



Numéro d'assurance sociale

**5** Indiquez votre nom de famille à la naissance (s'il est différent de celui indiqué à la question 1).

Indiquez le nom de famille qui apparaît sur votre carte de numéro d'assurance sociale (s'il est différent de celui indiqué à la question 1).

À L'USAGE EXCLUSIF DU BUREAU

**6** Avez-vous déjà travaillé dans un autre pays?

Oui **Si oui**, indiquez le nom du (des) pays et votre (vos) numéro(s) d'identification de sécurité sociale.

Non Pays Numéro(s) d'identification (si vous le (les) connaissez)

a) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**7** Avez-vous déjà demandé, ou reçu des prestations :

**Si oui**, indiquez sous quel numéro d'assurance sociale.

Numéro d'assurance sociale

**DU RÉGIME DE PENSIONS DU CANADA**

	Demandé		Reçu	
	Oui	Non	Oui	Non
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_

**DU RÉGIME DE RENTES DU QUÉBEC**

<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

\_\_\_\_\_

**DE LA SÉCURITÉ DE LA VIEILLESSE**

<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

\_\_\_\_\_

**8** Indiquez le nom au complet de votre époux ou conjoint de fait et son numéro d'assurance sociale, si vous l'avez.



\_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS SUR VOS ENFANTS

FOURNISSEZ DES RENSEIGNEMENTS DEPUIS LE DÉBUT DE VOTRE INVALIDITÉ JUSQU'À CE JOUR.

**9** Avez-vous des enfants qui sont nés après le 31 décembre 1958?

Oui **Si oui**, remplissez le formulaire «Régime de pensions du Canada - Clause d'exclusion pour élever des enfants» (ISP 1640) et **joignez-le à la présente demande.**

Non

### ENFANTS DE MOINS DE 18 ANS

**10** Avez-vous des enfants de moins de 18 ans **sous votre garde et surveillance?**

Oui **Si oui**, fournissez les renseignements suivants **pour chaque enfant.**

Non

Prénom et initial du premier enfant Nom de famille Numéro d'assurance sociale

Enfant naturel  Adopté légalement  Homme Date de naissance  
Année Mois Jour

À L'USAGE EXCLUSIF DU BUREAU

Autre (expliquez les circonstances)  Femme

Prénom et initial du deuxième enfant Nom de famille Numéro d'assurance sociale

Enfant naturel  Adopté légalement  Homme Date de naissance  
Année Mois Jour

À L'USAGE EXCLUSIF DU BUREAU

Autre (expliquez les circonstances)  Femme

**SI VOUS N'AVEZ PAS ASSEZ D'ESPACE POUR ÉNUMÉRER TOUS VOS ENFANTS, UTILISEZ UNE FEUILLE SÉPARÉE, INSCRIVEZ-Y VOTRE NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE, SIGNEZ-LA ET JOIGNEZ-LA À LA PRÉSENTE DEMANDE.**

Numéro d'assurance sociale

**11** Avez-vous des enfants de moins de 18 ans **sous la garde et la surveillance de quelqu'un d'autre?**

Oui **Si oui**, fournissez les renseignements suivants :

Non

Prénom et initiale du premier enfant      Nom de famille      À L'USAGE EXCLUSIF DU BUREAU

Nom au complet du gardien      Adresse (numéro, rue, appartement ou route rurale)

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

Prénom et initiale du deuxième enfant      Nom de famille      À L'USAGE EXCLUSIF DU BUREAU

Nom au complet du gardien      Adresse (numéro, rue, appartement ou route rurale)

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

**ENFANTS DE PLUS DE 18 ANS**

**12** Avez-vous des enfants âgés de 18 à 25 ans qui **fréquentent l'école ou l'université?**

Oui **Si oui**, fournissez les renseignements suivants :

Non

Prénom et initiale du premier enfant      Nom de famille      À L'USAGE EXCLUSIF DU BUREAU

Adresse (numéro, rue, appartement ou route rurale)      Ville

Province ou territoire      Pays (s'il ne s'agit pas du Canada)      Code postal      Date de naissance  
Année Mois Jour

Prénom et initiale du deuxième enfant      Nom de famille      À L'USAGE EXCLUSIF DU BUREAU

Adresse (numéro, rue, appartement ou route rurale)      Ville

Province ou territoire      Pays (s'il ne s'agit pas du Canada)      Code postal      Date de naissance  
Année Mois Jour

**SI VOUS N'AVEZ PAS ASSEZ D'ESPACE POUR ÉNUMÉRER TOUS VOS ENFANTS, UTILISEZ UNE FEUILLE SÉPARÉE, INSCRIVEZ-Y VOTRE NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE, SIGNEZ-LA ET JOIGNEZ-LA À LA PRÉSENTE DEMANDE.**

**13** A-t-on, au nom de n'importe lequel des enfants énumérés sur le présent formulaire, déjà demandé ou reçu des prestations :

**Demandé**

**Reçu**

**DU RÉGIME DE PENSIONS DU CANADA**       Oui       Non       Ne sais pas       Oui       Non       Ne sais pas

**DU RÉGIME DE RENTES DU QUÉBEC**       Oui       Non       Ne sais pas       Oui       Non       Ne sais pas

**Si oui**, indiquez sous quel(s) numéro(s) d'assurance sociale. ▶

Numéro d'assurance sociale

Numéro d'assurance sociale

Numéro d'assurance sociale

## DÉCLARATION ET SIGNATURE

### PARTIE 1 - À REMPLIR PAR LE DEMANDEUR

Je suis conscient du fait que toute déclaration fautive ou trompeuse dans une demande de prestations constitue une infraction.

Par les présentes, je demande une prestation d'invalidité et, s'il y a lieu, une prestation d'enfant aux termes du Régime de pensions du Canada et déclare que tous les renseignements donnés ici sont, selon moi et au meilleur de ma connaissance, exacts et complets. Je comprends que mes renseignements personnels sont assujettis à la *Loi sur la protection des renseignements personnels* et que ceux-ci peuvent être divulgués à des représentants de programmes provinciaux d'invalidité ou dans le cas d'une autorisation en vertu du RPC.

**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.**

Signature du demandeur

Année Mois Jour

X

**SI VOUS CHANGEZ D'ADRESSE, VOUS DEVEZ EN AVISER LE BUREAU DE SERVICE CANADA LE PLUS PRÈS DE CHEZ VOUS.**

### PARTIE 2 - À REMPLIR PAR LE TÉMOIN LORSQUE LE DEMANDEUR SIGNE AU MOYEN D'UN « X »

J'ai lu le contenu du présent formulaire au demandeur qui a semblé le comprendre entièrement et qui a apposé sa marque en ma présence.

Nom du témoin (lettres moulées)

Signature du témoin

Année Mois Jour

X

Adresse (numéro, rue, appartement ou route rurale)

Ville

Province ou territoire

Pays (s'il ne s'agit pas du Canada)

Code postal

Numéro de téléphone

( ) -

### PARTIE 3 - À REMPLIR PAR LE REPRÉSENTANT DU DEMANDEUR

Je, le représentant du demandeur, suis conscient du fait que toute déclaration fautive ou trompeuse dans une demande de prestations constitue une infraction.

Par les présentes, je demande une prestation d'invalidité et, s'il y a lieu, une prestation d'enfant aux termes du Régime de pensions du Canada au nom du demandeur et déclare que tous les renseignements donnés ici sont, selon moi et au meilleur de ma connaissance, exacts et complets.

