



GE-CAN 1 (DI)

Demande de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada en vertu de l'Accord de sécurité sociale entre le Canada et la République de Turquie

Fichier de renseignements personnels DRHC PPU 175
Le masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

Quelle langue préférez-vous utiliser pour la correspondance?
 Français Anglais

Veillez :

- Lire le guide ci-joint
- Remplir uniquement les espaces clairs

SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS SUR LE COTISANT

<p>1. Numéro de sécurité sociale</p> <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td> </tr> </table>																					<p>Numéro d'assurance sociale au Canada</p> <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td> </tr> </table>																					<p>À l'usage exclusif de l'Institution de sécurité sociale</p> <p>Date de réception :</p> <p>Vérfié par :</p>
<p>2. <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme</p> <p>Prénom _____ Nom de famille _____ Nom de famille à la naissance _____</p>																																										
<p>3. Nom figurant sur la carte d'assurance sociale du Canada</p> <p><input type="checkbox"/> même nom qu'à la question 2 ou</p>	<p>4. Date de naissance (veuillez fournir un acte de naissance ou un extrait de baptême)</p> <p style="text-align: center;">Année Mois Jour</p> <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td> </tr> </table>																																									

5. État civil Célibataire Marié Séparé Veuf Divorcé Union de fait

6. Adresse du domicile (N°, rue, app.)

Code postal	Ville ou Village	Pays
-------------	------------------	------

7. Adresse postale (N°, rue, app., C.P., R.R.) même adresse qu'à la question 6 ou

8. Dans quelle province du Canada habitez-vous avant de quitter le pays?

9. Indiquez les périodes de résidence et/ou d'emploi dans un pays autre que le Canada et la République de Turquie

Nom du pays	Numéro de sécurité sociale dans ce pays	Résidence				Emploi				Une prestation a-t-elle été demandée?	
		De		À		De		À		Oui	Non
		Année	Mois	Année	Mois	Année	Mois	Année	Mois		
										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Depuis le 1^{er} janvier 1966, est-ce que le cotisant ou son époux ou conjoint de fait a été admissible aux allocations familiales ou à la prestation fiscale pour enfants du Canada pour un enfant né après le 31 décembre 1958?

Cotisant	Époux ou Conjoint de fait
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

SECTION 2 - RENSEIGNEMENTS SUR LES ENFANTS DU COTISANT

<p>11. Avez-vous des enfants de moins de 18 ans à votre charge?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui Si « Oui », répondez à la question 11 et joignez au formulaire un acte de naissance ou un extrait de baptême pour chaque enfant.</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Avez-vous des enfants âgés de 18 à 25 ans qui vont à l'école ou à l'université à plein temps?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui Si « Oui », chaque enfant devrait remplir une demande distincte.</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>
--	---

<p>11A. Prénom de l'enfant</p> <p><input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille</p>	<p>Nom de famille</p> <p>Date de naissance</p> <p style="text-align: center;">Année Mois Jour</p> <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td> </tr> </table>																					<p>À l'usage exclusif de l'Institution de sécurité sociale</p> <p>Vérfié par :</p>

Enfant naturel Enfant adopté légalement Autre

Si vous avez répondu « **Autre** », précisez :

Numéro d'assurance sociale au Canada

SECTION 2 - RENSEIGNEMENTS SUR LES ENFANTS DU COTISANT (suite)

11B. Prénom de l'enfant		Nom de famille			À l'usage exclusif de l'Institution de sécurité sociale Vérfié par :
<input type="checkbox"/> Garçon	<input type="checkbox"/> Fille	Date de naissance	Année	Mois	
<input type="checkbox"/> Enfant naturel <input type="checkbox"/> Enfant adopté légalement <input type="checkbox"/> Autre Si vous avez répondu « Autre », précisez :					

Si vous manquez d'espace aux questions 11 et / ou 12 pour inscrire tous vos enfants, utilisez une autre feuille et joignez-la au formulaire.

12. Si vous avez un enfant naturel ou un enfant adopté légalement qui a moins de 18 ans et est à la charge d'une autre personne, veuillez donner les renseignements suivants :

12A. Prénom et nom de l'enfant	Prénom et nom du tuteur	Adresse du tuteur (N°, rue, app.)
12B. Prénom et nom de l'enfant	Prénom et nom du tuteur	Adresse du tuteur (N°, rue, app.)

