle le CRC(M) est censé se réunir. Une copie des conclusions du CRC(M) doit être transmise au DSJP/QGDN, qui la versera au dossier d'indemnité du militaire.

L'intervention du CRC(M) est-elle indiquée dans le cas présent? Oui Non

(Si la réponse est oui, quelle est la date du CRC(M) prévue)? _____

24. Je certifie que le militaire blessé a été informé des dispositions de la Loi sur les pensions et du contenu de l'O AFC 56-18 (s'il y a lieu) et a reçu une copie de l'annexe E.

(Attache de signature du commandant)

(Date)

PROTÉGÉ B (Une fois rempli)

PROTECTED B (When completed)

VI. COMMANDING OFFICER'S COMMENTS/ENDORSEMENT

Following release of the member from hospital, or at the end of each 30 day period of hospitalization, an advance of Disability Compensation may be made in arrears on the authority of the CO, as provided under CFAO 210-29, para 14. The CO may authorize payment of Disability Compensation by Reserve Personnel Data Transaction (RPDT). Strike out any of the following statements which do not apply.

18. I am satisfied that the information provided in this report is complete and accurate. I concur with the findings of the Summary Investigation and the recommendations of the Investigating Officer.

19. I recommend that (Rank, Name, Initials) _____ be paid Disability Compensation under QR&O 210.72(1)(a) for the following periods of incapacitation:

from _____ to _____

20. I recommend that (Rank, Name, Initials) _____ be paid Disability Compensation under QR&O 210.72(1)(b) for the following periods of incapacitation:

from _____ to _____

21. Pursuant to CFAO 210-29 para: 11, I recommend that the member, a full-time student, receive compensation for the full period of hospitalization, for lost part-time employment (as outlined at Annex C, Appendixes 1 and 2) and for actual reasonable expenses incurred as a result of the injury.

22. Disability Compensation under QR&O 210.72(1)(b) is not indicated in this case.

23. CAREER REVIEW BOARD (MEDICAL):

If the member's injuries are of a serious nature resulting in incapacitation of greater than three months duration, or if a permanent disability or change to medical category is suspected, a CRB(M) must be convened as outlined at CFAO 34-26 and LFCO 29-8. Indicate below whether CRB(M) action is required in this case, and the expected date of the CRB(M).

Is a CRB(M) indicated in this case? Yes No

(If yes, give the expected date of the CRB(M). _____)

24. I certify that the injured member has been informed of the provisions of the **Pension Act** and CFAO 56-18 (if applicable) and has been provided with a copy of Annex E.

(Signature Block of Commanding Officer)

(Date)

PROTECTED B (When completed)

Annexe A
OCRE 205

PROTÉGÉ B (Une fois rempli)

VII. COMMENTAIRES DU COMMANDANT DE DISTRICT/GROUPE

(Attache de signature du commandant)

(Date)

VIII. COMMENTAIRES DU COMMANDANT DU COMMANDEMENT/SECTEUR

(Attache de signature du commandant)

(Date)

PROTÉGÉ B (Une fois rempli)

A-11/12

MOD/CH 12/03

PROTECTED B (When completed)

VII. DISTRICT/GROUP COMMANDER'S COMMENTS

(Signature Block of Commander)

(Date)

VIII. COMMAND/AREA COMMANDER'S COMMENTS

(Signature Block of Commander)

(Date)

PROTECTED B (When completed)

A-12/12

MOD/CH 12/03

PROTÉGÉ B (Une fois rempli)

Date : _____

ATTESTATION MÉDICALE

1. DÉCLARATION GÉNÉRALE (nature de la blessure, hospitalisation, traitement, possibilité d'invalidité permanente. Indiquer si l'incapacité est due ou liée à l'état de santé avant l'enrôlement).

2. HOSPITALISATION : (O AFC 210-29 para : 7a)

a. Le militaire a-t-il été admis à l'hôpital? Oui Non

b. Si la réponse est OUI, inscrire le nom et l'adresse de l'hôpital :

Nom :

Adresse :

Dates de toutes les périodes d'hospitalisation :

du _____ au _____ et

du _____ au _____

Nota :

Périodes d'hospitalisation ininterrompues seulement. Ne comprend pas les périodes de traitement ambulatoire.