**Je conviens d'informer le Régime de pensions du Canada de tout changement qui pourrait avoir un effet sur l'admissibilité du demandeur aux prestations. Cela comprend : une amélioration de son 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.**

**Je conviens également d'informer le Régime de pensions du Canada dès que je cesserai d'agir à titre de représentant du demandeur et de tout changement dans l'état de santé du demandeur lui permettant d'agir pour lui-même.**

Nom du représentant (lettres moulées)

Signature du représentant

Lien avec le demandeur

Année Mois Jour

X

Adresse (numéro, rue, appartement ou route rurale)

Ville

Province ou territoire

Pays (s'il ne s'agit pas du Canada)

Code postal

Numéro de téléphone

( ) -

### À L'USAGE EXCLUSIF DU BUREAU

Demande approuvée aux termes de l'article 60 du Régime de pensions du Canada

Signature autorisée

Date

Année Mois Day

Date d'entrée en vigueur

Année Mois



## **RENSEIGNEMENTS D'ORDRE GÉNÉRAL ET GUIDE VOUS INDIQUANT COMMENT REMPLIR VOTRE FORMULAIRE DE DEMANDE DE PRESTATIONS D'INVALIDITÉ RÉGIME DE PENSIONS DU CANADA**

Le présent guide contient des renseignements généraux sur les prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada. En cas de doute, il faudra consulter la Loi sur le Régime de pensions du Canada ainsi que le Règlement qui s'y rattache.

Si vous avez cotisé au Régime de pensions du Canada ainsi qu'au Régime de rentes du Québec, vos cotisations aux deux régimes seront combinées au moment de l'établissement de votre admissibilité à la prestation.

Si vous n'avez cotisé qu'au Régime de rentes du Québec, ou si vous avez cotisé aux deux régimes et résidez au Québec, vous devez vous adresser à :

La Régie des rentes du Québec  
Boîte postale 5200  
Québec (Québec)  
G1K 7S9

Si vous voulez obtenir de l'aide ou des renseignements additionnels, veuillez communiquer avec le bureau de Service Canada le plus près de chez vous ou appeler aux numéros sans frais suivants :

au Canada ou aux États-Unis, composez le  
1-800-277-9915 (pour le service en français)  
1-800-277-9914 (pour le service en Anglais)  
1-800-255-4786 (pour l'ATME)

**THIS GUIDE IS ALSO AVAILABLE IN ENGLISH.  
CE GUIDE EST ÉGALEMENT DISPONIBLE EN ANGLAIS.**

## TABLE DES MATIÈRES

	Page
<b>Admissibilité</b> .....	3
<b>Contenu de la trousse de demande de prestations d'invalidité</b> .....	3
<b>Marche à suivre pour remplir vos formulaires de demande</b> .....	4
<b>Demande de prestations d'invalidité :</b> .....	4
- Preuve de naissance .....	4
- Photocopies de documents .....	5
- Partage des gains non ajustés ouvrant droit à pension « Division des crédits de pension » .....	6
- Travail à l'extérieur du Canada .....	6
- Impôt sur le revenu .....	6
- Clause d'exclusion pour élever des enfants .....	6
- Prestations d'enfant de cotisant invalide .....	7
<b>Questionnaire relatif aux prestations d'invalidité</b> .....	7
<b>Autorisation de dévoiler des renseignements / Consentement à une évaluation médicale</b> .....	7
<b>Rapport médical</b> .....	8
<b>Renseignements additionnels :</b> .....	8
- Personnes qui présentent leur demande en retard .....	8
- Incapacité .....	8
- Date d'entrée en vigueur du versement des prestations .....	8
- Remboursement aux gouvernements provinciaux ou municipaux et aux assureurs privés .....	8
- Augmentations du coût de la vie .....	9
- Prestations versées à l'âge de 65 ans .....	9
- Changements qui pourraient avoir un effet sur votre pension d'invalidité .....	9
- Réadaptation professionnelle .....	10
- Protection des renseignements personnels .....	10
<b>Liste de contrôle - expédition par la poste</b> .....	10

## ADMISSIBILITÉ

Afin d'avoir droit à des prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada, vous devez :

- avoir entre 18 et 65 ans;
- avoir versé assez de cotisations au Régime de pensions du Canada au moment où vous devenez invalide;
- être invalide selon la définition du Régime de pensions du Canada; **et**
- présenter une demande par écrit.

Selon la Loi sur le Régime de pensions du Canada, vous devez souffrir d'une incapacité physique ou mentale à la fois **grave et prolongée**; **grave**, en ce sens que vous êtes incapable d'occuper régulièrement un emploi véritablement rémunérateur; **et prolongée**, en ce sens que l'incapacité sera vraisemblablement d'une durée indéfinie ou entraînera sans doute le décès.

**Les conditions relatives à la nature « grave » et « prolongée » doivent être toutes deux remplies au moment de la demande.**

Les formulaires de demande visent à obtenir les renseignements nécessaires pour établir votre admissibilité aux prestations d'invalidité aux termes du Régime de pensions du Canada. Veuillez répondre aux questions de la façon la plus détaillée possible.

Si vous recevez une prestation d'invalidité, il se peut que votre (vos) enfant(s) ait (aient) droit à une prestation d'enfant de cotisant invalide.

**Ne tardez pas à envoyer vos formulaires de demande remplis. Sinon, vous pourriez perdre plusieurs mois de prestations. La date à laquelle votre demande est reçue a un effet sur le moment où vos prestations débiteront.**

### LA TROUSSE DE DEMANDE DE PRESTATIONS D'INVALIDITÉ COMPREND :

- Une brochure « Renseignements d'ordre général et guide vous indiquant comment remplir votre formulaire de demande de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada » (ISP 1150F)
- Une demande de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada (ISP 1151F)
- Un formulaire portant sur la Clause d'exclusion pour élever des enfants du Régime de pensions du Canada (ISP 1640F)
- Un questionnaire relatif aux prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada (ISP 2507F)
- Un formulaire d'autorisation de dévoiler des renseignements / consentement à une évaluation médicale (ISP 2502F)
- Un formulaire de rapport médical (ISP 2519)
- Une liste des bureaux de Service Canada (ISP 3501-DSB)

## MARCHE À SUIVRE POUR REMPLIR VOS FORMULAIRES DE DEMANDE

1. Utilisez un stylo et écrivez le plus lisiblement possible.

Si vous avez besoin d'aide pour remplir les formulaires, demandez l'assistance d'un parent, d'un ami ou de votre représentant, ou encore de toute autre personne qui peut agir en votre nom.

2. Remplissez tous les formulaires, y compris la section A du rapport médical. La section B du formulaire doit être remplie par votre médecin. Assurez-vous d'indiquer votre numéro d'assurance sociale au haut de chaque page de tous les formulaires.

3. Une fois que vous avez rempli la section A, remettez le rapport médical à votre médecin.

Demandez à votre médecin de remplir le reste du rapport médical. Le médecin peut vous remettre le rapport médical rempli ou l'envoyer directement à Service Canada.

4. Vous devez déterminer ce que votre médecin fera de votre rapport médical. S'il vous est remis personnellement, insérez-le avec les autres formulaires et les documents à l'appui.

Si le rapport médical est envoyé directement à un bureau de Service Canada, insérez les autres formulaires et les documents à l'appui.

5. Écrivez vos nom et adresse en lettres moulées en haut à gauche de votre enveloppe.

Postez l'enveloppe à un bureau de Service Canada le plus près de chez vous ou apportez-la à ce bureau.

## DEMANDE DE PRESTATIONS D'INVALIDITÉ

### PREUVE DE NAISSANCE

Vous n'avez pas à fournir une preuve de naissance pour les enfants si vous avez indiqué leur numéro d'assurance sociale sur la demande. Cependant, les responsables du *Régime de pensions du Canada* ont le droit d'exiger une preuve de naissance à tout moment, s'ils le jugent nécessaire. Si vous n'avez pas indiqué le numéro d'assurance sociale des enfants sur la demande, vous devez présenter **une copie certifiée conforme à l'original de leur certificat de naissance**.

**N'oubliez pas d'indiquer votre numéro d'assurance sociale sur chaque document que vous fournissez.**

## PHOTOCOPIES DE DOCUMENTS

Généralement, vous devez joindre certains documents à votre demande. Si vous devez nous envoyer des documents, il est mieux de faire faire des photocopies certifiées conformes à l'original plutôt que de nous envoyer les documents originaux. Si vous décidez tout de même de nous envoyer vos documents originaux, il serait préférable de les poster par courrier recommandé. Nous vous retournerons tout document original que vous nous enverrez.

