

Demande de prestations d'invalidité

Si vous avez moins de 65 ans, que vous avez suffisamment cotisé au Régime de rentes du Québec et que vous êtes invalide, vous pourriez avoir droit aux prestations d'invalidité de ce régime. Ces prestations sont de deux types :

- la rente d'invalidité ;
- la rente d'enfant de personne invalide.

La Régie peut vous déclarer invalide si votre incapacité est grave et doit durer indéfiniment. Vous devez être incapable, en raison de votre état de santé, d'exercer de façon régulière un emploi véritablement rémunérateur.

Cependant, **si vous avez entre 60 et 65 ans**, et que votre état de santé ne vous permet plus de faire le **travail habituel** que vous avez quitté en raison de votre invalidité, vous pourriez avoir droit à la rente d'invalidité.

Notez que, pour établir l'invalidité, la Régie n'applique pas les mêmes critères que la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) ou que la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ). Les critères utilisés par les compagnies d'assurance peuvent également différer de ceux de la Régie.

La rente d'invalidité

La rente d'invalidité est payable le quatrième mois suivant celui où une personne est reconnue invalide par la Régie. Ainsi, une rente débute en mai pour une personne reconnue invalide à compter de janvier. Le dernier paiement a lieu le mois du 65^e anniversaire.

La rente d'enfant de personne invalide

Si vous avez droit à la rente d'invalidité, un enfant dont vous avez la charge, **qui ne reçoit pas déjà une rente du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada**, pourrait avoir droit à une rente d'enfant de personne invalide jusqu'à 18 ans :

- s'il s'agit de votre enfant, qu'il habite ou non avec vous ;
- s'il s'agit de votre belle-fille ou de votre beau-fils et qu'il habite avec vous ;
- s'il s'agit d'un autre enfant qui habite avec vous ou dont vous assurez la subsistance.

Comment faire votre demande ?

Retournez le formulaire à la Régie sans attendre le Rapport médical. La date de réception de votre demande peut avoir un effet sur le début de votre rente. Notez que la Régie ne peut reconnaître plus de douze mois d'invalidité avant la réception de votre demande, même si vous êtes invalide depuis plus longtemps.

Il est important de faire remplir le Rapport médical par votre médecin et de lui demander de le retourner à la Régie dans les plus brefs délais. Votre médecin peut vous demander des honoraires pour la rédaction du Rapport médical. Ces honoraires sont à votre charge.

Travail à l'extérieur du Canada

Si vous avez participé à un régime de sécurité sociale à l'étranger, vous pourriez avoir droit à une pension de ce régime. Notez que la rente du Régime de rentes du Québec n'est pas réduite si vous recevez une pension d'un autre pays.

MARCHE À SUIVRE - DEMANDE DE PRESTATIONS D'INVALIDITÉ

- 1- Répondez à toutes les questions de la Demande de prestations d'invalidité, sauf si on indique de passer à une autre question.
- 2- Si l'espace est insuffisant, allez à la section 26, Autres renseignements.
- 3- Signez à la section 25, Déclaration et signature.
- 4- Remplissez et signez l'Autorisation de communiquer des renseignements médicaux et psychosociaux.
- 5- Joignez une copie de tout document médical ou résultat d'analyse en votre possession concernant votre invalidité. (**Ne pas envoyer de radiographies.**)
- 6- Placez le tout dans l'enveloppe-réponse et postez votre demande le plus tôt possible à :

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

- 7- Vérifiez le tarif postal, surtout si des documents sont ajoutés.

MARCHE À SUIVRE - RAPPORT MÉDICAL

- 1- Remplissez vous-même la section 1 du Rapport médical, Identification du requérant.
- 2- Faites remplir les autres sections du Rapport médical par votre médecin. Celui-ci fera parvenir ce rapport directement à nos bureaux.

IMPORTANT : La Régie se réserve le droit d'exiger en tout temps une preuve de naissance.

Pour obtenir plus de renseignements

Par Internet : www.rrq.gouv.qc.ca

Par téléphone : Région de Québec : (418) 643-5185
Région de Montréal : (514) 873-2433
Sans frais : 1 800 463-5185
Service aux sourds ou aux malentendants : 1 800 603-3540

ACCÈS AUX DOCUMENTS DES ORGANISMES PUBLICS ET PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Les renseignements demandés dans le formulaire sont nécessaires à l'étude de votre dossier. La Régie les conserve en conformité avec la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*. Ces renseignements ne pourront être communiqués à d'autres personnes ou organismes ni vérifiés auprès d'eux que dans les cas prévus par la Loi. Ils pourront aussi être utilisés à des fins de recherche, d'évaluation, d'enquête ou de sondage.