PROTÉGÉ B (Une fois rempli)

B-1/4

MOD/CH 12/03

PROTECTED B (When completed)

Date: _____

MEDICAL DOCTOR'S EVIDENCE

1. GENERAL STATEMENT (nature of the injury, hospitalization, treatment, possibility of permanent disability, and whether incapacitation due to or related to pre-enrolment condition).

2. HOSPITALIZATION: (CFAO 210-29 para: 7a)

a. Was the member admitted to a hospital?: Yes No

b. If YES, give the name and location of the hospital:

Name:
Address:

Dates for all periods of hospitalization:

from _____ to _____ and

from _____ to _____

Note: Continuous periods of hospitalization only. Do not include periods of out-patient treatment.

PROTECTED B (When completed)

PROTÉGÉ B (Une fois rempli)

Date : _____

3. TRAITEMENT AMBULATOIRE REÇU (qui empêche le militaire de reprendre son emploi militaire ou civil) : Dates : _____

4. PÉRIODE D'INCAPACITÉ : (O AFC 210-29 para : 7b(1))

Je certifie que le militaire a reçu un traitement au cours de la période pour laquelle une indemnité a été demandée et qu'il était incapable de reprendre son travail normal pendant la(les) période(s) suivante(s) :

du _____ au _____ et

du _____ au _____

(Signature du médecin)

(Date)

Nota :

1. Par «période d'incapacité» on désigne la période qui suit la cessation du service de Réserve et pendant laquelle un membre de la Réserve qui souffre d'une blessure, d'une maladie ou d'un état pathologique attribuable à l'exercice de ses fonctions en service de Réserve de classe «A», «B» ou «C» subit un traitement médical sans être hospitalisé.

2. Joindre en appendice une copie de la formule CF 98 – Rapport en cas de blessures ou de décès immédiat en résultant, et de toute attestation médicale prouvant que l'incapacité était directement attribuable à la blessure subie, si une telle preuve existe.

3. FACTUREES POUR SOINS MÉDICAUX/DENTAIREES : toute facture pour soins médicaux fournis par des organismes civils doit être transmise au médecin/dentiste de l'USS (via le Détachement des cadets) appropriée aux fins de paiement. Ne pas annexer au présent document.

PROTÉGÉ B (Une fois rempli)

B-3/4

MOD/CH 12/03

PROTECTED B (When completed)

Date: _____

3. DETAILS OF OUT-PATIENT TREATMENT (which prevent the member from resuming military/civilian employment): Dates: _____

4. PERIOD OF INCAPACITATION: (CFAO 210-29 para: 7b(1))

Certified that the member was undergoing treatment during which compensation is claimed and the member was unable to resume his/her normal occupation for the following period(s):

from _____ to _____ and

from _____ to _____

(Medical Officer's signature)

(Date)

Note:

1. A "period of incapacitation" means that period of time subsequent to the termination of Reserve Service that a member of the Reserve Force, who suffers an injury, disease or illness attributable to the performance of Class "A", Class "B" or Class "C" Reserve Service, undergoes medical treatment but is not in hospital for that injury, disease or illness.

2. Attached as an Appendix a copy of the CF98 – Report on injuries or immediate Death Therefrom and any relevant medical evidence as to whether the incapacitation was a direct result of the injury, if such evidence is available.

3. **MEDICAL/DENTAL BILLS:** Any civilian medical bills should be forwarded through the appropriate ASU Surgeon/Dental Officer (through the Cadet Det) for payment and should not be attached to this Summary Investigation.

PROTECTED B (When completed)

PROTÉGÉ B (Une fois rempli)

Date : _____

DÉCLARATION DU MILITAIRE

Je, _____ déclare par la présente avoir souffert d'une incapacité, du _____ au _____, tel qu'il est indiqué à l'annexe B de l'Attestation médicale et que : (rayer toute proposition qui ne s'applique pas).

