

**ENTENTE QUÉBEC – ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE  
EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ SOCIALE  
QUÉBEC – UNITED STATES OF AMERICA  
SOCIAL SECURITY UNDERSTANDING**

**Demande de prestations  
du Régime de rentes du Québec  
*Application for benefits  
under the Québec Pension Plan***

**Type de prestation demandée  
*Type of benefit being applied for***

Cocher la case appropriée  
*Check the appropriate boxes*

- Rente de retraite (remplir les parties A, B et F)  
*Retirement pension (complete parts A, B and F)*
- Rentes d'invalidité et d'enfant de personne invalide  
(remplir les parties A, C et F)  
*Disability pension and pension for a disabled person's child  
(complete parts A, C and F)*
- Rentes de conjoint survivant, d'orphelin et prestation de décès  
(remplir les parties A, D, E et F)  
*Surviving spouse's pension, orphan's pension and death  
benefit (complete parts A, D, E and F)*

# IMPORTANT

**Aucune prestation ne peut être versée si vous avez quitté définitivement le Canada avant 1966.**

## **Demande de rente de retraite**

Pour avoir droit à la rente de retraite, vous devez avoir cotisé au Régime pour au moins une année depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1966 et être âgé d'au moins 60 ans.

Si vous avez moins de 65 ans, vous devez avoir cessé de travailler dans votre pays. Vous êtes considéré comme ayant cessé de travailler si vous avez de faibles revenus de travail. Ces revenus, calculés sur une base annuelle, doivent être inférieurs au maximum annuel de la rente de retraite payable, pour cette année, par la Régie des rentes du Québec à 65 ans. Pour connaître ce maximum, veuillez contacter votre organisme de liaison.

Par ailleurs, si vous avez 65 ans ou plus, vous pouvez recevoir votre rente de retraite même si vous travaillez.

Avant de demander votre rente, il est important de vous informer auprès de tout organisme public ou privé qui vous verse ou pourrait vous verser des prestations afin de savoir si le montant de ces prestations sera touché si vous devenez bénéficiaire d'une rente du Régime de rentes du Québec.

Le montant de la rente de retraite varie selon vos gains de travail, les cotisations que vous avez versées au Régime et le nombre d'années pour lesquelles vous avez cotisé. Il varie aussi selon votre âge au moment où la rente débute.

Nous vous suggérons de présenter votre demande environ quatre mois avant le mois où la rente devient payable, mais pas plus de douze mois avant cette date. Aucune rente n'est versée sans qu'une demande n'ait été faite.

Le cotisant âgé de 65 à 70 ans qui a cessé de travailler peut recevoir une rente de retraite rétroactive à juillet 1998 ou au mois suivant la date de sa cessation de travail. Si vous avez 70 ans ou plus, vous pourriez avoir droit à une rente rétroactive même si vous travaillez toujours.

## **Demande de rente d'invalidité**

Peut être déclarée invalide par la Régie :

- une personne de moins de 65 ans qui ne peut plus exercer régulièrement aucune activité rémunératrice et dont l'incapacité doit durer indéfiniment.
- une personne âgée de 60 à 64 ans qui ne peut plus détenir l'occupation habituelle rémunérée qu'elle a quittée en raison de son invalidité.

Cette personne doit avoir suffisamment cotisé au Régime de rentes.

## **Demande de rente d'enfant de personne invalide**

Si vous avez droit à la rente d'invalidité, une rente peut être versée pour chaque enfant de moins de 18 ans.

Peut être reconnu comme votre enfant :

- l'enfant qui vous est lié par le sang ou par adoption ;
- le beau-fils ou la belle-fille qui réside avec vous (l'enfant du conjoint avec lequel vous êtes marié) ;
- l'enfant auquel vous tenez lieu de père ou de mère et qui demeure avec vous depuis au moins 6 mois, à la condition que nulle autre personne que vous ou votre conjoint ne subvienne à ses besoins ;
- tout autre enfant dont vous assurez la subsistance.

## **Demande de prestation de décès**

La prestation de décès consiste en un paiement unique qui peut être fait à la suite du décès d'un cotisant au Régime. La prestation est payée en priorité à la personne ou à l'organisme de charité qui a payé les frais funéraires à condition d'en fournir la preuve (facture acquittée ou reçu de frais payés) dans les 60 jours suivant le décès.

Après ce délai de 60 jours, à défaut de présentation d'une demande avec les preuves de paiement des frais, la prestation peut aussi être payée aux héritiers s'ils en font la demande avant la personne qui a payé les frais. Le chèque est alors fait à l'ordre des héritiers du cotisant décédé. À défaut d'héritiers, la prestation peut être versée au conjoint survivant ou, en son absence, aux descendants, ou aux ascendants du cotisant décédé.

La personne décédée doit avoir suffisamment cotisé et la demande doit être faite dans les cinq ans suivant la date du décès.

**No benefit can be paid if you left Canada definitively before 1966.**

## **Application for a retirement pension**

To be eligible for a retirement pension under the Québec Pension Plan (QPP), you must have contributed to the Plan for at least 1 year since 1 January 1966 and you must be at least 60 years of age.

If you are under age 65, you must have stopped working in your country. You are considered to have stopped working if your employment earnings are low. These earnings, calculated on an annual basis, must be less than the maximum annual retirement pension payable at age 65 by the Régie des rentes du Québec for this year. To find out what the maximum amount is, contact your liaison agency.

If you are 65 years of age or over, you can draw your pension even if you continue to work.

Before applying for your pension, you should find out from all private or public agencies from which you receive or could receive benefits whether or not the amount of such benefits will be affected when you start receiving your QPP pension.

The amount of your retirement pension depends on your employment earnings, the contributions you made to the Plan and the number of years for which you contributed. It also depends on how old you are when your pension starts.

We suggest that you file your application about 4 months before the month in which payment of the pension is to begin, but not more than 12 months before payment should begin. No pension can be paid unless an application is filed.

A contributor who is between 65 and 70 and who has stopped working can receive a retirement pension retroactive to July 1998 or the month following the date on which he or she stopped working. If you are over age 70, you may be entitled to a retroactive pension even if you are still working.

## **Application for a disability pension**

A person under 65 years of age can be declared to be disabled if he or she can no longer regularly pursue any gainful occupation, and if his or her disability is likely to be permanent.

A person between 60 and 64 years of age can be declared to be disabled if he or she can no longer regularly pursue the usual gainful work he or she left because of disability.

The person must have contributed sufficiently to the Québec Pension Plan.

## **Application for a pension for a disabled person's child**

A pension could be paid for:

- the deceased contributor's biological or adopted child;
- the deceased contributor's stepchild who was living with the deceased;
- any child for whom the deceased contributor took the place of the father or mother and who lived with the deceased for at least 6 months, on the condition that no one other than the deceased, or his or her spouse who was living with the deceased, was supporting the child;

## **Application for a death benefit**

The death benefit is a one-time payment that can be made following the death of a contributor to the Plan. The benefit is paid on a priority basis to the person or benevolent society that paid the funeral expenses, provided that proof of payment (paid invoice or receipt) is submitted within 60 days following the death.

After 60 days, unless an application accompanied with proof of payment is submitted, the benefit can be paid to the heirs of the deceased provided they file an application before the person who paid the funeral expenses files an application. The cheque is made payable to the heirs of the deceased contributor. If there are no heirs, the benefit can be paid to the surviving spouse, to the descendants or ascendants of the deceased contributor.

The deceased must have sufficiently contributed and the application must be made no later than 5 years after the date of death.