13. Les organismes suivants ont-ils déjà reçu une demande de prestations ou versé des prestations au nom de l'un de vos enfants mentionnés à la question 11?

	Demande		Prestations	
Régime de pensions du Canada	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Régime de rentes du Québec	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Si vous avez répondu « **Oui** », à l'une des questions, indiquez le(s) numéro(s) d'assurance sociale qui a (ont) été utilisé(s).

Numéro d'assurance sociale [] Numéro d'assurance sociale []

TOUTE DÉCLARATION FAUSSE OU TROMPEUSE FAITE DANS LA PRÉSENTE DEMANDE CONSTITUE UNE INFRACTION AUX TERMES DE LA LOI CANADIENNE.

SECTION 3 - À SIGNER PAR LE DEMANDEUR OU, SI LA SIGNATURE EST UNE CROIX, PAR UN TÉMOIN

Remarque : Si vous présentez la demande au nom du demandeur, veuillez donner sur une page séparée votre nom, votre adresse et la raison de cette demande.

14. Déclaration du demandeur Par la présente, je demande à recevoir des prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada et je déclare que, autant que je sache, tous les renseignements donnés ici sont véridiques et complets. J'accepte d'informer Développement des ressources humaines Canada de tout changement qui pourrait avoir des conséquences pour ce qui est de mon admissibilité aux prestations. J'autorise l'institution de sécurité sociale qui est une Partie de l'Accord à donner à Développement des ressources humaines Canada tous les renseignements et toutes les pièces justificatives en sa possession qui sont liés ou qui pourraient être liés à la présente demande de prestations. De plus, je reconnais que mes renseignements personnels sont régis par la <i>Loi sur la protection des renseignements personnels du Canada</i> et qu'ils peuvent être divulgués quand l'autorise le <i>Régime de pensions du Canada</i> . Signature du demandeur ▶ _____		Déclaration du témoin J'ai lu le contenu de la présente demande au demandeur. Il semble avoir bien compris les questions et a signé le formulaire en ma présence en apposant une croix. _____ Signature du témoin
Date de la demande Année Mois Jour [] [] []	Remarque : La signature par une croix est acceptée si une personne responsable est témoin et remplit la déclaration ci-contre.	Nom du témoin (en lettres moulées) _____
Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional ou urbain) [] [] [] [] [] []		Adresse du témoin (N°, rue, app.) _____

À L'USAGE EXCLUSIF DE L'ORGANISME DE LIAISON DU CANADA

Date de réception Année Mois Jour [] [] []	En vigueur le Année Mois Jour [] [] []	Date de paiement Année Mois Jour [] [] []	Âge A B T [] [] []
Certifié par : _____	Date _____	Vérfié par : _____	Date _____



Questionnaire

Relatif aux prestations d'invalidité, Régime de pensions du Canada

Le masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

Nom de famille du cotisant	Numéro d'assurance sociale du cotisant au Canada <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin: 5px 0;"></div>
Prénom du cotisant	

Renseignements sur vos études, vos antécédents professionnels, votre dossier de prestataire et votre état de santé

Études

<p>1. Quelle a été la dernière année d'études que vous avez terminée?</p> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; margin-left: 20px;"></div>	<p>2. Avez-vous fréquenté le collège ou l'université?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si vous avez répondu « Oui », veuillez indiquer combien d'années ou le diplôme reçu.</p> <p style="text-align: center;">▶</p>
<p>3. Avez-vous déjà suivi une formation technique ou commerciale ou un apprentissage?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si vous avez répondu « Oui », veuillez indiquer le genre.</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-top: 10px;"/>	

4. **Au cours des deux dernières années**, avez-vous suivi des cours de formation technique ou commerciale, d'apprentissage ou de perfectionnement? Oui Non

Si vous avez répondu « **Oui** », veuillez indiquer les dates, le nom et l'adresse de l'école (des écoles) et le genre de programme.

Nom de l'école	Adresse de l'école	Genre de programme	Date

5. Prévoyez-vous suivre des cours de formation ou de perfectionnement? Oui Non ▶ Si vous avez répondu « **Oui** », veuillez expliquer.

Antécédents professionnels

6. Si vous travaillez au moment de votre demande

Travaillez-vous actuellement? ▶ Oui Non ▶ Si vous avez répondu « **Non** », passez à la question 7.