1. J'avais/je n'avais pas d'emploi rémunéré avant ou pendant ma période d'incapacité.
2. J'ai/je n'ai pas reçu de salaire ou de paye de mon employeur civil pendant la période d'incapacité indiquée plus haut. Le nom de mon employeur est _____, et la déclaration de l'employeur est annexée à l'appendice 1 de la présente annexe.
3. J'étais/je n'étais pas étudiant à temps plein avant ou pendant la période d'incapacité indiquée plus haut.
4. J'ai touché/j'ai demandé des prestations d'assurance-emploi (AE) pendant la période d'incapacité indiquée plus haut, et je me suis adressé au bureau des CRHC suivants :

(Adresse, ville, province, code postal et numéro de téléphone)

5. J'ai demandé/j'ai reçu une indemnisation des accidentés du travail (AT), pendant la période d'incapacité indiquée plus haut, et je me suis adressé au bureau des AT suivants :

(Adresse, ville, province, code postal et numéro de téléphone)

6. Je reconnais que, bien que je puisse réclamer des prestations d'assurance-emploi (AE) et une indemnisation des accidentés du travail (AT), tout versement d'indemnité d'invalidité accordée en vertu de l'ORFC 210.72 pendant la période d'incapacité indiquée plus haut peut avoir des incidences sur mon droit à l'assurance-emploi et aux indemnisations des AT.

7. Je reconnais avoir reçu copie de l'annexe E et je sais qu'il m'incombe de présenter une demande de pension d'invalidité en vertu de la Loi sur les pensions. (Nota : En tant que membre de la Réserve, la date d'entrée en vigueur de tout droit accordé en vertu de cette Loi est la date à laquelle vous avez communiqué avec le ministère des Anciens combattants ou avec un avocat/officier militaire autorisé).

8. Mon numéro d'assurance sociale est : _____

(Signature du militaire)

(Date)

PROTÉGÉ B (Une fois rempli)

C-1/2

MOD/CH 1/99

PROTECTED B (When completed)

Dated : _____

MEMBER'S STATEMENT

I, _____ do hereby declare that I was incapacitated
from _____ to _____ as indicated in the Medical Statement at Annex B
and that : (Strike out any of the following which do not apply).

1. I was/was not gainfully employed prior to or during my period of incapacitation.
2. I did/did not receive any salary or wages from my civilian employer during the above period of incapacitation. My employer's name is _____ , and the Employer's Statement is attached as Appendix 1 to this Annex.
3. I was/was not a full-time student prior to or during the above period of incapacitation.
4. I have made application for/received Employment Insurance (EI) benefits for the above period of incapacitation through the following HRCC office:

(Street address, City, Province, Postal code et telephone number)

5. I have made application for/received Workers' Compensation (WC) benefits for the above period of incapacitation through the following WC office:

(Street address, City, Province, Postal code et telephone number)

6. I acknowledge that, while I may be entitled to claim Employment Insurance (EI) and/or Workers' Compensation (WC) benefits, I am aware that any payment of Compensation for Disability pursuant to QR&O 210.72 during the above period of incapacitation may affect my entitlement to EI and/or WC benefits.
7. I acknowledge that I have received a copy of Annex E and I am aware that it is my responsibility to make an application for a disability pension under the Pension Act. (Note: as a member of the Reserve Force, the effective date of any entitlement under this Act is the date on which contact was made with Veterans' Affairs Canada or an authorized Advocate/Service Officer).
8. My Social Insurance Number is as follows: _____

(Signature of Member)

(Date)

PROTECTED B (When completed)

PROTÉGÉ B (Une fois rempli)

Date : _____

DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR DU MILITAIRE

Le présent appendice doit être rempli par l'employeur du militaire qui a subi une blessure. On doit y indiquer les détails relatifs à toute indemnité ou tout paiement reçu en vertu de tout plan d'assurance financé par cotisations.

Nom de l'employeur : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____

Je certifie par la présente que _____ , un employé de cette entreprise, était absent de son travail du _____ au _____. Son taux de traitement normal est de _____ \$ et le montant brut du salaire qui lui aurait été versé s'il s'était présenté au travail pendant la période d'incapacité aurait été de _____ \$.

(Attache de signature de l'employeur du militaire ou représentant)

(Date)

PROTÉGÉ B (Une fois rempli)

C1-1/2

MOD/CH 1/99

PROTECTED B (When completed)

Dated: _____

STATEMENT OF MEMBER'S EMPLOYER

This Appendix is to be validated by the injured member's employer. Details of sick leave benefits or payments made through any contributory insurance scheme should be included in this statement.

Name of employer: _____

Address: _____

Telephone number: _____

This is to certify that _____, an employee of this firm, was absent from work from _____ to _____. His/Her normal rate of pay is _____ \$ and the gross amount of wages he/she would have received had he/she been able to work during the above mentioned period would have been _____ \$.