### **Demande de rente de conjoint survivant**

À la suite du décès d'un cotisant qui a suffisamment cotisé au Régime, la rente de conjoint survivant est versée :

- au conjoint marié s'il n'y a pas eu de séparation légale ;
- à la personne qui se qualifie comme conjoint de fait du cotisant décédé si ce dernier n'était pas marié ou s'il était séparé légalement ;
- au conjoint séparé légalement avant le 1<sup>er</sup> juillet 1989, si aucun conjoint de fait ne se qualifie comme conjoint survivant ;
- au conjoint séparé légalement entre le 1<sup>er</sup> juillet 1989 et le 31 décembre 1993, s'il y a eu renonciation au partage des revenus de travail inscrits au Régime de rentes et en l'absence de conjoint de fait qui pourrait se qualifier comme conjoint survivant.

Si vous êtes conjoint de fait, vous pouvez être reconnu conjoint survivant si vous avez habité avec le cotisant décédé au moins durant les trois années précédant le décès. Si un enfant est né ou à naître de votre union ou si vous avez adopté un enfant, une seule année de cohabitation suffit. Depuis juin 1999, la Régie reconnaît aussi les personnes de même sexe vivant maritalement comme des conjoints de fait.

### **Demande de rente d'orphelin (enfant de moins de 18 ans à la date du décès)**

Une rente d'orphelin peut être versée pour chaque enfant du cotisant décédé qui a suffisamment cotisé, jusqu'à ce que cet enfant atteigne 18 ans.

On entend par enfant du cotisant :

- l'enfant lié au cotisant par le sang ou par adoption ;
- le beau-fils ou la belle-fille du cotisant qui résidait avec lui ;
- l'enfant auquel le cotisant tenait lieu de père ou de mère et qui demeurait avec lui depuis au moins six mois, à la condition que nul autre que le cotisant ou son conjoint résidant avec lui n'en assurait la subsistance ;
- l'enfant dont le cotisant assurait la subsistance.

### **Application for a surviving spouse's pension**

*Following the death of a contributor who contributed sufficiently to the Plan a surviving spouse's pension is paid to:*

- the married spouse, if the couple was not legally separated;*
- the person who qualifies as the deceased contributor's de facto spouse, if the contributor was not married or if the contributor was legally separated;*
- the spouse who was legally separated before 1 July 1989, if no de facto spouse qualifies as a surviving spouse;*
- the spouse who was legally separated between 1 July 1989 and 31 December 1993, if partition of earnings was renounced and there is no de facto spouse who can qualify as the surviving spouse.*

*If you are a de facto spouse, you can be deemed to be the surviving spouse if you lived with the deceased contributor for at least the 3 years preceding his or her death. However, if a child was born or is to be born of your union, the law requires only 1 year of cohabitation immediately preceding the contributor's death. Since June 1999, the Régie also recognizes same-sex couples as de facto spouses.*

### **Application for an orphan's pension (child under age 18 at the time of the contributor's death)**

*An orphan's pension can be paid for each child of a deceased contributor who contributed sufficiently, until the child reaches 18 years of age.*

- the deceased contributor's biological or adopted child;*
- the deceased contributor's stepchild who was living with the deceased;*
- any child for whom the deceased contributor took the place of the father or mother and who lived with the deceased for at least 6 months, on the condition that no one other than the deceased, or his or her spouse who was living with the deceased, was supporting the child;*
- a child who was being supported by the deceased.*

**DEMANDE DE PRESTATIONS DU RÉGIME DE RENTES DU QUÉBEC EN VERTU  
DEL'ENTENTE QUÉBEC - ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ SOCIALE  
APPLICATION FOR QUÉBEC PENSION PLAN BENEFITS UNDER THE QUÉBEC - UNITED STATES OF AMERICA  
SOCIAL SECURITY UNDERSTANDING**

Note : Cette demande doit être remplie par le cotisant ou, dans le cas d'une demande de prestations de survivant ou de décès, par la personne qui réclame la ou les prestations. Le terme « cotisant » désigne la personne qui a versé des cotisations au Régime de rentes du Québec  
This application must be completed by the contributor or, in the case of an application for survivor's benefits, by the person claiming entitlement to benefits. The term "contributor" means a person who has made contributions to the Québec Pension Plan.

**Veillez écrire en majuscules / Please print**

**Partie A Renseignements généraux sur le cotisant  
Part General information about the contributor**

**À remplir pour tout type de rente / Complete in all cases**

<b>1</b>	Langue de correspondance souhaitée : Language of correspondence <input type="checkbox"/> Français French <input type="checkbox"/> Anglais English	Indiquez la dernière province de résidence du cotisant au Canada Last Canadian province in which the contributor lived	Date d'arrivée au Canada Date of arrival in Canada Année Year    Mois Month    Jour Day	Date de départ du Canada Date of departure from Canada Année Year    Mois Month    Jour Day
<b>2</b>	Sexe / Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nom / Family name	Prénom / Given name	
	Nom à la naissance si différent / Family name at birth (if different)		Prénom à la naissance si différent / Given name at birth (if different)	
<b>3</b>	Numéro d'assurance sociale du cotisant au Canada Contributor's social insurance number in Canada		Prénom du père / Father's given name	
	Prénom de la mère / Mother's given name		Nom de la mère à la naissance / Mother's family name at birth	
<b>4</b>	Numéro de sécurité sociale aux États-Unis / U.S. Social Security number			
<b>5</b>	Adresse (numéro, rue, appartement, case postale, route rurale) / Address (number, street, apartment, P.O. box, rural route)			
	Municipalité / City or town	Province ou État / Province or State	Pays / Country	Code postal / Postal code
	Téléphone à la résidence / Telephone at home Ind. rég. Area code		Téléphone au travail / Telephone at work Ind. rég. Area code	
<b>6</b>	Date de naissance / Date of birth Année Year    Mois Month    Jour Day	Lieu de naissance / Place of birth Municipalité / City or town	Province ou État / Province or State	Pays / Country
<b>7</b>	État civil du cotisant / Contributor's marital status			
	<input type="checkbox"/> Séparé(e) de fait depuis le De facto separated since	<input type="checkbox"/> Marié(e) depuis le Married since	<input type="checkbox"/> Veuf ou veuve depuis le Widowed since	<input type="checkbox"/> Divorcé(e) depuis le Divorced since
	<input type="checkbox"/> Séparé(e) légalement depuis le Legally separated since			
<b>8</b>	Le cotisant reçoit-il ou a-t-il reçu ou demandé des prestations en vertu du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada ? (Ne pas tenir compte de la pension de la Sécurité de la vieillesse du Canada) Is the contributor now receiving or has he or she ever received or applied for benefits under the Québec Pension Plan or the Canada Pension Plan (other than a Canadian Old Age Security pension)?			
				<input type="checkbox"/> Oui Yes <input type="checkbox"/> Non No
	Si oui, indiquez sous quel numéro d'assurance sociale du Canada. If yes, under what Canadian social insurance number?			
<b>9</b>	Le cotisant a-t-il participé à un régime de sécurité sociale dans un pays autre que le Canada et les États-Unis ? Has the contributor ever participated in a social security plan in a country other than Canada and the United States of America?			
	Si oui, remplissez ce qui suit : / If yes, complete the following:			
	1 <sup>er</sup> pays 1st country	Numéro de sécurité sociale dans ce pays Social insurance number in that country		
	2 <sup>e</sup> pays 2nd country	Numéro de sécurité sociale dans ce pays Social insurance number in that country		

**10** Les périodes d'admissibilité à des prestations familiales (allocation familiale, prestation fiscale pour enfants) pour un enfant de moins de 7 ans peuvent faire augmenter le montant de la rente.  
*Having received or having been entitled to family benefits for a child under 7 years of age could give entitlement to a benefit or an increased benefit. The term "family benefits" refers to the Québec family allowance and the federal child tax benefit.*

**A.** Le cotisant a-t-il (ou avait-il) des enfants nés après le 31 décembre 1958 ?  
*Does the contributor (or did the contributor) have any children who were born after 31 December 1958?*

- Non. **Passez à la prochaine partie.**  
*No. Go to the next part.*  Oui. **Passez à la question B.**  
*Yes. Fill out section B.*