Cependant, notez bien que **nous n'accepterons que les photocopies lisibles et certifiées conformes à l'original**. Vous pouvez apporter vos originaux à un bureau de Service Canada, si vous le voulez. Dans ce cas, notre personnel les photocopiera et les certifiera conformes à l'original gratuitement.

Si vous ne pouvez pas vous présenter à un bureau de Service Canada, vous pouvez demander à l'une ou l'autre des personnes suivantes de certifier votre photocopie comme étant conforme au document original :

- Avocat
- Chef de bande des Premières nations
- Comptable
- Directeur d'un établissement financier
- Employé de Service Canada qui agit à titre officiel
- Employé d'un ministère fédéral ou provincial ou de l'une de ses agences
- Enseignant
- Entrepreneur de pompes funèbres
- Greffier municipal
- Ingénieur
- Juge de paix
- Magistrat
- Maître de poste
- Membre du Parlement ou son personnel
- Membre d'une assemblée législative provinciale ou son personnel
- Ministre du culte
- Notaire
- Policier
- Professionnel de la santé : chiropraticien, dentiste, médecin, pharmacien, psychologue, infirmier autorisé et infirmier praticien
- Représentant d'une ambassade, d'un consulat ou d'un haut-commissariat
- Représentant d'un pays avec lequel le Canada a conclu un accord de réciprocité en matière de sécurité sociale
- Travailleur social

La personne qui certifie une photocopie doit la comparer à l'original et fournir l'information suivante :

- préciser son titre officiel;
- signer et écrire son nom en lettres moulées;
- fournir son numéro de téléphone; **et**
- préciser la date à laquelle le document a été certifié.

Elle doit aussi ajouter la mention suivante sur la photocopie :

**La présente photocopie est conforme au document original qui n'a été modifié d'aucune façon.**

Ni vous-même ni les membres de votre famille ne pouvez certifier les photocopies de vos documents.

**N'oubliez pas d'inscrire votre numéro d'assurance sociale sur tous les documents ou photocopies que vous nous faites parvenir (sauf les originaux).**

## **PARTAGE DES GAINS NON AJUSTÉS OUVRANT DROIT À PENSION « DIVISION DES CRÉDITS DE PENSION »**

Si vous êtes séparé ou divorcé depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1987, vos gains ouvrant droit à pension et vos cotisations au Régime de pensions du Canada, tant que ceux de votre époux, ex-époux ou ancien conjoint de fait, peuvent être additionnés en vertu de la disposition de la « division des crédits de pension ». Ces crédits peuvent être divisés à parts égales pour votre période de vie commune (y compris les périodes d'un an ou plus pendant lesquelles vous avez vécu avec votre ancien conjoint de fait).

Si votre mariage s'est soldé par un divorce ou a été annulé entre le 1<sup>er</sup> janvier 1978 et le 31 décembre 1986, vous pourriez quand même avoir droit à la « division des crédits de pension » si votre ex-époux et vous y consentez par écrit. Pour les anciens conjoints de fait de même sexe, la division des crédits de pension sera appliquée uniquement si une séparation a eu lieu entre les conjoints le 31 juillet 2000 ou après cette date.

Cette disposition peut vous aider à vous qualifier pour une pension ou à augmenter le montant de la pension qui vous est versée. Si vous désirez de plus amples renseignements sur la « division des crédits de pension » ou souhaitez que nous appliquions cette disposition à votre cas, veuillez communiquer avec nous.

## **TRAVAIL À L'EXTÉRIEUR DU CANADA**

Le Canada a conclu des accords internationaux sur les pensions avec plusieurs pays.

Si vous avez vécu ou travaillé dans l'un des pays avec lequel un accord est en vigueur, il se peut que vous ayez accumulé des crédits applicables aux prestations du Régime de pensions du Canada. Vos crédits du Régime de pensions du Canada peuvent aussi vous aider à devenir admissible à une pension étrangère.

## **IMPÔT SUR LE REVENU**

Votre pension d'invalidité du Régime de pensions du Canada est considérée comme un revenu imposable. Un feuillet d'information T4A(P) sera émis aux fins d'impôt.

Si vous désirez que de l'impôt fédéral sur le revenu soit déduit de votre versement mensuel, veuillez nous faire parvenir une demande par écrit en y indiquant le montant à retenir chaque mois.

## **CLAUSE D'EXCLUSION POUR ÉLEVER DES ENFANTS**

Cette clause peut vous aider à augmenter le montant mensuel de votre pension. Si vous avez reçu des allocations familiales ou aviez droit à la prestation fiscale pour enfants, pour le compte de n'importe lequel de vos enfants né après le 31 décembre 1958, il se peut que cette clause s'applique à vous. Dans ce cas, remplissez le formulaire intitulé « **Clause d'exclusion pour élever des enfants du Régime de pensions du Canada** » et renvoyez-le avec votre demande.

Si vous étiez conjoint sous le Régime de pensions du Canada avant l'abrogation en 1993 du programme d'Allocation familiale et que votre conjoint a reçu des allocations familiales mais que c'est vous qui restiez à la maison et étiez la principale personne à prendre soin de ces enfants, votre conjoint peut renoncer à cette clause en votre faveur. Si votre conjoint souhaite y renoncer, remplissez le **formulaire Clause d'exclusion pour élever des enfants** du Régime de pensions du Canada et renvoyez-le avec votre demande.

## **PRESTATIONS D'ENFANT DE COTISANT INVALIDE**

Si vous recevez une prestation d'invalidité, votre (vos) enfant(s) peut (peuvent) être admissible(s) à une prestation d'enfant de cotisant invalide. L'enfant doit être votre enfant naturel, un enfant adopté légalement ou adopté de fait, ou un enfant dont vous avez la garde et la surveillance. L'enfant doit avoir moins de 18 ans, ou de 18 à 25 ans et fréquenter à plein temps une école ou une université.

Vous devez présenter une demande pour tout enfant de moins de 18 ans. Si votre enfant est sous la garde et la surveillance d'une autre personne, celle-ci doit remplir une demande au nom de l'enfant. Les enfants âgés entre 18 et 25 ans doivent remplir leur propre demande.

Les prestations d'enfant prennent fin lorsque :

- l'enfant atteint l'âge de 18 ans;
- l'enfant est âgé entre 18 et 25 ans et cesse de fréquenter à plein temps une école ou une université;
- l'enfant atteint l'âge de 25 ans;
- l'enfant décède, ou le cotisant décède;
- l'invalidité du cotisant prend fin; **ou**
- le cotisant atteint l'âge de 65 ans.

Si votre enfant atteint l'âge de 18 ans et que vous êtes toujours invalide, l'enfant devra présenter une demande et fréquenter à plein temps une école ou une université pour continuer à recevoir des prestations. Des formulaires de Déclarations de fréquentation scolaire ou universitaire seront postés à l'enfant lorsqu'il atteindra l'âge de 18 ans.

Si l'enfant cesse de fréquenter à plein temps une école ou une université, la prestation d'enfant est interrompue. La prestation peut être rétablie si l'enfant est âgé entre 18 et 25 ans, retourne à plein temps à l'école ou à l'université et présente à nouveau une demande.

Un enfant peut recevoir jusqu'à deux prestations en vertu du Régime de pensions du Canada si ses deux parents cotisaient au Régime de pensions du Canada et s'ils sont décédés ou invalides, et si toutes les conditions d'admissibilité sont remplies pour les deux prestations.

## **QUESTIONNAIRE RELATIF AUX PRESTATIONS D'INVALIDITÉ**

Le questionnaire sur l'invalidité est destiné à vous aider à fournir des renseignements au sujet de votre état de santé. En le remplissant de la façon la plus détaillée possible, vous aiderez la Division de l'administration de l'invalidité à évaluer votre demande.