Demande de prestations d'invalidité

Indiquez votre numéro d'assurance sociale* ►

--	--	--

Écrire en lettres détachées.

Identification

1	Sexe*	Nom de famille*	Prénom*
	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nom de famille à la naissance si différent	Prénom à la naissance si différent

2	Date de naissance*	Lieu de naissance																					
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">année</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">mois</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">jour</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> </table>	année	mois	jour																		ville	province
année	mois	jour																					
Langue de correspondance <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais																							

3	Nom de famille de votre mère à sa naissance*	Prénom de votre mère*
	Nom de famille de votre père*	Prénom de votre père*

4	Votre adresse (numéro, rue, appartement)*			
	Ville	Province	Pays	Code postal

5	Téléphone	Ind. rég.	autre	Ind. rég.	poste	
	au domicile*					

Renseignements généraux

6	Si vous résidez à l'extérieur du Canada, indiquez la dernière province du Canada où vous avez habité. _____
---	--

7	Avez-vous participé à un régime de sécurité sociale à l'étranger ?
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, dans le(s) ou les pays suivant(s) : _____	
Numéro(s) de sécurité sociale à l'étranger : _____	

--	--	--

Renseignements généraux (suite)

8

A. Avez-vous eu des enfants nés après le 31 décembre 1958 ou pris en charge des enfants nés après cette date ?

- Oui
 Non. **Passez à la section 9.**

B. Certaines conditions peuvent vous aider à devenir admissible à une rente ou en faire augmenter le montant :

- si vous avez reçu des prestations familiales pour un enfant (allocation familiale du Québec ou prestation fiscale canadienne pour enfants) ;
- si vous n'en avez pas reçu en raison de votre revenu familial trop élevé.

Avez-vous reçu à **votre nom** des prestations familiales pour un enfant né après le 31 décembre 1958 ou si vous n'en avez pas reçu, était-ce en raison d'un revenu familial trop élevé ? (Ces prestations sont habituellement versées à la mère.)

- Oui. Remplissez le tableau suivant.
 Non. **Passez à la section 9.**

Renseignements sur les enfants nés après le 31 décembre 1958

1 ^{er} Nom de famille à la naissance		Prénom	
Date de naissance année mois jour	Date d'adoption ou de prise en charge (s'il y a lieu) année mois	Date de décès (si l'enfant est décédé avant l'âge de 7 ans) année mois	
Lieu de naissance (province, pays)	Enfant né hors du Canada	Date d'entrée au Canada année mois	Province de résidence lors de l'entrée au Canada

2 ^e Nom de famille à la naissance		Prénom	
Date de naissance année mois jour	Date d'adoption ou de prise en charge (s'il y a lieu) année mois	Date de décès (si l'enfant est décédé avant l'âge de 7 ans) année mois	
Lieu de naissance (province, pays)	Enfant né hors du Canada	Date d'entrée au Canada année mois	Province de résidence lors de l'entrée au Canada

3 ^e Nom de famille à la naissance		Prénom	
Date de naissance année mois jour	Date d'adoption ou de prise en charge (s'il y a lieu) année mois	Date de décès (si l'enfant est décédé avant l'âge de 7 ans) année mois	
Lieu de naissance (province, pays)	Enfant né hors du Canada	Date d'entrée au Canada année mois	Province de résidence lors de l'entrée au Canada

S'il y a plus de trois enfants, continuez à la section 26.

C. De la naissance de chacun des enfants jusqu'à son 7^e anniversaire, y a-t-il des périodes où vous n'avez pas reçu de prestations familiales à **votre nom** ?

- Oui
 Non

Indiquez votre numéro d'assurance sociale ►

--	--	--

Renseignements sur votre état de santé

15 Depuis quelle date votre état de santé vous rend-il incapable de travailler régulièrement ?

	année			mois			jour		
--	-------	--	--	------	--	--	------	--	--

16 Indiquez les maladies ou les déficiences qui vous empêchent de travailler ou vous limitent dans votre travail. Si vous ne connaissez pas les noms médicaux, employez vos propres termes.

17 Énumérez tous les médicaments que vous prenez actuellement.

Nom du médicament	Quelle dose prenez-vous ?	Quand le prenez-vous ?