**B.** Le cotisant reçoit-il ou a-t-il reçu À SON NOM des prestations familiales pour ces enfants ?  
*Did the contributor receive family benefits paid IN HIS OR HER NAME for those children?*

- Oui. Remplissez le tableau suivant.  
*Yes. Complete the table below*
- Non. Indiquez la raison en cochant la case appropriée.  
*No. Indicate the reason by checking one of the following boxes:*
- Le bénéficiaire des prestations était son conjoint, une autre personne ou un organisme.  
*Si vous cochez cette case, passez à la prochaine partie.*  
*Family benefits were paid to the contributor's spouse, to another person or to an agency.*  
*If you check this box, go to the next part.*
- Les prestations n'étaient pas versées en raison d'un revenu familial trop élevé.  
*Si vous cochez cette case, remplissez le tableau suivant.*  
*Family benefits were not paid because the contributor's family income was too high.*  
*If you check this box, fill out the following table.*
- Le cotisant réside ou résidait à l'extérieur du Canada. Si vous cochez cette case, **passez à la prochaine partie.**  
*The contributor is or was living outside Canada. If you check this box, go to the next part.*

**Renseignements sur les enfants nés après le 31 décembre 1958 / Information on children born after 31 December 1958**

<b>1</b>	Nom à la naissance / Child's family name at birth	Prénom de l'enfant / Given name	Date de naissance / Date of birth	Année / Year	Mois / Month	Jour / Day
	Lieu de naissance (municipalité, province, pays) / Place of birth (city or town, province, country)		Si né hors du Canada, date d'entrée au Canada / If born outside Canada, date of entry into Canada	Année / Year	Mois / Month	Jour / Day
<b>2</b>	Nom à la naissance / Child's family name at birth	Prénom de l'enfant / Given name	Date de naissance / Date of birth	Année / Year	Mois / Month	Jour / Day
	Lieu de naissance (municipalité, province, pays) / Place of birth (city or town, province, country)		Si né hors du Canada, date d'entrée au Canada / If born outside Canada, date of entry into Canada	Année / Year	Mois / Month	Jour / Day
<b>3</b>	Nom à la naissance / Child's family name at birth	Prénom de l'enfant / Given name	Date de naissance / Date of birth	Année / Year	Mois / Month	Jour / Day
	Lieu de naissance (municipalité, province, pays) / Place of birth (city or town, province, country)		Si né hors du Canada, date d'entrée au Canada / If born outside Canada, date of entry into Canada	Année / Year	Mois / Month	Jour / Day

**C.** De la naissance de chacun des enfants jusqu'à son 7<sup>e</sup> anniversaire, y a-t-il des périodes pendant lesquelles le cotisant ne recevait pas de prestations familiales à son nom ?  
*Between the birth and the 7th birthday of each child, were there any periods during which the contributor did not receive family benefits PAID DIRECTLY TO HIM OR HER?*

- Non. **Passez à la prochaine partie.**  
*No. Go to the next part.*
- Oui. Indiquez ces périodes, à l'exception de celles pendant lesquelles les prestations n'étaient pas versées parce que le revenu familial était trop élevé.  
*Yes. Indicate these periods, except for periods during which benefits were not paid because the family income was too high.*

Prénom de l'enfant / Child's given name	de / from	Année / Year	Mois / Month	à / to	Année / Year	Mois / Month
Prénom de l'enfant / Child's given name	de / from	Année / Year	Mois / Month	à / to	Année / Year	Mois / Month

**Si l'espace est insuffisant, ajoutez une note à la dernière page.**  
*If there is not enough space, continue on the last page.*

Si vous avez moins de 65 ans, répondez aux questions 1, 2, 3 et 4. Si vous avez 65 ans ou plus, passez à la question 5.  
If you are under age 65, answer questions 1, 2, 3 and 4. If you are 65 or over, go directly to question 5.

**1** Veuillez cocher la case qui correspond à votre situation de travail actuelle.  
Check the box that best describes your current work situation.

Note : Si vous avez cessé de travailler en raison de votre état de santé, il pourrait être plus avantageux pour vous de faire une demande de rente d'invalidité. Vous avez dix-huit mois, à compter du premier versement de votre rente de retraite, pour faire cette demande. Il devra toutefois être démontré que vous êtes devenu invalide avant la fin du sixième mois suivant le premier versement de la rente de retraite.  
If you have stopped working because of your state of health, it may be more advantageous for you to apply for a disability pension. Your disability pension application must be filed no more than 18 months after the date on which you received your first retirement pension payment. However, you must prove that your disability began no later than 6 months after your first retirement pension payment.

- J'ai complètement cessé de travailler dans mon pays ou dans un autre pays le \_\_\_\_\_  
I completely stopped working, in my country or another country, on \_\_\_\_\_  
Année Year Mois Month Jour Day  
Inscrivez la date **exacte** de votre dernière journée de présence au travail.  
Give the **exact** date of the last day at work.
- Je travaille toujours, mais la Régie peut considérer que j'ai cessé de travailler le puisque mes revenus de travail pour les douze prochains mois seront inférieurs au maximum permis.  
(Pour connaître ce maximum, veuillez contacter votre organisme de liaison.)  
I am still working, but the Régie can consider that I stopped working since my employment earnings for the next 12 months, including any salary insurance payments, will be less than the maximum allowed.  
(Contact your liaison agency to find out the current maximum.)  
Année Year Mois Month Jour Day
- Je prévois gagner dans la prochaine année \_\_\_\_\_ (dans la monnaie de votre pays) à raison de \_\_\_\_\_ heures par mois.  
I expect to earn \_\_\_\_\_ (in my country's currency) by working \_\_\_\_\_ hours a month.
- Je cesserai complètement de travailler le \_\_\_\_\_  
I will completely stop working on \_\_\_\_\_  
Année Year Mois Month Jour Day  
Inscrivez la date **prévue** de votre dernière journée de présence au travail.  
Indicate the **expected** last date on which you will work.
- Je travaille toujours, je suis un(e) salarié(e), et mes revenus de travail par période de paye sont réduits **d'au moins 20 %** à la suite d'une entente avec mon employeur sur la réduction de mon temps de travail en vue de la retraite.  
I am still working. I am an employee and my employment earnings have been reduced by **at least 20%** following an agreement with my employer to reduce my work hours for the purpose of retirement.
- Ma rémunération par période de paye est réduite de \_\_\_\_\_ % depuis le \_\_\_\_\_  
My pay has been reduced by \_\_\_\_\_ % by pay period since \_\_\_\_\_  
Année Year Mois Month Jour Day
- Ma rémunération par période de paye sera réduite de \_\_\_\_\_ % à compter du \_\_\_\_\_  
My pay will be reduced by \_\_\_\_\_ % by pay period as of \_\_\_\_\_  
Année Year Mois Month Jour Day
- Nom de l'employeur  
Employer's name \_\_\_\_\_
- Adresse de l'employeur  
Employer's address \_\_\_\_\_
- Veuillez nous fournir l'entente signée avec votre employeur. / Please send us a copy of the agreement between you and your employer.
- Je travaille toujours. / I am still working

**2** Le paiement de votre rente débutera le plus tôt possible soit : le mois suivant votre 60<sup>e</sup> anniversaire si vous avez moins de 60 ans ou le mois suivant la date de réception de votre demande si vous avez 60 ans ou plus. Si vous désirez que le paiement de votre rente débute plus tard, veuillez indiquer ici le moment choisi.  
Payment of your pension will begin as soon as possible. If you are under the age of 60, payment will begin the month following your 60th birthday. If you are 60 or over, payment will begin the month following receipt of your application. If you wish your pension to start on another, later, date, indicate your choice below:

- À 65 ans ou en \_\_\_\_\_  
At age 65 or in \_\_\_\_\_  
Année Year Mois Month

**3** A. Recevez-vous **actuellement** une indemnité de remplacement de revenu de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) à cause d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle ?  
Are you **currently** receiving an income replacement indemnity from the Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) because of a work-related accident or an occupational disease?