Si vous avez besoin d'aide pour remplir le questionnaire, vous pouvez demander l'assistance d'une autre personne, qu'il s'agisse d'un parent, d'un ami, de votre représentant ou de toute personne qui peut agir en votre nom et qui connaît votre état de santé.

## **AUTORISATION DE DÉVOILER DES RENSEIGNEMENTS / CONSENTEMENT À UNE ÉVALUATION MÉDICALE**

Le formulaire d'autorisation et de consentement permet au Régime de pensions du Canada d'obtenir les renseignements sur votre état de santé, vos études et vos antécédents professionnels, lesquels sont nécessaires pour établir si vous êtes invalide aux termes du Régime de pensions du Canada. On pourrait vous demander de subir un examen médical indépendant chez un médecin-conseil. Si vous devez subir un examen, l'Administration du Régime de pensions du Canada paiera vos dépenses.

**Vous devez remplir, signer et dater ce formulaire. Veuillez le joindre à votre demande.**

## **RAPPORT MÉDICAL**

Le rapport médical doit être rempli par le médecin qui connaît le mieux votre état de santé.

**REMARQUE : Le Régime de pensions du Canada vous aidera à défrayer les coûts du rapport médical en versant jusqu'à 65 \$ directement à votre médecin.**

**Le demandeur doit payer les frais dépassant 65 \$.**

## **RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS**

### **PERSONNES QUI PRÉSENTENT LEUR DEMANDE EN RETARD**

Une protection est maintenant offerte aux personnes qui tardent à présenter une demande de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada. Afin de profiter de cette disposition, vous devez :

- avoir à un moment donné versé assez de cotisations au Régime de pensions du Canada pour être admissible aux prestations;
- avoir été invalide au moment de votre dernière admissibilité aux prestations; **et**
- être encore invalide au moment où vous présentez votre demande.

De plus, toutes les autres conditions énumérées à la page 3 du présent guide doivent être satisfaites.

## **INCAPACITÉ**

Une protection est offerte aux personnes qui n'ont pas présenté de demande de prestation du Régime de pensions du Canada puisqu'elles n'ont pu le faire ou qu'elles n'ont pu demander à un tiers de présenter une demande en leur nom en raison de leur état de santé. Si vous estimez que cette disposition s'applique à vous, veuillez communiquer avec nous pour obtenir une « **Déclaration d'incapacité** ».

## **DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DU VERSEMENT DES PRESTATIONS**

Les prestations d'invalidité sont payables à compter du quatrième mois qui suit celui au cours duquel vous êtes considéré(e) être devenu(e) invalide. Vous pouvez recevoir un maximum de douze mois de paiements rétroactifs à partir de la date de la réception de votre demande, sauf dans les cas d'incapacité. Dès que votre demande aura été approuvée et que le montant de votre pension aura été calculé, vous recevrez une lettre indiquant le montant de votre prestation et la date d'entrée en vigueur.

## **REMBOURSEMENT AUX GOUVERNEMENTS PROVINCIAUX OU MUNICIPAUX ET AUX ASSUREURS PRIVÉS**

Si votre demande de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada est approuvée et qu'en attendant la réponse, vous avez reçu des paiements d'un gouvernement provincial, d'une administration municipale ou d'un assureur privé, vous devrez rembourser les paiements qui vous ont été versés par ces organismes. Avec votre consentement écrit, l'administration du Régime de pensions du Canada leur remboursera les paiements en votre nom. La province, la municipalité ou l'assureur privé vous demandera de signer un formulaire de consentement nous autorisant à les rembourser directement.

Le remboursement vise à remettre à ces organismes des prestations que vous n'auriez pas reçues en temps normal si vous aviez touché une prestation d'invalidité du Régime de pensions du Canada. Veuillez noter que nous ne pouvons rembourser un gouvernement provincial, une administration municipale ou un assureur privé qu'à partir du premier paiement rétroactif et du premier paiement mensuel.

## AUGMENTATIONS DU COÛT DE LA VIE

Le montant des prestations du Régime de pensions du Canada est rajusté tous les ans en janvier s'il y a une augmentation du coût de la vie telle que mesurée par l'indice des prix à la consommation.

## PRESTATIONS VERSÉES À L'ÂGE DE 65 ANS

### Régime de pensions du Canada

Lorsque vous atteignez l'âge de 65 ans, vos prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada sont automatiquement converties en prestations de retraite du Régime de pensions du Canada. Veuillez noter que le montant mensuel de votre pension de retraite sera moins élevé que celui de votre pension d'invalidité.

Si vous ne recevez plus de pension d'invalidité, vous devrez présenter une demande pour recevoir votre pension de retraite. Veuillez noter qu'une pension de retraite peut vous être versée dès l'âge de 60 ans.

### Sécurité de la vieillesse

Lorsque vous atteignez l'âge de 65 ans, il se peut que vous ayez également droit à une pension de la Sécurité de la vieillesse. Cette pension est déterminée en fonction de votre résidence et de votre statut de résidence légale au Canada. Afin de recevoir cette pension, vous devrez présenter une demande de pension de la Sécurité de la vieillesse.

## CHANGEMENTS QUI POURRAIENT AVOIR UN EFFET SUR VOTRE PENSION D'INVALIDITÉ

**Vous devez aviser** l'Administration du Régime de pensions du Canada de tout changement qui pourrait avoir un effet sur votre pension d'invalidité.

- une amélioration de votre état de santé;
- un retour au travail à plein temps, à temps partiel ou pour une période d'essai;
- avoir terminé avec succès un programme de perfectionnement ou d'études dans un collège, une école ou une université;
- la poursuite d'une formation dans les métiers ou technique; **ou**
- tout programme de réadaptation.

**Vous devez également aviser** l'Administration du Régime de pensions du Canada de tout changement de l'état des enfants à l'égard desquels des prestations sont payables. Cela comprend :

- l'adoption de votre enfant par une personne autre que vous-même ou votre époux ou conjoint de fait;
- la fin de la garde et de la surveillance d'un enfant; **ou**
- le décès d'un enfant.

**Si vous ne nous informez pas, nous pourrions continuer à verser des prestations auxquelles vous n'avez pas droit. Si cela se produit, vous devrez rembourser les sommes que vous avez reçues.**

## **RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE**

L'Administration du Régime de pensions du Canada peut offrir des services de réadaptation professionnelle à des clients qui souhaitent retourner sur le marché du travail, afin de les aider dans leur démarche. Votre état de santé doit être stable. Vous continuerez de recevoir vos prestations d'invalidité durant votre période de réadaptation. Vous pouvez vous procurer une brochure sur le sujet dans les bureaux de Service Canada. Cette brochure contient des renseignements additionnels sur les services de réadaptation offerts dans le cadre du Régime de pensions du Canada.

## **PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

Les renseignements demandés sont prévus par la *Loi sur le Régime de pensions du Canada (RPC)*. Il est possible que nous ne puissions pas vous accorder des prestations, si vous ne fournissez pas les renseignements demandés. Nous conserverons cette information dans le fichier de renseignements personnels DSC PPU 140 (prestations de retraite, d'invalidité, de survivant et de décès). Vos renseignements personnels sont régis par la *Loi sur la protection des renseignements personnels* et nous pouvons les divulguer quand l'autorise la *Loi sur le RPC*.

Aux termes de la *Loi sur le RPC* et de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*, vous avez le droit de consulter les renseignements personnels qui vous concernent dans votre fichier. Vous pouvez demander de consulter votre fichier en communiquant avec un bureau de Service Canada. Les instructions pour obtenir vos renseignements personnels, par l'entremise du bureau du coordonnateur de l'accès à l'information, se trouvent dans l'Info Source, un répertoire qui dresse la liste de tous les fichiers de renseignements ainsi que des renseignements qu'ils contiennent. Vous pouvez en obtenir des copies dans les bureaux de Service Canada.