Si vous avez répondu « **Oui** », veuillez donner les détails suivants : ▶ Employé Autonome Bénévole

Genre de travail : Plein temps Temps partiel Saisonnier

Nombre d'heures par jour :	Nombre de jours par semaine :	Salaire horaire :	Salaire quotidien :

Numéro d'assurance sociale au Canada

Autre travail

15. Au cours des deux dernières années, avez-vous fait un autre travail parallèlement à votre emploi principal (comme du travail agricole à temps partiel, un travail de nuit ou un autre emploi)?

Oui Non Si vous avez répondu « Non », passez à la question 16.

Si vous avez répondu « Oui », veuillez donner les détails suivants : Genre de travail : _____

Date de début du travail :	Année	Mois	Date d'arrêt du travail :	Année	Mois	Nombre d'heures de travail par jour :

Nom de l'employeur (s'il y a lieu)

Adresse (n°, rue, app.)

Ville ou Village

Code postal

Province

Pays

16. Avant d'arrêter de travailler, avez-vous été obligé d'assumer des fonctions moins lourdes ou de faire un genre de travail différent?

Oui Non Si vous avez répondu « Oui », veuillez expliquer, en donnant les dates, si cela est possible.

17. Votre médecin vous a-t-il dit quand vous pourriez retourner travailler?

Oui Non Si vous avez répondu « Oui », veuillez indiquer la date.

Année

Mois

Jour

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

18. Prévoyez-vous retourner travailler ou chercher du travail dans un proche avenir?

Oui Non Si vous avez répondu « Oui », veuillez expliquer en donnant toute date connue.

Dossier de prestataire

19. Votre état actuel est-il couvert par :

Des prestations de congé de maladie versées par l'employeur?

Oui Non

Un régime d'assurance-invalidité?

Oui Non

Si vous avez répondu « Oui » à l'un ou l'autre des programmes précédents, veuillez indiquer le nom de la (des) compagnie(s) d'assurance.



Indemnités pour accident de travail

20. Vos problèmes de santé sont-ils couverts par des indemnités pour accident du travail?

Oui Non Si vous avez répondu « Oui », veuillez donner des détails dans chaque cas.

Numéro de la demande	Province	Année	Raison	Genre de prestation

État de santé

21. Indiquez votre :

Taille :

Poids :

22. Quelle est votre principale incapacité?

Numéro d'assurance sociale au Canada

Grid for Social Insurance Number

État de santé (suite)

23. Avez-vous d'autres incapacités ou déficiences liées à votre santé?

Oui Non Si vous avez répondu « Oui », veuillez expliquer.

Blank lines for explanation of disabilities

24. Quelle est la date approximative à laquelle vous estimez ne plus pouvoir travailler en raison de votre incapacité?

Grid for date of incapacity (Year, Month)

25. Votre principale invalidité résulte-t-elle d'une blessure causée par un accident?

Oui Non Si vous avez répondu « Oui », veuillez indiquer la date et décrire les circonstances de l'accident et les blessures qui en ont résulté.

Grid for date of injury (Year, Month, Day)

Blank lines for description of injury

26. Avez-vous été obligé d'arrêter certaines activités comme des passe-temps, des sports ou du travail bénévole?

Oui Non Si vous avez répondu « Oui », veuillez expliquer et indiquer les dates dont vous pouvez vous souvenir.

27. Veuillez décrire les difficultés ou restrictions (ou les deux) dont vous souffrez pour ce qui est des activités suivantes :

Table with 2 columns: Activity (e.g., Demeurer assis, Entendre) and Description of difficulties/restrictions.

28. Veuillez indiquer le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du médecin qui remplira votre rapport médical.

Form for doctor information: Name, Address, City, Phone, Postal, Province, Country, Date of first/last visit.

Quelles étaient les raisons de vos visites? Blank lines for response.

Numéro d'assurance sociale au Canada

29. Veuillez indiquer le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de tout autre médecin ou spécialiste que vous avez vu depuis deux ans (espace fourni pour deux médecins).

1. Prénom et nom de famille du médecin

Adresse (n°, rue, app.)		Ville ou Village	Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional ou urbain)	
Code postal	Province	Pays	[]	-
Quand avez-vous consulté ce médecin pour la première fois?		Quelle est la date de votre dernière visite?		
Année Mois		Année Mois Jour		
Quelles étaient les raisons de vos visites?				