Non  Oui Numéro de votre dossier / Your file number \_\_\_\_\_  
No Yes

B. Êtes-vous en attente d'une réponse à une réclamation que vous avez faite à la CSST ?  
Are you waiting for an answer to a claim that you filed with the CSST?

Non  Oui Date de cette réclamation \_\_\_\_\_  
No Yes Date you filed your claim  
Année Year Mois Month Jour Day

**4** A. Recevez-vous **actuellement** une indemnité de la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) ?  
Are you **currently** receiving an indemnity from the Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ)?

Non  Oui Numéro de votre dossier  
No Yes Your file number \_\_\_\_\_

B. Êtes-vous en attente d'une réponse à une demande d'indemnité que vous avez faite à la SAAQ ?  
Are you waiting for an answer to a claim that you filed with the SAAQ?

Non  Oui Date de cette demande  
No Yes Date you filed your claim

Année Year	Mois Month	Jour Day
---------------	---------------	-------------

**Passez à la partie F.  
Go to part F.**

**Vous avez 65 ans et plus / If you are 65 years of age or over**

**5** A. Veuillez cocher la case qui correspond à votre situation de travail.  
**Check the box that corresponds to your situation**

Si vous avez entre 65 et 70 ans et que vous n'avez pas cessé de travailler, la rente est payable à compter du mois suivant la date où la Régie a reçu la demande.  
Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1998, si vous avez cessé de travailler, la rente de retraite peut être rétroactive à juillet 1998 ou au mois suivant la date de votre cessation de travail.

Après 70 ans, vous pourriez avoir droit à une rente rétroactive même si vous travaillez toujours.

*If you are between 65 and 70 years of age and you are still working, your pension can begin in the month following the one in which the Régie received your application.*

*Since 1 July 1998, if you have stopped working, your retirement pension can be retroactive to July 1998 or the month following the one in which you stopped working.*

*If you are over 70, you can receive a retroactive pension even if you are still working.*

J'ai complètement cessé de travailler dans mon pays ou dans un autre pays le  
*I completely stopped working, in my country or another country, on*

Année Year	Mois Month	Jour Day
---------------	---------------	-------------

Inscrivez la date **exacte** de votre dernière journée de présence au travail.  
*Give the exact date of the last day at work*

Je travaille toujours mais la Régie peut considérer que j'ai cessé de travailler le puisque depuis cette date, mes revenus de travail ont toujours été inférieurs au maximum permis. (Pour connaître ce maximum, veuillez contacter votre organisme de liaison.)  
*I am still working but the Régie can consider that I stopped working on because since that date, my employment earnings have always been less than the maximum allowed. (Contact your liaison agency to find out the current maximum.)*

Année	Mois	Jour
-------	------	------

Year	Month	Day
------	-------	-----

Je prévois gagner dans la prochaine année. \_\_\_\_\_ (dans la monnaie de votre pays) à raison de \_\_\_\_\_ heures par mois  
*During the next year, I expect to earn \_\_\_\_\_ (in my country's currency) by working \_\_\_\_\_ hours a month.*

Je cesserai complètement de travailler le  
*I will completely stop working, in my country or another country, on*

Année Year	Mois Month	Jour Day
---------------	---------------	-------------

Inscrivez la date **prévue** de votre dernière journée de présence au travail.  
*Give the exact date of the last day at work.*

Je travaille toujours.  
*I am still working.*

B. Le paiement de votre rente débutera le plus tôt possible ou à un autre moment si vous le mentionnez ci-après.  
*Payment of your pension will begin as soon as possible or at a later date, if you indicate that date below.*

En \_\_\_\_\_  
In \_\_\_\_\_

Année Year	Mois Month
---------------	---------------

**Passez à la partie F.  
Go to part F.**

**1** Avez-vous déjà fait une demande à la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) à la suite d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle ?  
*Have you ever filed a claim with the Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) because of a work-related accident or occupational disease?*

- Non  
*No*
- Oui, mais je n'ai pas reçu de réponse.  
*Yes, but I have not yet received an answer.*
- Oui, et la CSST a accepté ma demande.  
*Yes. The CSST accepted my claim.*
- Oui, mais la CSST a refusé ma demande.  
*Yes. The CSST rejected my claim.*



Indiquez votre numéro de dossier (CSST)  
*Give your CSST file number*

\_\_\_\_\_

**2** Avez-vous déjà fait une demande d'indemnité à la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) ?  
*Have you ever applied for an indemnity from the Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ)?*

- Non  
*No*
- Oui. Indiquez votre numéro de dossier  
*Yes. Give your SAAQ file number.*

\_\_\_\_\_

**3** Avez-vous fait au Canada une demande à une compagnie d'assurances ou à un autre organisme concernant votre invalidité ?  
*Have you applied for benefits in Canada from an insurance company or other agency because of your disability?*

- Non. **Passez au numéro 4.**  
*No. Go to section 4.*
- Oui. Indiquez votre numéro de dossier : \_\_\_\_\_  
*Yes. Give your file number.*

Indiquez le nom de la compagnie ou de l'organisme  
*Give the name of the company or agency.*

\_\_\_\_\_

**Antécédents de travail / Work history**

**4** A. Avez-vous cessé complètement de travailler dans votre pays ou dans un autre pays ?  
*Have you completely stopped working in your country or another country?*

- Oui. **Passez à B.**  
*Yes. Go to B.*
- Non. Remplissez ce qui suit.  
*No. Complete the following.*

Combien d'heures par semaine travaillez-vous ?  
*How many hours a week do you work?* \_\_\_\_\_

Combien gagnez-vous par semaine (en monnaie du pays) ?  
*How much do you earn each week (in your country's currency)* \_\_\_\_\_

**Passez à C**  
**Go to C.**

B. Date de votre dernière journée de présence au travail  
*Date of the last day on which you worked.*

Année <i>Year</i>			Mois <i>Month</i>		Jour <i>Day</i>		

C. Date du début de votre dernier emploi  
*Date on which your last job began.*

Année <i>Year</i>			Mois <i>Month</i>		Jour <i>Day</i>		

D. Pour quelles raisons avez-vous cessé partiellement ou complètement de travailler ?  
*Why did you totally or partially stop working?*

\_\_\_\_\_

E. Avez-vous cessé de travailler à cause de votre invalidité ?  Oui  Non  
*Did you stop working because of your disability? Yes No*

Énumérez vos emplois précédents <i>Describe your other jobs</i>	Durée / Duration				Cause du départ <i>Reason for leaving</i>
	De / From		À / To		
	Année <i>Year</i>	Mois <i>Month</i>	Année <i>Year</i>	Mois <i>Month</i>	



**Antécédents de travail (suite) / Work history (cont.)**

**5** Êtes-vous ou étiez-vous un travailleur salarié ?  Oui. Remplissez ce qui suit.  Non. Passez à la section 6.  
 Are you or were you a paid employee? Yes. **Continue below.** No. **Go to section 6.**

A. Quel est ou a été votre dernier emploi ?  
 What is or was your last occupation? \_\_\_\_\_

B. Quel est ou était le nom de votre dernier employeur ?  
 What is or was the name of your last employer? \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ N° de téléphone \_\_\_\_\_  
 Address \_\_\_\_\_ Telephone number \_\_\_\_\_

C. Durant quelle période avez-vous gardé cet emploi ? De \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
 How long did you do that work? From \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_  
Année Year Mois Month Jour Day

D. Veuillez décrire la nature de votre travail  
 Describe the nature of your work \_\_\_\_\_

Ce travail vous obligeait-il à travailler en plein air ?  Oui  Non  
 Did you have to work outdoors? Yes No

E. Combien d'heures par semaine travaillez-vous ou avez-vous travaillé ? \_\_\_\_\_  
 How many hours a week do you or did you work?