## **LISTE DE CONTRÔLE - EXPÉDITION PAR LA POSTE**

Avant de poster votre demande, assurez-vous que vous n'avez pas oublié :

- d'inclure tous les actes de naissance requis
- d'indiquer votre numéro d'assurance sociale sur toutes les pages
- de signer et de dater tous les formulaires
- d'inclure le rapport médical, si votre médecin a choisi de vous le remettre personnellement.

## **IMPORTANT**

SI VOUS CHANGEZ D'ADRESSE, VOUS DEVEZ EN INFORMER LE BUREAU DE SERVICE CANADA LE PLUS PRÈS DE CHEZ VOUS.



Protégé une fois rempli - B

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

<b>1</b>	PRÉNOM ET INITIALE	NOM DE FAMILLE	NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE
<b>ÉTUDES</b>			
<b>2</b>	Combien d'années d'études avez-vous complétées?	Avez-vous fréquenté le collège ou l'université? <input type="checkbox"/> Oui <b>Si oui</b> , indiquez le nombre d'années et/ou le diplôme reçu. <input type="checkbox"/> Non	
<b>3</b>	Avez-vous déjà suivi une formation technique ou commerciale, ou une formation en cours d'emploi? Dates _____	Genre de programme _____	<input type="checkbox"/> Oui <b>Si oui</b> , fournissez les détails suivants : <input type="checkbox"/> Non _____ Certificat obtenu _____
<b>ANTÉCÉDENTS PROFESSIONNELS (ASSUREZ-VOUS DE FAIRE MENTION DES EMPLOIS OCCUPÉS AU CANADA ET/OU À L'ÉTRANGER)</b>			
<b>EMPLOYÉ</b>			
<b>4</b>	Avez-vous complètement cessé de travailler? <input type="checkbox"/> Oui, passez à la question 5. <input type="checkbox"/> 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
<b>5</b>	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
<b>6</b>	Nom et adresse complète de votre employeur actuel ou du plus récent.		
<b>TRAVAIL À VOTRE COMPTE</b>			
<b>7</b>	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? _____		

NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE

**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

Vendue     Louée     Participation aux bénéfices    Date de la cession :

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

NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE

## 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?

Oui **Si oui**, indiquez les dates :  
 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

Droitier

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

**Si oui**, donnez les raisons de vos visites.

Non

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

**Si oui**, donnez les raisons de vos visites.

Non

NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE

## 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

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).

NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE

**RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE (CONSULTEZ LA PAGE 9 DU GUIDE)**

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

**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 suis conscient du fait que toute déclaration fausse ou trompeuse dans une demande de prestations constitue une infraction.**

**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.**

Signature du demandeur ou du représentant

X

Année Mois Jour

Numéro de téléphone

( ) -

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



## AUTORISATION DE DÉVOILER DES RENSEIGNEMENTS/ CONSENTEMENT À UNE ÉVALUATION MÉDICALE

Prénom habituel et initiale		Nom de famille		Numéro d'assurance sociale	
Adresse du domicile (numéro, rue, appartement ou route rurale)				Ville	
Province ou Territoire	Pays (s'il ne s'agit pas du Canada)	Code postal	Numéro de téléphone ( ) -		

- **Par les présentes, j'autorise** tout médecin, médecin spécialiste, hôpital, organisme médical ou professionnel, établissement financier, employeur, établissement scolaire de même que tout organisme ou ministère fédéral, provincial ou municipal, les services sociaux provinciaux, les commissions provinciales des accidents du travail ou administrateurs de régimes privés d'assurance, à divulguer à Service Canada les renseignements qu'ils possèdent afin de déterminer si je suis ou je continue d'être invalide et si un certain montant doit être ou doit continuer d'être payé comme prestation du Régime de pensions du Canada.
- **En vue de** fournir d'autres preuves médicales aux fins de l'évaluation de mon invalidité, je consens, sur demande de l'Administration du Régime de pensions du Canada, à être examiné(e) par un médecin qualifié ou par un médecin spécialiste consultant et à subir les tests de diagnostic que ce médecin ou ce spécialiste jugeront nécessaires. J'autorise également l'Administration du Régime de pensions du Canada à fournir au médecin ou au médecin spécialiste consultant, pour les fins de cet examen, tout renseignement médical pertinent au sujet de mon invalidité.
- **Tout renseignement personnel** que possède le Régime de pensions du Canada est protégé aux termes de la *Loi sur le Régime de pensions du Canada* et de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. J'ai le droit de demander accès à ces renseignements, et je comprends qu'ils peuvent être utilisés ou divulgués dans les conditions prescrites par le Régime de pensions du Canada et la *Loi sur la protection des renseignements personnels* et décrites dans le fichier de renseignements personnels DSC PPU 140.
- **J'ai lu** les déclarations ci-dessus. Je comprends que cette information est essentielle pour établir si je suis touché(e) ou continue d'être touché(e) par une invalidité mentale ou physique grave et prolongée. En outre, cette information servira à établir la date de début et d'arrêt de mon invalidité aux termes du Régime de pensions du Canada. Je comprends également que si je refuse de consentir au dévoilement de l'information ou à subir un examen médical, la décision relative à l'attribution ou à la non-attribution d'une prestation d'invalidité sera fondée sur les renseignements qui figurent dans mon dossier.

À REMPLIR PAR LE DEMANDEUR						
Signature du demandeur				Année	Mois	Jour
X						
À REMPLIR PAR UN TÉMOIN LORSQUE LE DEMANDEUR SIGNE AU MOYEN D'UN « X » OU PAR LE REPRÉSENTANT DU DEMANDEUR						
Si le document est signé par le représentant, le consentement est accordé au nom du demandeur.						
Prénom		Nom de famille		Numéro de téléphone ( ) -		
Signature du témoin ou du représentant				Année	Mois	Jour
X						
Le présent formulaire d'autorisation demeure en vigueur deux ans à partir de la date de signature à moins d'une révocation écrite antérieure par le demandeur ou le représentant signant ce formulaire. Tout document reproduit par photocopieur ou télécopieur est considéré comme l'original.						