2. Prénom et nom de famille du médecin

Adresse (n°, rue, app.)		Ville ou Village	Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional ou urbain)	
Code postal	Province	Pays	[]	-
Quand avez-vous consulté ce médecin pour la première fois?		Quelle est la date de votre dernière visite?		
Année Mois		Année Mois Jour		
Quelles étaient les raisons de vos visites?				

30. Au cours des deux dernières années, avez-vous été admis à l'hôpital? Oui Non Si vous avez répondu « Oui », indiquez le nom et l'adresse de l'hôpital (des hôpitaux) (espace fourni pour deux hôpitaux).

1. Nom de l'hôpital

Adresse de l'hôpital				
Quand avez-vous été admis?		Quand êtes-vous sorti?		
Année Mois Jour		Année Mois Jour		
Pourquoi avez-vous été admis? Veuillez expliquer.		Qui était le médecin traitant?		

2. Nom de l'hôpital

Adresse de l'hôpital				
Quand avez-vous été admis?		Quand êtes-vous sorti?		
Année Mois Jour		Année Mois Jour		
Pourquoi avez-vous été admis? Veuillez expliquer.		Qui était le médecin traitant?		

Si vous manquez d'espace pour énumérer tous les hôpitaux où vous avez été admis, veuillez utiliser une feuille de papier séparée.

31. Veuillez énumérer les médicaments que vous prenez actuellement. À quelle fréquence? Quelle est la dose?

32. Veuillez indiquer tout autre traitement, évaluation ou examen médical actuel ou futur.

33. Veuillez indiquer les appareils médicaux que vous utilisez, par exemple : béquilles, canne, supports de membres, attelles, orthèses, fauteuil roulant, appareil auditif, stimulateur cardiaque, accessoire de stomie, prothèses.

IMPORTANT

Je consens d'informer Développement des ressources humaines Canada de toute amélioration de mon état de santé et de tout travail que je pourrais entreprendre.

Signature du cotisant ou du demandeur Année Mois Jour



Autorisation de dévoiler des renseignements / Consentement à une évaluation médicale

Le masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

		Numéro d'assurance sociale du cotisant au Canada <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
Nom de famille du cotisant <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	Prénom du cotisant <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	
Adresse du domicile (n°, rue, app.) <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>		Ville ou Village <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
Code postal <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	Pays <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional ou urbain) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>

Par les présentes, j'autorise les médecins, hôpitaux, employeurs, établissements scolaires, institutions étrangères compétentes et les autres organismes médicaux ou professionnels, ainsi que les Programmes provinciaux d'indemnités des accidents du travail et des maladies professionnelles ou les administrateurs de régimes privés d'assurance à divulguer à Développement des ressources humaines Canada les renseignements qu'ils possèdent afin d'aider à déterminer si je suis invalide aux termes du Régime de pensions du Canada.

En vue de fournir d'autres preuves médicales d'invalidité, je consens, sur demande de Développement des ressources humaines Canada, à être examiné par un médecin qualifié ou par un spécialiste consultant et à subir les tests de diagnostic que ce médecin ou ce spécialiste jugera nécessaires. J'autorise également Développement social Canada à fournir au médecin, pour les fins de cet examen, tout renseignement médical pertinent au sujet de mon invalidité.

Tout renseignement personnel que possède Développement des ressources humaines Canada est protégé aux termes de la loi régissant le Régime de pensions du Canada et de la Loi sur la protection des renseignements personnels. J'ai le droit de demander l'accès à ces renseignements.

J'ai lu les déclarations ci-dessus. Je comprends que cette information est essentielle pour établir si je suis touché ou continue d'être touché par une invalidité mentale ou physique grave et prolongée. De plus, cette information servira à établir la date de début ou d'arrêt de mon invalidité aux termes du Régime de pensions du Canada. Je comprends également que, si je refuse d'y consentir, les renseignements contenus dans mon dossier serviront à prendre une décision qui pourra m'être défavorable.

Signature du cotisant / du demandeur ▶ _____

Année Mois Jour
 / /

Doit être rempli par un témoin lorsque le cotisant / le demandeur signe au moyen d'une croix, ou par le représentant dans le but de déterminer si le cotisant est invalide.