Combien êtes-vous ou étiez-vous payé (en monnaie du pays) par semaine ? \_\_\_\_\_  
 How much are you or were you paid (in your country's currency)?

**À noter : Par travailleur indépendant, on entend la personne qui exécute un travail pour son compte, qui est propriétaire d'une entreprise, incorporée ou non.**

**Note: In the following section, "self-employed worker" means a person who works for himself or herself or who is the owner of a business (incorporated or not).**

**6** Êtes-vous ou étiez-vous un travailleur indépendant ?  Oui. Remplissez ce qui suit.  Non. Passez à la section 7.  
 Are you a self-employed worker? Yes. **Continue below.** No. **Go to section 7.**

A. Quels sont ou quels étaient le nom et l'adresse de votre entreprise ?  
 What is or was the name and address of your business?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

B. En quoi votre entreprise est-elle ou était-elle spécialisée et quelles sont ou quelles étaient les fonctions que vous y exerciez ?  
 What is or was the purpose of your business and what are or were the duties that you performed?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

C. Êtes-vous ou étiez-vous propriétaire à part entière de votre entreprise ?  Oui  Non  
 Are you or were you the sole proprietor of your business? Yes No

Si non, inscrivez votre pourcentage de participation \_\_\_\_\_ %  
 If no, indicate your percent of participation

D. Êtes-vous ou étiez-vous un travailleur à votre compte ?  Oui  Non  
 Are you or were you an independent worker? Yes No

E. Avez-vous ou aviez-vous des employés ?  Oui  Non  
 Do you have or did you have any employees? Yes No

Si oui, combien ? \_\_\_\_\_  
 If yes, how many?

**Antécédents de travail / Work history**

F. Votre entreprise fonctionne-t-elle toujours ?  Oui  Non  
*Is your business still in operation? Yes No*

Si elle a été vendue ou dissoute, veuillez nous faire parvenir une copie de la transaction et indiquez ici la date où elle a cessé de fonctionner.  
*If the business has been sold or dissolved, please provide a copy of the pertinent documents and give the date of sale or dissolution.*

Année			Mois		Jour		
Year			Month		Day		

G. Depuis quelle date vous considérez-vous comme invalide ?  
*Since what date do you consider yourself to be disabled?*

Année			Mois		Jour	
Year			Month		Day	

Veuillez indiquer votre dernier jour de présence au travail.  
*When was your last day at work?*

Année			Mois		Jour	
Year			Month		Day	

H. Indiquez le nombre d'heures travaillées par mois.  
*How many hours a month do you or did you work?*

Avant votre invalidité <i>Before being disabled</i>

Depuis votre invalidité <i>Since being disabled</i>

I. Indiquez par mois le nombre d'heures de travail des membres de votre famille qui ne reçoivent pas de salaire.  
*How many hours a month did family members who do not or did not receive a salary work?*

Avant votre invalidité <i>Before being disabled</i>

Depuis votre invalidité <i>Since being disabled</i>

J. Indiquez les revenus annuels de ce travail.  
*What is or was your annual income from self-employment?*

Avant votre invalidité <i>Before being disabled</i>

Depuis votre invalidité <i>Since being disabled</i>

**Passez à la question 7 / Go to question 7**

**Renseignements sur votre état de santé / Information on your state of health**

**7** Indiquez les maladies ou les déficiences qui vous empêchent de travailler. Si vous ne connaissez pas les noms médicaux, employez vos propres termes.  
*List the illnesses or impairments that prevent you from working. If you do not know the exact medical term, describe the problem in your own words.*

---

---

---

---

---

---

---

---

**8** Expliquez en quoi ces maladies ou déficiences vous empêchent de travailler.  
*Explain how those illnesses or impairments prevent you from working.*

---

---

---

---

---

---

---

---

**9** Énumérez les médicaments que vous prenez actuellement.  
*List all the medicines you are currently taking.*

Nom du médicament <i>Name of the medicine</i>	Quelle dose prenez-vous ? <i>The dose you take</i>	Quand le prenez-vous ? <i>How often you take it</i>

**Renseignements sur votre état de santé (suite) / Information on your state of health (cont.)**

**10** Indiquez tout autre traitement (physiothérapie, psychothérapie, etc.) suivi actuellement.  
*Indicate any other treatment (physiotherapy, psychotherapy, etc.) that you are currently receiving.*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**11** Pouvez-vous utiliser les transports en commun ?  Oui  Non. Donnez la raison  
*Can you use public transport? Yes No. Explain why.*

Pouvez-vous vous déplacer sans aide ?  
*Can you get around without aid?*

Oui  Non. Je me déplace à l'aide :  D'une canne  De béquilles  D'un fauteuil roulant  
*Yes No. I must use: A cane Crutches A wheelchair*

Autre (précisez) : \_\_\_\_\_  
*Other (explain):*

**Renseignements sur vos médecins / Information on your physicians**

**12** Indiquez le nom du médecin qui vous soigne actuellement.  
*What is the name of the physician who is currently caring for you?* \_\_\_\_\_

Médecin de famille  Spécialiste (précisez) :  
*Family doctor Specialist. What field?* \_\_\_\_\_

À quel hôpital ou clinique médicale ?  
*Name of the hospital or medical clinic.* \_\_\_\_\_

Date de votre dernière visite à ce médecin ?  
*Date of your last visit to that doctor.*

Année	Mois	Jour			
Year	Month	Day			

**13** Indiquez le nom des autres médecins que vous avez consultés.  
*Who are the other physicians you have seen?*

Nom du médecin  
*Name of doctor* \_\_\_\_\_

Médecin de famille  Spécialiste (précisez) :  
*Family doctor Specialist. What field?* \_\_\_\_\_

À quel hôpital ou clinique médicale ?  
*Name of the hospital or medical clinic.* \_\_\_\_\_

Date de votre dernière visite à ce médecin ?  
*Date of your last visit to that doctor.*

Année	Mois	Jour			
Year	Month	Day			

Nom du médecin  
*Name of doctor* \_\_\_\_\_

Médecin de famille  Spécialiste (précisez) :  
*Family doctor Specialist. What field?* \_\_\_\_\_

À quel hôpital ou clinique médicale ?  
*Name of the hospital or medical clinic.* \_\_\_\_\_

Date de votre dernière visite à ce médecin ?  
*Date of your last visit to that doctor.*

Année	Mois	Jour			
Year	Month	Day			

**Vous devez obtenir un rapport médical de chacun de ces médecins et nous les faire parvenir.  
*You must obtain a medical report from each of these physicians and send them to us.***

**Renseignements sur vos hospitalisations / Information on your hospital stays**

**14** Avez-vous été hospitalisé au cours des cinq dernières années ?  
*Have you been in the hospital in the last 5 years?*

Non. **Passez au numéro 15.**  
*No. Go to section 15.*

Oui. Remplissez ce qui suit.  
*Yes. Give the following information*

Date approximative  
*Approximate date*

Année <i>Year</i>				Mois <i>Month</i>			

Nom du centre hospitalier  
*Name of the hospital*

\_\_\_\_\_

Endroit  
*Location*

\_\_\_\_\_

Raisons de l'hospitalisation  
*Reasons for your hospitalization*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date approximative  
*Approximate date*

Année <i>Year</i>				Mois <i>Month</i>			

Nom du centre hospitalier  
*Name of the hospital*

\_\_\_\_\_

Endroit  
*Location*

\_\_\_\_\_

Raisons de l'hospitalisation  
*Reasons for your hospitalization*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date approximative  
*Approximate date*

Année <i>Year</i>				Mois <i>Month</i>			

Nom du centre hospitalier  
*Name of the hospital*

\_\_\_\_\_

Endroit  
*Location*

\_\_\_\_\_

Raisons de l'hospitalisation  
*Reasons for your hospitalization*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date approximative  
*Approximate date*

Année <i>Year</i>				Mois <i>Month</i>			

Nom du centre hospitalier  
*Name of the hospital*

\_\_\_\_\_

Endroit  
*Location*

\_\_\_\_\_

Raisons de l'hospitalisation  
*Reasons for your hospitalization*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**15** Vous pouvez demander une rente pour votre enfant de moins de 19 ans. Nous considérons qu'il s'agit de votre enfant :  
You can apply for a pension for your children under the age of 19. We consider that a child who meets one of the following conditions is your child:

- s'il s'agit de votre enfant lié par le sang ou l'adoption, même s'il ne réside pas avec vous.
- s'il s'agit de l'enfant du conjoint avec lequel vous êtes marié et qui réside avec vous.
- s'il s'agit de tout autre enfant aux besoins duquel vous subvenez en tout ou en partie.
- *he or she is your biological or adopted child, even if he or she does not live with you;*
- *he or she is the child of your spouse by marriage and lives with you;*
- *any other child whom you support in whole or in part.*

Avez-vous des enfants qui répondent à ces conditions ?  
Do you have any children who meet one of those conditions?