18 Indiquez tout autre traitement (physiothérapie, psychothérapie, etc.) suivi actuellement et l'endroit où vous le suivez.

Traitement	Nom de l'établissement

19 Indiquez, si possible, les examens spéciaux (radiographie, tapis roulant, résonance magnétique, test de fonction respiratoire, etc.) que vous avez subis au cours des derniers six mois concernant le problème de santé qui cause votre invalidité.

Nom de l'examen	Lieu de l'examen

20 Pouvez-vous vous déplacer sans aide ?

Oui

Non. Je me déplace à l'aide : d'une canne de béquilles d'un fauteuil roulant

autre : Précisez _____

Indiquez votre numéro d'assurance sociale

--	--	--

Renseignements sur vos médecins

21 Indiquez le nom des médecins qui vous soignent actuellement ainsi que le nom de ceux que vous avez consultés en rapport avec votre invalidité.

Dr _____ <input type="checkbox"/> Médecin de famille <input type="checkbox"/> Spécialiste (précisez) _____ Téléphone _____	Indiquez le nom de l'établissement où vous l'avez consulté. _____ <input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/> CLSC <input type="checkbox"/> Clinique Date de votre dernière visite _____
Dr _____ <input type="checkbox"/> Médecin de famille <input type="checkbox"/> Spécialiste (précisez) _____ Téléphone _____	Indiquez le nom de l'établissement où vous l'avez consulté. _____ <input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/> CLSC <input type="checkbox"/> Clinique Date de votre dernière visite _____
Dr _____ <input type="checkbox"/> Médecin de famille <input type="checkbox"/> Spécialiste (précisez) _____ Téléphone _____	Indiquez le nom de l'établissement où vous l'avez consulté. _____ <input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/> CLSC <input type="checkbox"/> Clinique Date de votre dernière visite _____
Dr _____ <input type="checkbox"/> Médecin de famille <input type="checkbox"/> Spécialiste (précisez) _____ Téléphone _____	Indiquez le nom de l'établissement où vous l'avez consulté. _____ <input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/> CLSC <input type="checkbox"/> Clinique Date de votre dernière visite _____

Si l'espace est insuffisant, continuez à la section 26.

Renseignements sur vos hospitalisations

22 Avez-vous été hospitalisé au cours des cinq dernières années ? Non Oui. Remplissez ce qui suit.

Date approximative année mois	Raison de l'hospitalisation	
Nom du centre hospitalier	Endroit	
Date approximative année mois	Raison de l'hospitalisation	
Nom du centre hospitalier	Endroit	
Date approximative année mois	Raison de l'hospitalisation	
Nom du centre hospitalier	Endroit	

Autorisation de communiquer des renseignements médicaux et psychosociaux

Indiquez votre numéro d'assurance sociale ►

--	--	--

Indiquez votre numéro d'assurance maladie ►

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Remplissez cette section en lettres détachées.

Identification

Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nom de famille	Prénom	Date de naissance		
			année	mois	jour
	Nom de famille à la naissance si différent	Prénom à la naissance si différent			
	Nom de famille de votre mère à sa naissance	Prénom de votre mère			
	Nom de famille de votre père	Prénom de votre père			

Autorisation et signature

Afin que la Régie des rentes du Québec dispose de toute l'information nécessaire à l'étude de ma demande de prestations d'invalidité, j'autorise tout médecin, tout professionnel de la santé et tout établissement de santé ou de services sociaux à communiquer à la Régie les renseignements médicaux et psychosociaux pertinents qu'ils détiennent à mon sujet.

Cette autorisation vaut aussi pour la Commission de la santé et de la sécurité du travail, la Société de l'assurance automobile du Québec, le Secrétariat du Conseil du trésor, le Secrétariat de la santé et des services sociaux, les Services-conseils aux gestionnaires des réseaux de l'éducation, la Commission administrative des régimes de retraite et d'assurances ainsi que pour les administrateurs de régimes d'assurance-invalidité à qui j'ai fait une demande de prestations en relation avec mon état de santé.

À moins d'une révocation écrite de ma part, la présente autorisation demeure en vigueur jusqu'à la décision finale de la Régie. Elle vise les renseignements médicaux et psychosociaux déjà détenus de même que ceux qui seront obtenus par la suite jusqu'à la décision finale.

Signez ici ►

Date

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

À l'usage du destinataire :

La Régie des rentes du Québec détient l'original de l'autorisation. La copie certifiée a la même valeur que l'original, conformément à l'article 25 de la *Loi sur le régime de rentes du Québec*.

--