Signature du témoin ▶ _____

Année Mois Jour
 / /

Nom de famille du témoin <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	Prénom du témoin <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	
Adresse du domicile (n°, rue, app.) <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>		Ville ou Village <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
Code postal <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	Pays <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional ou urbain) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>

La présente autorisation et le présent consentement demeurent en vigueur pour deux ans à partir de la date de signature, à moins d'une révocation antérieure par écrit par le cotisant / le demandeur ou le représentant qui signe ce formulaire. Tout document reproduit par photocopieur ou télécopieur est considéré comme étant l'original.



Formulaire d'autorisation et de consentement

Le masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

Numéro d'assurance sociale du cotisant au Canada	
Nom de famille du cotisant	Prénom du cotisant

(Nom du médecin)

Par les présentes, j'autorise _____ à communiquer

à Développement des ressources humaines Canada tout renseignement médical pertinent afin d'aider à déterminer si je suis invalide aux termes du Régime de pensions du Canada. Je comprends que cette information est essentielle pour établir si je suis touché ou continue d'être touché par une invalidité mentale ou physique grave et prolongée. De plus, cette information servira à établir la date de début ou d'arrêt de mon invalidité aux termes du Régime de pensions du Canada. Je comprends également que, si je refuse d'y consentir, les renseignements contenus dans mon dossier serviront à prendre une décision qui pourra m'être défavorable.

Signature du cotisant / du demandeur ► Année Mois Jour

AVIS AU MÉDECIN

- Votre patient a présenté une demande de pensions d'invalidité aux termes du Régime de pensions du Canada et vous a autorisé à divulguer des renseignements à son sujet. Pour nous aider à déterminer son admissibilité, nous vous saurions gré de remplir le rapport médical au nom de votre patient **et de lui envoyer le plus tôt possible**. Veuillez écrire à l'encre et lisiblement. Un retard pourrait influencer sur l'admissibilité de votre patient aux prestations.
- Pour être admissible, une personne doit être invalide selon la définition du Régime de pensions du Canada.
- L'invalidité est une déficience physique ou mentale grave et prolongée. « **Grave** » signifie que la personne est « **régulièrement incapable de détenir une occupation véritablement rémunératrice** ». « **Prolongée** » signifie que l'invalidité grave devrait persister longtemps et qu'on ne peut établir sa durée avec certitude ou qu'elle entraînera vraisemblablement le décès.
- Il serait utile que vous nous fournissiez une évaluation des restrictions fonctionnelles du patient.
- Les personnes qui font une demande peuvent être tenues de subir un examen médical indépendant par un médecin désigné par Développement social Canada.
- L'établissement de l'invalidité est une décision qui relève du Régime de pensions du Canada, d'après des preuves médicales objectives et d'autres facteurs.

LOI SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels*, toute personne a le droit de consulter les renseignements au dossier, dont les rapports médicaux, que possède l'administration publique fédérale à son sujet. L'information contenue dans toutes les demandes au Régime de pensions du Canada qui sont présentées aux termes d'un accord réciproque de sécurité sociale figure dans les fichiers de renseignements personnels DRHC PPU 175.

Remarques : Vous pouvez, à votre discrétion, remplacer ce rapport par une lettre ou un imprimé d'ordinateur décrivant le cas d'une façon générale.

VEUILLEZ CONSERVER LE FORMULAIRE D'AUTORISATION ET DE CONSENTEMENT DANS VOS DOSSIERS



Rapport médical

Le masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

Doit être rempli par le cotisant / le demandeur :

		Numéro d'assurance sociale du cotisant au Canada <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
Nom de famille du cotisant <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	Prénom du cotisant <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	
Adresse du domicile (n°, rue, app.) <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>		Ville ou Village <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
Code postal <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	Pays <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional ou urbain) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>

Doit être rempli par le médecin :

1. Date de la première visite du patient : Année Mois Jour <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Date de la dernière visite du patient : Année Mois Jour <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
---	--

2. Diagnostic(s) :

3. Antécédents médicaux pertinents / importants :

4. Hospitalisation :
 Nom des établissements, dates approximatives d'hospitalisation au cours des deux dernières années et raison(s) de l'admission et du traitement.