- Oui. Remplissez ce qui suit  
Yes. Continue below.
- Non. **Passez à la partie F.**  
No. **Go to part F.**

Indiquez les nom et prénom des enfants pour lesquels vous demandez la rente d'enfant de personne invalide.  
Indicate the names of the children for whom you are requesting a pension for a disabled person's child.

<b>1</b>	Nom à la naissance / Family name at birth				Prénom / Given name
	Date de naissance / Date of birth	Année / Year	Mois / Month	Jour / Day	Numéro d'assurance sociale / Social insurance number
Adresse actuelle de l'enfant / Child's current address					
	Lieu de naissance / Place of birth	Municipalité / City or town		Province	Pays / Country
	Nom de sa mère à la naissance / Mother's family name at birth	Prénom / Given name		Nom du père / Father's family name	Prénom / Given name
<b>2</b>	Nom à la naissance / Family name at birth				Prénom / Given name
	Date de naissance / Date of birth	Année / Year	Mois / Month	Jour / Day	Numéro d'assurance sociale / Social insurance number
Adresse actuelle de l'enfant / Child's current address					
	Lieu de naissance / Place of birth	Municipalité / City or town		Province	Pays / Country
	Nom de sa mère à la naissance / Mother's family name at birth	Prénom / Given name		Nom du père / Father's family name	Prénom / Given name
<b>3</b>	Nom à la naissance / Family name at birth				Prénom / Given name
	Date de naissance / Date of birth	Année / Year	Mois / Month	Jour / Day	Numéro d'assurance sociale / Social insurance number
Adresse actuelle de l'enfant / Child's current address					
	Lieu de naissance / Place of birth	Municipalité / City or town		Province	Pays / Country
	Nom de sa mère à la naissance / Mother's family name at birth	Prénom / Given name		Nom du père / Father's family name	Prénom / Given name

**Si l'espace est insuffisant, ajoutez une note à la dernière page.**  
**If there is not enough space, continue on the last page.**

Parmi les enfants que vous avez désignés plus haut, y en a-t-il qui reçoivent déjà une rente d'orphelin ou une rente d'enfant de personne invalide du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions de Canada ?  
Are any of the children mentioned above already receiving an orphan's pension or a pension for a disabled person's child from the Québec Pension Plan or the Canada Pension Plan?

- Non / No
- Oui, sous le numéro d'assurance sociale suivant / Yes, under the following social insurance number

**Passez à la partie F. / Go to part F.**



**Renseignements sur la personne décédée / Information about the deceased**

A) Date du décès / Date of death

Année Year		Mois Month		Jour Day

B) Lieu du décès / Place of death

\_\_\_\_\_  
Ville ou village, pays / City or town, country



**Demande de prestation de décès**  
**Application for a death benefit**

**1** Indiquez à quel titre vous demandez la prestation de décès. **Ne cochez qu'une seule case.**  
*Indicate in what capacity you are applying for the death benefit. Do not check more than one box.*

Dans le cas où la prestation est demandée à titre de personne ou d'organisme de charité qui a payé les frais funéraires, le chèque est fait au nom de la personne ou de l'organisme en question. Dans les autres cas, le chèque est généralement fait à l'ordre de « Héritiers de ».  
*If the death benefit is being requested in the capacity of the person who paid the funeral expenses or the benevolent society that paid the funeral expenses, the cheque will be made out to that person or agency. In all other cases, the cheque is usually made out to the Heirs of (name of the deceased).*

Personne qui a payé les frais funéraires / Person who paid the funeral expenses

**Apportez les précisions suivantes et veuillez présenter, dans les 60 jours qui suivent la date du décès, les PREUVES DE PAIEMENT (factures acquittées ou reçus) établies à votre nom.**  
**Provide the following information and, within 60 days following the date of death, submit PROOFS OF PAYMENT (paid invoices or receipts), made out in your name.**

Êtes-vous un héritier ?  Oui  Non      Avez-vous renoncé à la succession ?  Oui  Non  
*Are you an heir?      Yes      No      Have you renounced the estate?      Yes      No*

Quel est votre lien avec la personne décédée ?  
*How are you related to the deceased?* \_\_\_\_\_

**Passez à la section 3. / Go to section 3.**

Organisme de charité reconnu qui a payé les frais funéraires  
*Benevolent society that paid the funeral expenses*

**Veuillez présenter, dans les 60 jours qui suivent la date du décès, les PREUVES DE PAIEMENT (factures acquittées ou reçus) établies au nom de l'organisme.**  
**Within 60 days following the date of death, submit PROOFS OF PAYMENT (paid invoices or receipts), made out in the name of the benevolent society.**

**Passez à la section 2. / Go to section 2.**

Héritier / Heir

**Apportez les précisions suivantes : / Provide the following information.**

Avez-vous renoncé à la succession ?  Oui  Non  
*Have you renounced the estate?      Yes      No*

Quel est votre lien avec la personne décédée ?  
*How are you related to the deceased?* \_\_\_\_\_

**Passez à la section 3. / Go to section 3.**

Liquidateur de la succession (exécuteur testamentaire nommé dans le testament ou, à défaut de testament, personne nommée par les héritiers)  
*Liquidator of the estate (executor named in the will or, if there is no will, a person named by the heirs).*

**Passez à la section 3. / Go to section 3.**

Professionnel mandaté pour régler la succession  
*Professional appointed to settle the estate.*

**Passez à la section 3.  
Go to section 3.**

Autre, précisez : \_\_\_\_\_  
*Other, specify:* \_\_\_\_\_

**Passez à la section 3.  
Go to section 3.**

**2** Si vous faites la demande à titre d'organisme de charité, remplissez ce qui suit et passez à la partie F.  
*If you are applying on behalf of a benevolent society, complete the following and then go to part F.*

Nom de la personne qui fait la demande / *Name of the person making this application*

---

Nom de l'organisme de charité / <i>Name of the benevolent society</i>	Numéro d'enregistrement <i>Registration number</i>
Adresse / <i>Address</i>	Code postal / <i>Postal code</i>
Nom du représentant de l'organisme de charité <i>Family name of an official of the benevolent society</i>	Prénom / <i>Given name</i>
	Téléphone / <i>Telephone</i> Ind. rég. / <i>Area code</i>

**3** Si vous faites la demande de prestation de décès à titre d'héritier ou de payeur des frais funéraires, remplissez ce qui suit et passez à la partie F. Si vous faites la demande à titre de liquidateur de la succession ou de professionnel mandaté, vous n'avez pas à remplir la section 3, mais n'oubliez pas de remplir la partie F.  
*If you are applying for the death benefit as an heir or as the person who paid the funeral expenses, complete the following and go to part F. If you are applying as the estate liquidator (executor) or as an appointed professional, you do not have to complete section 3 but you must complete part F.*

Nom de la personne qui fait la demande / *Name of the person making this application*