# MEDICAL REPORT - RAPPORT MÉDICAL

## TO THE PHYSICIAN

## AU MÉDECIN

INFORMATION	INFORMATION
<p>Your patient is applying for a Canada Pension Plan disability benefit. To assist us in determining eligibility, please complete this form on his/her behalf. Please type or write legibly. You may substitute this report with a narrative letter or computer print-out.</p> <p><b>The decision as to whether a person is disabled is the responsibility of Canada Pension Plan's Disability Operations Division.</b> According to the Canada Pension Plan legislation, a disability must be a physical or mental impairment that is both <b>severe and prolonged</b>. <b>Severe</b> means that a person is incapable regularly of pursuing any substantially gainful occupation. <b>Prolonged</b> means that such disability is likely to be of indefinite duration or is likely to result in death. <b>Objective medical evidence</b> and other factors are considered when determining eligibility.</p> <p>An applicant may be requested to undergo an independent medical examination by a physician designated by Service Canada.</p>	<p>Votre patient a présenté une demande de prestation d'invalidité aux termes du Régime de pensions du Canada. Pour nous aider à déterminer son admissibilité, nous vous saurions gré de remplir ce formulaire au nom de votre patient. Veuillez dactylographier ou écrire lisiblement. Vous pouvez remplacer ce rapport par une lettre narrative ou un imprimé d'ordinateur.</p> <p><b>La décision déterminant qu'une personne est invalide relève de la Division de l'administration de l'invalidité du Régime de pensions du Canada.</b> Selon les dispositions législatives régissant le Régime de pensions du Canada, une personne doit souffrir d'une incapacité physique ou mentale à la fois <b>grave et prolongée</b>. <b>Grave</b>, en ce sens que la personne est incapable de détenir régulièrement une occupation véritablement rémunératrice et <b>prolongée</b>, en ce sens que l'incapacité sera vraisemblablement d'une durée indéfinie ou entraînera sans doute le décès. Des <b>preuves médicales objectives</b> et d'autres facteurs sont pris en considération lors de l'établissement de l'invalidité.</p> <p>Tout demandeur peut être tenu de subir un examen médical indépendant par un médecin désigné par Service Canada.</p>
ACCESS TO PERSONAL INFORMATION	ACCÈS AUX RENSEIGNEMENTS PERSONNELS
<p>Pursuant to the <i>Privacy Act</i>, upon written request, Service Canada is obligated to provide the applicant with any information or records, including medical reports, contained in their file. (Personal Information Bank SDC PPU 140).</p>	<p>Conformément à la <i>Loi sur la protection des renseignements personnels</i>, sur réception d'une demande écrite faite par le demandeur, Service Canada a l'obligation de fournir toute information, dont les rapports médicaux, paraissant dans son dossier. (Fichier de renseignements personnels DSC PPU 140).</p>
RETURN OF MEDICAL REPORT	RETOUR DU RAPPORT MÉDICAL
<p>Service Canada will assist with the cost of completing the medical report by paying up to \$65.00 directly to you. To ensure payment, insert the completed report and your invoice in the envelope provided, seal it, and return it as quickly as possible. <b>Service Canada will endeavour to pay you as soon as possible.</b></p> <p>You may return the completed report to your patient or directly to Service Canada. If you decide to mail the report directly to one of our offices, please advise your patient.</p> <p><b>A DELAY IN THE COMPLETION OF THIS MEDICAL REPORT MAY AFFECT YOUR PATIENT'S ENTITLEMENT TO BENEFITS.</b></p> <p><b>IT IS AN OFFENCE TO MAKE A FALSE OR MISLEADING STATEMENT IN AN APPLICATION FOR BENEFITS.</b></p>	<p>Service Canada aidera à défrayer les coûts pour remplir le rapport médical en vous versant directement une somme allant jusqu'à 65 \$. Pour s'assurer du paiement, insérez le rapport rempli et votre facture dans l'enveloppe fournie, cachez-la, et retournez le tout aussitôt que possible. <b>Service Canada s'engagera à acquitter le paiement dans les plus brefs délais possible.</b></p> <p>Vous pouvez retourner le rapport rempli à votre patient ou directement à Service Canada le plus près de chez vous. Si vous décidez de poster le rapport directement à l'un de nos bureaux, veuillez en aviser votre patient.</p> <p><b>UN RETARD POUR REMPLIR CE RAPPORT MÉDICAL POURRAIT INFLUER SUR L'ADMISSIBILITÉ DE VOTRE PATIENT AUX PRESTATIONS.</b></p> <p><b>TOUTE DÉCLARATION FAUSSE OU TROMPEUSE FAITE DANS UNE DEMANDE CONSTITUE UNE INFRACTION.</b></p>



Protected When Completed - B  
Protégé une fois rempli - B

## MEDICAL REPORT - RAPPORT MÉDICAL

<b>SECTION A To be completed by Applicant - Doit être remplie par le demandeur</b>			
First Name - Prénom		Initial - Initiale	Last Name - Nom de famille
Home Address (No., Street, Apt., or R.R.) Adresse du domicile (numéro, rue, app., ou route rurale)		City - Ville	Province or Territory Province ou territoire
Postal Code Code postal	Telephone No. - N° de téléphone  ( ) -	Date of Birth Date de naissance Y/A M D/J	<b>Social Insurance Number</b> <b>Numéro d'assurance sociale</b>
<b>SECTION B To be completed by Physician - Doit être remplie par le médecin</b>			
<b>Please provide factual objective opinions - Veuillez donner une opinion factuelle objective</b>			
<b>1</b> Height - Taille	<b>2</b> a) How long have you known the patient? Depuis quand connaissez-vous le patient?	b) When did you start treating the patient for the main medical condition? Quand avez-vous commencé à traiter le patient pour son état pathologique principal? Y/A M	c) Date of last visit Date de la dernière visite  Y/A M D/J
Weight - Poids			
<b>3</b> <b>Diagnosis (es) - Diagnostic(s) :</b>			
<b>4</b> <b>Relevant/significant medical history relating to the main medical condition:</b> <b>Antécédents médicaux pertinents/importants liés à l'état pathologique principal :</b>			

Social Insurance Number  
Numéro d'assurance sociale

**5** Over the past two years, has the patient been admitted to a hospital/institution?  
Au cours des deux dernières années, le patient a-t-il été admis à l'hôpital ou dans une institution?

- Yes    **If yes, please list:**  
Oui    **Dans l'affirmative, veuillez indiquer :**
- No  
Non

Name of the Hospital(s)/Institution(s) - Nom de(s) l'hôpital(aux) ou de(s) l'institution (institutions)

The date(s) of admission  
La (les) date(s) d'admission  
Y/A       M       D/J

The reason(s) for admission  
La (les) raison(s) de l'admission

**6A** Is there supporting evidence for the main medical condition? Please attach supporting documentation.  
Y a-t-il des preuves à l'appui de l'état pathologique principal du patient? Veuillez joindre les documents à l'appui.

Laboratory Reports Rapports de laboratoire	<input type="checkbox"/> Yes Oui	<input type="checkbox"/> No Non
X-ray reports Radiographies	<input type="checkbox"/> Yes Oui	<input type="checkbox"/> No Non
Consultants' opinions Opinions de consultants	<input type="checkbox"/> Yes Oui	<input type="checkbox"/> No Non
Other Autre	<input type="checkbox"/> Yes Oui	<input type="checkbox"/> No Non
Documentation to be returned Documents devant être retournés	<input type="checkbox"/> Yes Oui	<input type="checkbox"/> No Non

**6B** Please describe relevant physical findings and functional limitations.  
Veuillez décrire les observations physiques et les limitations fonctionnelles pertinentes.

Social Insurance Number  
Numéro d'assurance sociale

**7** Are further consultations or medical investigations planned relating to the main medical condition?  
Prévoyez-vous effectuer d'autres consultations ou évaluations médicales en rapport avec son état pathologique principal?

- Yes      **If yes, please specify:**  
Oui      **Dans l'affirmative, veuillez préciser :**
- No  
Non

**8** Is the patient currently on medication(s) as a result of the main medical condition?  
Le patient prend-il présentement des médicaments en raison de son état pathologique principal?

- Yes      **If yes, please indicate dosage and frequency.**  
Oui      **Dans l'affirmative, veuillez indiquer la dose et la fréquence.**
- No  
Non

**9** **Treatment:** List type and response.  
**Traitement :** Indiquez le genre et la réaction.

Social Insurance Number Numéro d'assurance sociale	<b>FOR OFFICE USE ONLY - À L'USAGE EXCLUSIF DU BUREAU</b>		
<input type="checkbox"/> A.C. - C.V.	Initials - Initiales	Y/A	M      D/J
<b>10</b> Prognosis of the main medical condition of this patient - Pronostic au sujet de l'état pathologique principal du patient :			
<b>11</b> Additional Information - Renseignements supplémentaires			
<b>SIGNATURE (Please print or use a stamp - Veuillez écrire en lettres moulées ou estampiller)</b>			
Physician's Full Name - Nom du médecin au complet			
Address - Adresse	<input type="checkbox"/> Family Physician Médecin de famille  <input type="checkbox"/> Specialty Spécialité _____		
Postal Code Code postal	Signature X	Y/A      M      D/J	Telephone No. - N° de téléphone (    )    -

**Please write legibly - Veuillez écrire lisiblement**



## Clause d'exclusion pour élever des enfants Régime de pensions du Canada

Si vous remplissez le formulaire pour que s'applique en votre nom la clause d'exclusion pour élever des enfants, veuillez fournir votre numéro d'assurance sociale et votre nom aux numéros 1 et 2 ci-dessous. Si vous remplissez la demande au nom d'une personne décédée, veuillez fournir le numéro d'assurance sociale et le nom de la personne décédée aux numéros 1 et 2 ci-dessous.

<b>1. Numéro d'assurance sociale</b>  _____	<b>2. Prénom, initiale et nom</b> <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle  _____
---	--

**3. Renseignements au sujet des enfants**

Inscrivez tout les enfants nés après le 31 décembre 1958.