5. Taille :	Poids :	Tension artérielle :



Guide pour remplir une demande de prestations d'invalidité et les formulaires pertinents du Régime de pensions du Canada en vertu de l'Accord de sécurité sociale entre le Canada et la République de Turquie

Si vous :

- résidez en Turquie; et
- souhaitez présenter une demande de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada,

vous devez remplir une « Demande de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada en vertu de l'Accord de sécurité sociale entre le Canada et la République de Turquie »*.

Si vous ne travaillez plus depuis au moins 12 mois, veuillez présenter votre demande le plus tôt possible. Si vous tardez à présenter votre demande, vous n'aurez peut-être plus droit à une prestation d'invalidité ou vous perdrez peut-être plusieurs mois de prestations si votre demande est approuvée.

Le présent guide a été préparé pour vous aider à remplir le formulaire de demande et les formulaires pertinents. Veuillez lire le guide attentivement et suivre les instructions qui y sont données. Pour que votre demande puisse être traitée le plus rapidement possible, Développement des ressources humaines Canada *doit* avoir toute l'information qui est demandée sur les formulaires. Nous vous offrirons un meilleur service si les formulaires sont dûment remplis.

- * Si vous souhaitez présenter une demande de pension de la Sécurité de la vieillesse du Canada ou une demande de prestations de retraite, de survivant, d'enfant survivant ou de décès du Régime de pensions du Canada, vous devrez remplir un formulaire intitulé « Demande de prestations canadiennes de vieillesse, de retraite et de survivants en vertu de l'Accord de sécurité sociale entre le Canada et la République de Turquie ». Vous pouvez obtenir ce formulaire sur ce site et à votre bureau de sécurité sociale le plus près.

This guide is also available in English under the title
*Guide for Completing an Application and Supporting Forms for
Canada Pension Plan Disability Benefits under the Agreement on
Social Security between Canada and the Republic of Turkey*

Conditions d'admissibilité

Pour avoir droit à une pension d'invalidité du Régime de pensions du Canada, vous devez :

- avoir moins de 65 ans;
- être invalide;
- avoir cotisé au Régime de pensions du Canada à n'importe quel moment depuis l'entrée en vigueur du Régime en 1966;
- avoir cotisé au Régime de pensions du Canada ou au système de sécurité sociale turc durant quatre des six années précédant immédiatement votre invalidité.

Pour être considéré comme une personne invalide aux termes du Régime de pensions du Canada, vous devez avoir une invalidité physique ou mentale qui est grave et prolongée. Une invalidité « grave » signifie que vous êtes régulièrement incapable de détenir une occupation véritablement rémunératrice. Une invalidité « prolongée » signifie qu'elle durera vraisemblablement pendant une période longue et indéfinie ou qu'elle entraînera vraisemblablement le décès.

Prestation d'enfant de cotisant invalide du Régime de pensions du Canada

Si vous avez droit à une pension d'invalidité et si vous vous occupez d'un enfant à charge (y compris un enfant adopté), cet enfant peut avoir droit à une prestation d'enfant de cotisant invalide si cette personne a :

- moins de 18 ans; ou
- entre 18 et 25 ans et fréquente une école ou une université à temps plein.

Vous pouvez présenter une demande de prestations pour un enfant à votre charge âgé de moins de 18 ans sur le même formulaire que vous utilisez pour demander votre propre pension d'invalidité. (On trouve de plus amples renseignements à la page 4 du présent guide).

Si votre enfant a 18 ans ou plus, il devrait présenter une demande *distincte* pour recevoir cette prestation. L'enfant doit remplir un formulaire intitulé « Demande de prestations d'enfant du Régime de pensions du Canada en vertu de l'Accord de sécurité sociale entre le Canada et la République de Turquie ». Ce formulaire est disponible sur ce site et à votre bureau de sécurité sociale le plus près.

Pour remplir votre formulaire de demande et les formulaires pertinents

Formulaire de demande

La correspondance concernant votre demande qu'enverra Développement des ressources humaines Canada sera rédigée en français ou en anglais, selon votre choix. Dans la partie supérieure du formulaire, à la section prévue, veuillez indiquer la langue dans laquelle vous souhaitez recevoir cette correspondance.