(Signature of Member's Employer or Representative).

(Date)

PROTECTED B (When completed)

PROTÉGÉ B (Une fois rempli)

Date : _____

DÉCLARATION DU MILITAIRE
PERTE DE JOURS D'ENTRAÎNEMENT EN SERVICE DE CLASSE A

Le présent appendice doit être rempli si le militaire est étudiant à temps plein et s'il n'a pu se présenter à son unité lors de l'entraînement prévu ou des soirs de rassemblement. Cet appendice doit être comparé à la déclaration de l'officier comptable, à l'annexe C.

Mois	Journée complète d'entraînement (Date)	Demi-journée d'entraînement (Dates)

(Attache de signature du Commandant)

(Date)

PROTÉGÉ B (Une fois rempli)

C2-1/2

MOD/CH 1/99

PROTECTED B (When completed)

Dated : _____

**STATEMENT OF MEMBER'S
LOST CLASS A TRAINING DAYS**

This Appendix is to be completed if the member is a full-time student and was unable to parade with his/her unit during scheduled unit training and/or parade nights. This appendix should be verified against the Accounting Officer's Statement, Annex C.

Month	Full Day Training (Date)	Half Day Training (Dates)

(Signature block of Commanding Officer)

(Date)

PROTECTED B (When completed)

Date : _____

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX – PENSION D'INVALIDITÉ

1. Si vous croyez souffrir d'une invalidité à long terme, attribuable aux blessures faisant l'objet de l'enquête, ou de tout autre trouble médical relié au service militaire, vous devriez communiquer avec le bureau d'Anciens combattants Canada (AC) le plus près pour établir la date de votre demande. (Le bureau du district d'Ottawa est désigné comme point de contact pour les candidats qui résident hors du Canada). Vous pouvez vous procurer une formule de demande de pension d'invalidité (formule PEN 923 (95-05)) par l'entremise de la salle des rapports de votre unité ou du bureau d'AC le plus près de chez vous, où on pourra gratuitement vous aider à remplir et à présenter votre demande. Certains organismes d'anciens combattants comme la Légion royale canadienne, les Amputés de guerre du Canada et les Anciens combattants de l'armée, de la marine et des forces aériennes au Canada offrent également une aide gratuite. Vous pouvez aussi faire appel aux services d'un avocat à clientèle privée, mais vous devez alors payer vous-même les frais de préparation et de présentation de votre demande. Pour obtenir l'adresse et le numéro de téléphone des bureaux d'AC et de l'officier de service de la Légion, vous pouvez vous adresser à votre salle des rapports ou encore consulter le bottin téléphonique local.

2. Les pensions accordées à l'égard d'invalidités ou de décès liés au service militaire sont versées en vertu de la Loi sur les pensions, qui stipule qu'un lien doit être établi entre le trouble médical et le service militaire pour qu'une pension soit octroyée. C'est au requérant qu'il incombe de présenter une demande et de prouver qu'il a droit à une pension. Le rôle des Forces canadiennes se limite à fournir les preuves documentaires sur autorisation du requérant. Il faut bien se rappeler que pour les réservistes, tout droit à une pension d'invalidité aux termes de la Loi sur les pensions n'entre en vigueur qu'à la date de présentation de la demande, c'est-à-dire à la date à laquelle le contact a été établi avec AC et non pas à compter de la date à laquelle la blessure a été subie.

3. Le ministère des Anciens combattants se prononce sur le droit à une pension d'invalidité en fonction des dispositions de la Loi sur les pensions. Une fois établi le droit à la pension, AC doit évaluer le degré de l'invalidité, c'est-à-dire la mesure dans laquelle l'invalidité influe sur les activités du requérant dans sa vie de tous les jours.

4. Le montant de la pension versée est fonction du degré d'invalidité constaté à l'occasion d'un examen médical, selon les taux fixés par la loi. Le degré d'invalidité est exprimé en terme de pourcentage qui s'échelonne de 0 à 100 pour cent. Lorsqu'une invalidité est évaluée de 1 à 4 pour cent, le pensionné reçoit un règlement sous forme de versement unique. Si toutefois le degré d'invalidité est évalué à 5 pour cent ou plus, il y a versement d'une pension mensuelle.