---

Nom utilisé actuellement / <i>Family name now used</i>	Prénom / <i>Given name</i>												
Nom à la naissance si différent / <i>Family name at birth (if different)</i>	Prénom à la naissance si différent / <i>Given name at birth (if different)</i>												
Date de naissance <i>Date of birth</i>	Numéro d'assurance sociale <i>Social insurance number</i>												
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 25%;">Année <i>Year</i></td> <td style="text-align: center; width: 25%;">Mois <i>Month</i></td> <td style="text-align: center; width: 25%;">Jour <i>Day</i></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> _ </td> <td style="text-align: center;"> _ </td> <td style="text-align: center;"> _ </td> <td></td> </tr> </table>	Année <i>Year</i>	Mois <i>Month</i>	Jour <i>Day</i>		_	_	_		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"> _ </td> <td style="width: 25%;"> _ </td> <td style="width: 25%;"> _ </td> <td style="width: 25%;"> _ </td> </tr> </table>	_	_	_	_
Année <i>Year</i>	Mois <i>Month</i>	Jour <i>Day</i>											
_	_	_											
_	_	_	_										
Adresse / <i>Address</i>	Code postal / <i>Postal code</i>												
Téléphone à la résidence <i>Telephone at home</i>	Ind. rég. / <i>Area code</i>												
	Téléphone au travail <i>Telephone at work</i>												
	Ind. rég. / <i>Area code</i>												

## Renseignements sur le conjoint survivant / Information about the surviving spouse

<b>1</b>	Sexe / Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nom utilisé actuellement / Family name currently used	Prénom / Given name									
	Nom à la naissance si différent / Family name at birth (if different)		Prénom à la naissance si différent / Given name at birth (if different)									
<b>2</b>	VOTRE numéro d'assurance sociale / YOUR social insurance number		Prénom de votre père / Your father's given name									
	Prénom de votre mère / Your mother's given name		Nom de votre mère à la naissance / Your mother's family name at birth									
<b>3</b>	Adresse de votre domicile permanent au moment du décès de votre conjoint (numéro, rue, app., case postale, route rurale) Your permanent address at the time your spouse died (number, street, apt., P.O. box, rural route)											
	Municipalité / City or town		Province	Pays / Country	Code postal / Postal code							
	Adresse actuelle si elle est différente de celle qui est indiquée ci-dessus (numéro, app., case postale, route rurale) Present address if different from that shown above (number, street, apt., P.O. box, rural route)											
	Municipalité / City or town		Province	Pays / Country	Code postal / Postal code							
	Téléphone à la résidence Telephone at home		Ind. rég. Area code	Téléphone au travail Telephone at work		Ind. rég. Area code						
<b>4</b>	Date de naissance / Date of birth		Lieu de naissance / Place of birth									
	Année Year	Mois Month	Jour Day	Municipalité / City or town	Province	Pays / Country						
	Langue de correspondance souhaitée : / Language for correspondence		<input type="checkbox"/> Français French		<input type="checkbox"/> Anglais English							
<b>5</b>	Au moment du décès, quel était votre lien avec la personne décédée ? / At the time of death, what was your relationship to the deceased?											
	<input type="checkbox"/> Nous étions mariée depuis le We had been married since		Année Year	Mois Month	Jour Day	<input type="checkbox"/> Nous étions conjoints de fait depuis le We had been de facto (common law) spouses since	Année Year	Mois Month	Jour Day			
	<input type="checkbox"/> Nous étions séparés légalement depuis le We had been legally separated since		Année Year	Mois Month	Jour Day	<input type="checkbox"/> Nous étions séparés de fait depuis le We had been de facto separated since		Année Year	Mois Month	Jour Day		
	<input type="checkbox"/> Nous étions divorcés depuis le We had been divorced since		Année Year	Mois Month	Jour Day	<input type="checkbox"/> Nous avons repris la vie commune depuis le We had resumed living together since		Année Year	Mois Month	Jour Day		
	Lieu du mariage Place of marriage		Municipalité / City or town		Province	Pays / Country						
	Avez-vous ou attendez-vous un enfant de la personne décédée ? Do you have or are you pregnant with a child of the deceased?				<input type="checkbox"/> Oui Yes <input type="checkbox"/> Non No		L'un de vous a-t-il adopté un enfant de l'autre ou avez-vous adopté un enfant ensemble ? Did you or the deceased adopt a child of the other or did you adopt a child together?				<input type="checkbox"/> Oui Yes <input type="checkbox"/> Non No	
	<b>6</b>	<b>6.1</b> À la date du décès de votre conjoint : At the time your spouse died:					<b>6.2</b> Depuis le décès de votre conjoint : Since your spouse died:					
A) Étiez-vous invalide ? Were you disabled?		<input type="checkbox"/> Oui Yes <input type="checkbox"/> Non No		A) Êtes-vous devenu(e) invalide ? Have you become disabled?		<input type="checkbox"/> Oui Yes <input type="checkbox"/> Non No						
B) Aviez-vous un enfant invalide à votre charge ? Did you have any dependent disabled children?		<input type="checkbox"/> Oui Yes <input type="checkbox"/> Non No		B) Avez-vous pris un enfant invalide à votre charge ? Have you become responsible for supporting a disabled child?		<input type="checkbox"/> Oui Yes <input type="checkbox"/> Non No						
C) Aviez-vous un enfant de moins de 18 ans à votre charge ? Did you have a dependent child under age 18?		<input type="checkbox"/> Oui Yes <input type="checkbox"/> Non No		C) Avez-vous pris un enfant de moins de 18 ans à votre charge ? Have you become responsible for supporting any children under age 18?		<input type="checkbox"/> Oui Yes <input type="checkbox"/> Non No						
<b>7</b>	Recevez-vous une rente du Régime de pensions du Canada ? (Ne tenez pas compte de la pension de la Sécurité de la vieillesse.) Are you receiving a pension under the Canada Pension Plan? (a pension other than the Old Age Security pension)											
	<input type="checkbox"/> Non No		<input type="checkbox"/> Oui, sous le numéro d'assurance sociale suivant Yes, under the following social insurance number									



Une rente d'orphelin peut être versée pour tout enfant qui avait moins de 18 ans à la date du décès et qui est :

- \* l'enfant de la personne décédée, qui habitait ou non avec elle ;
- \* l'enfant du conjoint survivant, qui habitait avec la personne décédée ;
- \* tout autre enfant aux besoins duquel la personne décédée subvenait en tout ou en partie.

**An orphan's pension can be paid for each child under 18 years of age when the death occurred and who is:**

- \* a child of the deceased, whether or not they lived together,
- \* the surviving spouse's child who lived with the deceased before his or her death;
- \* any other child whom the deceased supported in whole or in part.

**La personne décédée avait-elle des enfants qui répondent à ces conditions ?**

**Did the deceased have any children who meet these conditions?**

Oui. Remplissez la section 1.  
Yes. Complete section 1.

Non. Passez à la partie F.  
No. Go to Part F.