Nom de l'enfant	NAS de l'enfant	Date de naissance de l'enfant	Si l'enfant est né à l'extérieur du Canada, dites-nous la date où l'enfant est entré au Canada
		Année/Mois/Jour	Année/Mois/Jour
a) _____	_____	_____	_____
b) _____	_____	_____	_____
c) _____	_____	_____	_____
d) _____	_____	_____	_____

Si vous inscrivez d'autres enfants, veuillez prendre une feuille séparée et répondre aux questions ci-dessus pour chacun des enfants supplémentaires, signer la feuille, indiquer votre numéro d'assurance sociale (ou celui de la personne décédée) et attacher la feuille à ce formulaire.

Étiez-vous le principal responsable des soins de ces enfants dès la naissance jusqu'à l'âge de sept ans?       Oui    Non

Si **non**, indiquez les périodes quand vous n'étiez pas le principal responsable des soins de ces enfants et en fournir la raison :

DE : _____ À : _____ Année    Mois                    Année    Mois	DE : _____ À : _____ Année    Mois                    Année    Mois
Raison : _____	Raison : _____

Est-ce que vous ou votre époux ou conjoint de fait avez reçu pour ces enfants des allocations familiales ou la Prestation fiscale canadienne pour enfants?       Oui    Non

Si **oui**, veuillez indiquer qui a reçu les prestations :       Vous    Votre époux ou conjoint de fait

# Clause d'exclusion pour élever des enfants

## Régime de pensions du Canada

### 3. Renseignements au sujet des enfants (suite)

Indiquez les périodes au cours desquelles les enfants avaient moins de sept ans et où vous **n'avez pas** reçu d'allocations familiales ou de Prestation fiscale canadienne pour enfants et en fournir la raison. N'indiquez pas les périodes où vous étiez admissible à la Prestation fiscale canadienne pour enfants, mais que vous ne l'avez pas reçue parce que votre revenu familial était trop élevé.

DE : \_\_\_\_\_ À : \_\_\_\_\_ DE : \_\_\_\_\_ À : \_\_\_\_\_  
Année Mois Année Mois Année Mois Année Mois

Raison : \_\_\_\_\_ Raison : \_\_\_\_\_

**Note : Si vous n'avez pas indiqué le numéro d'assurance sociale pour chaque enfant, ou si les enfants sont nés à l'étranger veuillez consulter le feuillet de renseignements sous « Documents requis ».**

### 4. SIGNATURE

Je déclare que, au meilleur de ma connaissance, les renseignements fournis dans la présente demande sont vrais et complets. Je reconnais que ces renseignements personnels ou ceux de la personne décédée 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*.

X \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ ( ) -  
Année Mois Jour Numéro de téléphone

Si vous remplissez ce formulaire au nom d'une personne décédée, veuillez fournir les renseignements demandés ci-dessous.

Votre nom \_\_\_\_\_ ( ) -  
Numéro de téléphone

Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 5. RENONCIATION AU DROIT À LA CLAUSE D'EXCLUSION POUR ÉLEVER DES ENFANTS

**À être rempli par la personne qui a reçu les allocations familiales** en vertu de la *Loi sur les allocations familiales* et qui désire renoncer à son droit à la clause d'exclusion pour élever des enfants en faveur de l'époux qui est demeuré à la maison et qui était le principal responsable à prendre soin de l'enfant (des enfants).

**Par la présente, je déclare que, pour tout enfant inscrit à la section 3 et sur toute feuille séparée, je n'ai pas fait et je ne ferai pas de demande en vertu de la clause d'exclusion pour élever des enfants pour les périodes attribuées à mon époux.**

Nom \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance sociale \_\_\_\_\_

SIGNATURE \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone pendant la  
X \_\_\_\_\_ ( ) -  
Année Mois Jour journée



## Feuillet de renseignements sur la clause d'exclusion pour élever des enfants Régime de pensions du Canada

### De quelle manière cette disposition m'aidera-t-elle?

La clause d'exclusion pour élever des enfants peut vous aider à devenir admissible à des prestations du Régime de pensions du Canada (RPC) ou à augmenter le montant auquel vous avez droit. Les prestations versées au titre du RPC reposent sur la durée et le montant de vos cotisations au Régime pendant que vous travailliez et dans certains cas sur votre âge au moment où vous commencez à recevoir votre prestation. Les périodes pendant lesquelles vous avez eu peu de gains, sinon pas du tout, donnent normalement lieu à des prestations réduites. Si vous n'avez pas travaillé ou aviez de faibles revenus pendant que vous preniez soin d'un enfant de moins de sept ans, vous pouvez recourir à la clause d'exclusion afin que ces périodes de temps ne soient pas prises en compte dans le calcul de vos prestations. Ceci pourrait vous aider à qualifier pour des prestations ou augmenter le montant des prestations que vous recevez.

### Faire une demande afin que s'applique la clause d'exclusion pour élever des enfants

Si vous avez fait une demande de pension de retraite ou d'invalidité du RPC ou si vous touchez une telle pension et que vous étiez à un certain moment le principal responsable\* des soins apportés à un enfant de moins de sept ans, vous devriez remplir le formulaire de clause d'exclusion et nous le faire parvenir le plus tôt possible. Dans le cas de prestations de décès ou de survivant du RPC, si la personne décédée était le principal responsable des soins apportés à un enfant de moins de sept ans, la succession ou l'époux survivant ou le conjoint de fait devrait remplir le formulaire au nom de la personne décédée.

### Être admissible à la clause d'exclusion pour élever des enfants

Il faut répondre aux critères suivants pour être admissible à la clause d'exclusion :

- Vous devez soit ne pas avoir travaillé ou avoir eu de faibles revenus tout en étant **le principal responsable à prendre soin d'un enfant\*** de moins de sept ans qui est né après le 31 décembre 1958.
- Vous ou votre époux ou conjoint de fait devez avoir reçu des paiements d'allocation familiales ou avoir été admissible\*\* à la Prestation fiscale canadienne pour enfants (même si vous n'avez pas reçu la prestation);
- Vous devez produire une preuve d'âge pour chaque enfant énuméré *si un numéro d'assurance sociale n'est pas fourni*. Si un enfant est né à l'étranger, vous devez également produire une preuve de son entrée au Canada.
- Ce formulaire doit être rempli et signé.

Si vous faites une demande au nom d'une personne décédée, il faut que cette personne ait répondu aux critères susmentionnés.

\* Le principal responsable des soins est la personne qui a passé le plus de temps à s'occuper des besoins quotidiens de l'enfant comme la supervision, la préparation des repas, la fréquentation scolaire, les rendez-vous chez le médecin, etc.

\*\* Si vous étiez le principal responsable des soins d'un enfant et que vous n'avez pas touché de Prestation fiscale canadienne pour enfants seulement parce que votre revenu familial était trop élevé, on considère aux fins de la clause d'exclusion pour élever des enfants que vous étiez admissible à la Prestation fiscale canadienne pour enfant.

### Allocations familiales

En vertu du programme d'Allocations familiales, un montant mensuel était versé aux parents ou aux tuteurs d'enfants à charge âgés de moins de 18 ans. Dans la plupart des familles, le paiement était adressé à la mère. Le programme d'Allocations familiales a été remplacé par la Prestation fiscale canadienne pour enfants en 1993.

### Prestation fiscale canadienne pour enfants (PFCE)

La PFCE est une prestation mensuelle gérée par l'Agence du revenu du Canada. Le montant de la PFCE dépend de votre revenu familial net, combien d'enfants vous avez et l'âge des enfants. Vous pouviez être admissible à la PFCE même si vous n'en receviez pas. Pour plus de renseignements au sujet de la PFCE, veuillez contacter l'Agence du revenu du Canada.