5. Une pension supplémentaire peut être accordée aux personnes à charge admissibles, c'est-à-dire un conjoint et des enfants, qui vivent avec le pensionné ou sont à sa charge. Pour qu'une pension supplémentaire soit versée à l'égard d'un conjoint de droit commun, le pensionné doit avoir vécu avec ce conjoint pendant au moins un an. Aucune pension supplémentaire n'est accordée au cours de la première année de vie commune.

6. Les pensions d'invalidité sont versées comme un droit indépendamment des autres revenus d'un pensionné. Les pensions sont indexées chaque année, le 1^{er} janvier, pour compenser l'inflation. Les pensions d'invalidité sont payées en argent canadien et elles ne sont pas assujetties à l'impôt sur le revenu. Ni le sexe du pensionné ni le grade qu'il détenait au cours de sa carrière militaire n'influent sur le montant de la pension versée. La pension pour une invalidité imputable au service dans une zone de service spécial peut être versée à tous les militaires des FC, même s'ils sont encore en service. Des pensions pour des invalidés liés au service militaire en temps de paix peuvent également être versées, même si le pensionné continue de servir dans la Force de réserve, alors que ces mêmes pensions d'invalidité accordées aux militaires de la Force régulière commencent à être versées le lendemain de la date de libération ou du transfert de la Force régulière.

Dated: _____

GENERAL INFORMATION – DISABILITY PENSION

1. If you feel that you are suffering, or might suffer, from any long term disability arising out of the injuries being investigated, or any other condition which is related to your military service, you should contact the nearest Veterans Affairs Canada (VAC) office to establish your date of application. (The Ottawa District Office is designated at the contact point for those applicants who reside outside of Canada). The application for Disability designated at the contact point for those applicants who reside outside of Canada). The Application for Disability Pension, form PEN 923 (95-05), may be obtained through your Unit Orderly Room or from the nearest VAC office where free assistance in preparing and submitting your application is available. Free assistance is also provided by some veterans' organization such as the Royal Canadian Legion (RCL), The War Amputations of Canada and the Army, Navy and Air Force Veterans in Canada. Conversely, you may wish to obtain the services of a private solicitor, but you will be responsible for any costs involved in the preparation and presentation of your application. The address and telephone number of the nearest VAC office and the RCL service officer may be obtained from your unit orderly room, or the local telephone directory.
2. The Pension Act is the legislation under which pensions are awarded for disability or death related to military service. The legislation provides that a relationship between a medical condition and military service must be established before a pension entitlement can be awarded. The responsibility for making an application for pension and the burden or persuasion rests with the applicant. The role of the CF is limited to the provision of existing documentary evidence, when authorized by the applicant. It should be borne in mind that, as a member of the Reserve Force, any entitlement to a disability pension under the Pension Act is effective only from the date of the application i.e. date on which contact was made with VAC, and not from the date of the injury itself.
3. The Department of VAC rules on disability pension entitlement under the provisions of the Pension Act. Once the entitlement has been established, it is then necessary for VAC to assess the disability resulting from the pensionable condition, i.e. how the disability affects the pensioner in activities of daily living.
4. The amount of pension awarded must be based on the extent of disability suffered from pensioned conditions, as verified by medical examination, and paid in accordance with rates set out in the Act. The extent of disability is expressed as a percentage which may range from 0% to 100%. A disability assessed from 1% to 4% results in a settlement of a single payment. A disability assessed at 5% or higher, however, results in the payment of a monthly pension.
5. Additional pension may be payable on behalf of qualified dependants, i.e. spouse and children, if they are living with or being maintained by the pensioner. For additional pension to be paid on behalf of a common-law spouse, the pensioner must have resided with that person as husband or wife for at least one year. No additional pension can be paid during that first one-year period of common-law union.
6. Disability pensions are paid as a matter of right, and are not affected by other income. Pensions are adjusted on January 1 of each year to compensate for inflation. Disability pensions are paid in Canadian dollars and are not subject to income tax. Neither the sex of the pensioner nor the rank held while in the service has any effect on the amount of pension paid. Disability pensions related to military service in a Special Duty Area may be paid to all members of the CF even though they continue to serve. Disability pensions related to peacetime service may also be paid to pensioners even though they continue to serve in the Reserve Force, whereas, such disability pensions for members of the Regular Force will be paid effective the day following the date of release or transfer from the Regular Force.