**1** Indiquez les nom et prénom des enfants qui avaient moins de 18 ans à la date du décès et pour lesquels vous demandez la rente d'orphelin.  
*Indicate the names of the deceased's children who were under age 18 on the date of death and for whom you are requesting an orphan's pension.*

1 Nom à la naissance / Family name at birth	Prénom / Given name				
Date de naissance / Date of birth <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%; border: none;">Année Year</td> <td style="width: 25%; border: none;">Mois Month</td> <td style="width: 25%; border: none;">Jour Day</td> <td style="width: 25%; border: none;"></td> </tr> </table>	Année Year	Mois Month	Jour Day		Numéro d'assurance sociale / Social insurance number
Année Year	Mois Month	Jour Day			
Adresse au moment du décès / Address at the time of the death	Adresse actuelle / Current address				
Lieu de naissance / Place of birth Municipalité / City or town	Province Pays / Country				
Nom de sa mère à la naissance / Mother's family name at birth Prénom / Mother's given name	Nom de son père / Father's family name Prénom / Father's given name				
2 Nom à la naissance / Family name at birth	Prénom / Given name				
Date de naissance / Date of birth <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%; border: none;">Année Year</td> <td style="width: 25%; border: none;">Mois Month</td> <td style="width: 25%; border: none;">Jour Day</td> <td style="width: 25%; border: none;"></td> </tr> </table>	Année Year	Mois Month	Jour Day		Numéro d'assurance sociale / Social insurance number
Année Year	Mois Month	Jour Day			
Adresse au moment du décès / Address at the time of the death	Adresse actuelle / Current address				
Lieu de naissance / Place of birth Municipalité / City or town	Province Pays / Country				
Nom de sa mère à la naissance / Mother's family name at birth Prénom / Mother's given name	Nom de son père / Father's family name Prénom / Father's given name				
1 Nom à la naissance / Family name at birth	Prénom / Given name				
Date de naissance / Date of birth <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%; border: none;">Année Year</td> <td style="width: 25%; border: none;">Mois Month</td> <td style="width: 25%; border: none;">Jour Day</td> <td style="width: 25%; border: none;"></td> </tr> </table>	Année Year	Mois Month	Jour Day		Numéro d'assurance sociale / Social insurance number
Année Year	Mois Month	Jour Day			
Adresse au moment du décès / Address at the time of the death	Adresse actuelle / Current address				
Lieu de naissance / Place of birth Municipalité / City or town	Province Pays / Country				
Nom de sa mère à la naissance / Mother's family name at birth Prénom / Mother's given name	Nom de son père / Father's family name Prénom / Father's given name				

**Si l'espace est insuffisant, ajoutez une note à la dernière page.**  
**If there is not enough space, continue on the last page.**

Parmi les enfants que vous avez désignés plus haut, y en a-t-il qui reçoivent déjà une rente d'orphelin ou une rente d'enfant de personne invalide du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada ?  
*Are any of the above-named children already receiving an orphan's pension or a pension for a disabled person's child under the Québec Pension Plan or the Canada Pension Plan?*

Non  
No

Oui, sous le numéro d'assurance sociale suivant  
Yes, under the following social insurance number

--	--	--	--

**2**

**Identifiez la personne qui a la charge de ces enfants et à qui doit être versée la rente d'orphelin.  
Identify the person who has custody of the children and to whom the orphan's pension is to be paid.**

Nom / Family name				Prénom / Given name			
Nom à la naissance si différent / Family name at birth (if different)				Prénom à la naissance si différent / Given name at birth (if different)			
Date de naissance Date of birth		Année Year	Mois Month	Jour Day	Numéro d'assurance sociale (si elle en a un) Social insurance number (if any)		
Adresse / Address						Code postal / Postal code	
Téléphone à la résidence Telephone at home		Ind. rég. / Area code		Téléphone au travail Telephone at work		Ind. rég. / Area code	

**N'oubliez pas de remplir la partie F  
Be sure to complete part F**





Par la présente, je demande, en vertu du Régime de rentes du Québec, les prestations indiquées précédemment. Je déclare que, à ma connaissance, les renseignements fournis dans la présente demande sont véridiques et complets et je m'engage à aviser la Régie des rentes du Québec de tout changement pouvant influencer sur le droit à ces prestations.

*I herewith make application, under the Québec Pension Plan, for the benefits indicated in the preceding pages. I declare that to the best of my knowledge, the information given in this application is true and complete, and I undertake to inform the Régie des rentes du Québec of any change that could affect entitlement to such benefits.*

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_  
Année Year      Mois Month      Jour Day

Si la présente demande n'est pas signée par la personne à qui les prestations seront versées, veuillez indiquer à quel titre vous l'avez signée.  
*If this application is not signed by the person to whom benefits are to be paid, please indicate in what capacity you have signed.*

Titre \_\_\_\_\_ Nom et prénom \_\_\_\_\_  
Capacity Your full nameAdresse \_\_\_\_\_  
AddressNuméro d'assurance sociale au Canada, si vous en avez un \_\_\_\_\_  
Canadian social insurance number (if any)Langue de correspondance souhaitée :  Français  Anglais  
Language of correspondence: French EnglishTéléphone à la résidence : \_\_\_\_\_  
Telephone at home  
Téléphone au bureau : \_\_\_\_\_  
Telephone at work

### Autorisation de divulguer la décision (facultatif) Authorization to release information (Optional)

J'autorise la Régie des rentes du Québec à transmettre les renseignements concernant sa **décision**, c'est-à-dire si la demande a été acceptée ou refusée, le montant de la rente et la date du début de la rente, à l'institution compétente ou à l'organisme de liaison des États-Unis d'Amérique.  
*I authorize the Régie des rentes du Québec to send information about its decision, that is, whether this application is accepted or refused, the amount of any pension or the starting date of a pension, to the competent institution or liaison agency of the United States of America.*

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_  
Année Year      Mois Month      Jour Day



La demande a été reçue le  
Date on which the application was received

Année Year			Mois Month			Jour Day			

Type de prestation  
Type of benefit

Retraite  
Retirement
  Invalidité  
Disability
  Survie  
Survivors'

**Renseignements sur le cotisant / Information about the contributor**

Nom du cotisant :  
Name of contributor:

Date de naissance Date of birth  <table border="1"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3">Année Year</td> <td colspan="3">Mois Month</td> <td colspan="4">Jour Day</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> Vérifiée / Verified											Année Year			Mois Month			Jour Day				Date du décès Date of death  <table border="1"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3">Année Year</td> <td colspan="3">Mois Month</td> <td colspan="4">Jour Day</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> Vérifiée / Verified											Année Year			Mois Month			Jour Day				Date du mariage Date of marriage  <table border="1"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3">Année Year</td> <td colspan="3">Mois Month</td> <td colspan="4">Jour Day</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> Vérifiée / Verified											Année Year			Mois Month			Jour Day				Date du divorce Date of divorce  <table border="1"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3">Année Year</td> <td colspan="3">Mois Month</td> <td colspan="4">Jour Day</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> Vérifiée / Verified											Année Year			Mois Month			Jour Day				Date de la séparation légale Date of legal separation  <table border="1"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3">Année Year</td> <td colspan="3">Mois Month</td> <td colspan="4">Jour Day</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> Vérifiée / Verified											Année Year			Mois Month			Jour Day			
Année Year			Mois Month			Jour Day																																																																																																		
Année Year			Mois Month			Jour Day																																																																																																		
Année Year			Mois Month			Jour Day																																																																																																		
Année Year			Mois Month			Jour Day																																																																																																		
Année Year			Mois Month			Jour Day																																																																																																		

**Renseignements sur le conjoint survivant / Information about the surviving spouse**

Nom du conjoint survivant :  
Name of surviving spouse:

Date de naissance  
Date of birth

Année Year			Mois Month			Jour Day			

Vérifiée  
Verified

**Renseignements sur les enfants - Date de naissance / Children's names and dates of birth**

Nom Name	Année Year	Mois Month	Jour Day	<input type="checkbox"/> Vérifiée Verified
Nom Name	Année Year	Mois Month	Jour Day	<input type="checkbox"/> Vérifiée Verified
Nom Name	Année Year	Mois Month	Jour Day	<input type="checkbox"/> Vérifiée Verified
Nom Name	Année Year	Mois Month	Jour Day	<input type="checkbox"/> Vérifiée Verified

**J'atteste que les données relatives à l'état civil inscrites sur la présente formule ont été tirées des documents originaux fournis par le requérant.**  
**I certify that the information concerning civil status provided in this application was obtained from original documents provided by the applicant.**

Nom de l'organisme  
Name of the institution

Date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Prénom, nom de famille et titre du fonctionnaire autorisé  
Given name, family name and title of the authorized person

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