# Feuillet de renseignements sur la clause d'exclusion pour élever des enfants

## Régime de pensions du Canada

### Documents requis

#### Preuve de naissance

Un certificat de naissance ou une copie certifiée du document de naissance doit être fourni pour chaque enfant inscrit si un numéro d'assurance social n'est pas fourni. Aucune preuve de naissance n'est nécessaire si un numéro d'assurance social est fourni pour l'enfant inscrit sur le formulaire de la clause d'exclusion pour élever des enfants.

#### Preuve de la date d'entrée au Canada

Dans le cas d'un enfant né à l'extérieur du Canada, il faut également fournir un document d'immigration (par exemple, le formulaire IMM 1000 ou un passeport), ou une copie certifiée de ce document afin de prouver la date d'entrée de l'enfant au Canada.

### Copies certifiées des documents originaux

Il est préférable de nous envoyer des photocopies certifiées des documents plutôt que des originaux. Si vous choisissez d'expédier des documents originaux, veuillez les faire parvenir par courrier recommandé. Nous vous retournerons les documents originaux.

Nous accepterons une photocopie d'un document original uniquement si elle est lisible et s'il s'agit d'une copie certifiée du document original. Un employé dans l'un ou l'autre des Centres Service Canada photocopiera et certifiera gratuitement vos documents. Si vous ne pouvez vous rendre à un Centre Service Canada, il est possible de demander à l'une des personnes suivantes de certifier votre photocopie :

- Avocat
- Chef de bande des Premières nations
- Commissaire aux serments
- Comptable
- Directeur d'un établissement financier
- Employé de Service Canada qui agit à titre officiel
- Employé d'un ministère fédéral ou provincial ou de l'une de ses agences
- Enseignant
- Entrepreneur de pompes funèbres
- Greffier municipal
- Ingénieur
- Juge de paix
- Magistrat
- Maître de poste
- Membre du Parlement ou son personnel
- Membre d'une assemblée législative provinciale ou son personnel
- Ministre du culte
- Notaire
- Policier
- Professionnel de la santé : chiropraticien, dentiste, médecin, pharmacien, psychologue, infirmier autorisé et infirmier praticien
- Représentant d'une ambassade, d'un consulat ou d'un haut-commissariat
- Représentant d'un pays avec lequel le Canada a conclu un accord de réciprocité en matière de sécurité sociale
- Travailleur social

La personne qui certifie une photocopie doit la comparer à l'original, indiquer son poste ou son titre officiel, apposer sa signature et imprimer son nom en lettres moulées, fournir son numéro de téléphone et préciser la date à laquelle le document a été certifié. Elle doit également ajouter la mention suivante sur la photocopie :

**La présente photocopie est conforme au document original qui n'a été modifié d'aucune façon.**

Si un document comporte de l'information sur les deux côtés, il faut faire une photocopie du recto et du verso et les certifier. Vous ne pouvez certifier des photocopies de vos propres documents, et vous ne pouvez demander à un parent de le faire pour vous.

Veuillez indiquer votre numéro d'assurance sociale ou celui de la personne décédée (si vous faites une demande au nom d'une personne décédée) sur toutes les photocopies que vous nous faites parvenir.

# Feuillet de renseignements sur la clause d'exclusion pour élever des enfants

## Régime de pensions du Canada

### Renonciation au droit à la clause d'exclusion pour élever des enfants

Si vous êtes demeuré à la maison pour prendre soin d'un enfant de moins de sept ans, mais que votre époux a touché des allocations familiales, votre époux peut renoncer à ses droits en votre faveur. Cela signifie que votre époux renonce à ses droits à la clause d'exclusion pour élever des enfants puisque cette clause ne peut servir à la fois aux deux membres d'un couple pour les mêmes périodes et les mêmes enfants. L'époux qui renonce à ses droits doit remplir et signer la partie 5 de la demande.

Veillez noter que si votre époux ou conjoint de fait a reçu la prestation fiscale canadienne pour enfants, mais qu'en fait, vous étiez le principal responsable des soins de l'enfant, il se peut que vous soyez admissible à la clause d'exclusion pour élever des enfants. Pour que nous tenions compte de ce fait, vous devez fournir une lettre de l'Agence du revenu du Canada indiquant que vous auriez été admissible à la prestation fiscale canadienne pour enfants alors que vous étiez le principal responsable des soins de l'enfant. Si cette situation s'applique à vous, veuillez communiquer avec l'Agence du revenu du Canada pour savoir comment obtenir cette lettre.

### Protection des renseignements personnels

Les renseignements sont demandés en vertu du *Régime de pensions du Canada* (RPC). Il est possible que nous ne puissions vous verser des prestations si vous ne nous donnez pas tous les renseignements requis. Nous conserverons ces renseignements dans le fichier de renseignements personnels de DSC PPU 140, 146, 175. Vos renseignements personnels sont régis par la *Loi sur la protection des renseignements personnels* et nous pouvons les divulguer là où nous sommes autorisés à le faire aux termes du *RPC*.

En vertu du *RPC* et de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*, vous avez le droit de consulter les renseignements personnels qui vous concernent dans votre dossier. Pour ce faire, il suffit de communiquer avec un Centre Service Canada. Pour savoir comment obtenir vos renseignements personnels par le biais du bureau du coordonnateur de l'accès à l'information, veuillez vérifier Info Source, un répertoire de toutes les banques de données et de l'information qu'elles contiennent. Il est possible de se procurer des copies d'Info Source dans tous les Centres Service Canada.

### Pour en savoir davantage

Visitez notre site Internet à [servicecanada.gc.ca](http://servicecanada.gc.ca)

Vous pouvez également nous téléphoner :

Au Canada et aux États-Unis,

Anglais : 1 800 277-9914

Français : 1 800 277-9915

(Pour les utilisateurs de téléscripteur/ATME qui ont un trouble de la parole ou une déficience auditive) : 1 800 255-4786

(Ayez votre numéro d'assurance sociale à portée de la main lorsque vous téléphonerez.)

*Nota : Le présent document contient des renseignements généraux sur la clause d'exclusion pour élever des enfants et tient compte de la loi sur le RPC. En cas de divergence entre le contenu du présent document et le RPC, c'est la loi sur le RPC qui s'applique.*



## Bureaux de Service Canada

Vous devez envoyer le(s) formulaire(s) par courrier au bureau de Service Canada le plus près de chez vous. La liste de ces bureaux se trouve ci-dessous. Si vous avez besoin d'aide pour remplir le(s) formulaire(s) et que vous demeurez **au Canada ou aux États-Unis**, vous pouvez téléphoner sans frais au **1 800 277-9915**. Les personnes ayant un trouble de la parole ou une déficience auditive qui utilisent un télécriteur ATS peuvent appeler au **1 800 255-4786**. Ayez votre numéro d'assurance sociale à portée de la main. **Note** : Si vous envoyez votre formulaire de l'extérieur du Canada, vous devez l'envoyer au bureau régional se trouvant dans la province de votre dernière résidence.

### TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR

Service Canada  
Case postale 9430  
St. John's NL A1A 2Y5

### ONTARIO

Service Canada  
Case postale 2020  
Chatham ON N7M 6B2

### ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Service Canada  
Case postale 20105  
Comptoir postal Sherwood  
Sherwood PE C1A 9E3

### MANITOBA ET SASKATCHEWAN

Service Canada  
Case postale 818  
Succursale Main  
Winnipeg MB R3C 2N4

### NOUVELLE-ÉCOSSE

Service Canada  
Case postale 1687  
Succursale « M »  
Halifax NS B3J 3J4

### ALBERTA / TERRITOIRES DU NORD-OUEST ET NUNAVUT

Service Canada  
Case postale 2710  
Succursale Main  
Edmonton AB T5J 4C2

### NOUVEAU-BRUNSWICK

Service Canada  
Case postale 250  
Fredericton NB E3B 4Z6

### COLOMBIE-BRITANNIQUE ET YUKON

Service Canada  
Case postale 1177  
Victoria BC V8W 2V2

### QUÉBEC

Service Canada  
Case postale 1816  
Québec QC G1K 7L5

This form is also available in English - ISP-3501E