Section 1 - Renseignements généraux sur le cotisant

- Si vous présentez une demande de prestations au nom d'une personne qui est incapable de le faire elle-même, vous devriez fournir des renseignements concernant cette personne. Veuillez joindre une déclaration qui explique brièvement la raison pour laquelle le demandeur est incapable de présenter une demande.

Question 1

Veuillez indiquer votre numéro de sécurité sociale turc (votre numéro d'identification turc n'est pas requis) ainsi que votre numéro d'assurance sociale au Canada. Si vous n'avez pas de numéro d'assurance sociale au Canada ou si vous ne connaissez pas ce renseignement, l'information que vous donnerez aux questions 2 et 4 du formulaire de demande peut suffire à vous identifier.

Question 2

Donnez le nom au complet (prénom et nom de famille) de même que le nom de famille à la naissance (s'il est différent). Le nom de famille à la naissance permettra d'identifier correctement le demandeur si le nom a été changé à la suite d'un mariage ou pour toute autre raison.

Question 3

Si le nom figurant sur la carte d'assurance sociale du Canada est différent du nom indiqué à la question 2, veuillez indiquer à la question 3 le nom au complet, *exactement* comme il figure sur la carte. Ainsi, nous pourrions plus facilement vérifier les cotisations au Régime de pensions du Canada afin d'établir l'admissibilité aux prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada.

Question 4

Veuillez indiquer votre date de naissance et présenter votre acte de naissance ou votre extrait de baptême.

Question 5

Veuillez indiquer votre état civil actuel.

Questions 6 et 7

L'adresse de votre domicile actuel est demandée à la question 6. Si vous souhaitez recevoir la correspondance concernant votre demande ainsi que les prestations à une autre adresse, veuillez indiquer cette adresse à la question 7; sinon, passez à la question 8.

Question 8

L'information demandée à cette question est nécessaire pour que Développement des ressources humaines Canada puisse déterminer si votre demande relève de l'autorité du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec¹.

Si vous avez cotisé au Régime de rentes du Québec et au Régime de pensions du Canada, c'est la province de résidence au moment de votre départ du Canada qui détermine le régime qui s'applique à vous. Si vous avez cotisé aux deux régimes et si vous avez droit à une prestation d'invalidité, le régime applicable paiera le montant total de la prestation d'après les cotisations totales aux deux régimes.

Question 9

Si vous avez résidé dans un pays autre que le Canada et la Turquie ou si vous avez versé des cotisations de sécurité sociale dans un autre pays, vous pouvez avoir droit à des prestations dans le cadre du système de sécurité sociale de ce pays-là. De même, en vertu de l'Accord de sécurité sociale entre le Canada et la République de Turquie, des périodes de cotisation ou de résidence dans un troisième pays peuvent être utilisées pour que vous puissiez avoir droit aux prestations que vous demandez. Par conséquent, vous devez donner une réponse complète à la question 9 pour que vous receviez toutes les prestations auxquelles vous avez droit.

¹ Le Régime de pensions du Canada est appliqué dans tout le Canada, sauf dans la province de Québec où il existe un programme semblable, le Régime de rentes du Québec.

Question 10

En vertu du Régime de pensions du Canada, les périodes de gains nuls ou peu élevés pendant lesquelles vous avez pris soin de jeunes enfants peuvent ne pas être prises en considération au moment du calcul d'une prestation; cela fera souvent augmenter le montant de la prestation. Pour que cette disposition s'applique, il faut avoir été admissible aux Allocations familiales ou à la prestation fiscale pour enfants du Canada après le 1^{er} janvier 1966 pour des enfants de moins de 7 ans. Si vous ou votre époux ou conjoint de fait avez été admissible aux Allocations familiales ou à la prestation fiscale pour enfants du Canada pour un enfant de moins de 7 ans après le 1^{er} janvier 1966, veuillez l'indiquer à la question 10. Si votre réponse est « Oui », nous vous enverrons un formulaire distinct sur lequel vous pourrez donner tous les renseignements particuliers dont nous aurons besoin pour que cette disposition s'applique.

Section 2 - À remplir si vous présentez une demande de prestation d'enfant de cotisant invalide pour un enfant de moins de 18 ans

- Une prestation pour un enfant de moins de 18 ans peut vous être versée si cette personne est votre enfant naturel ou un enfant adopté légalement et si vous en avez la garde et la surveillance. **Cependant, si une autre personne a la garde et la surveillance de cet enfant, elle devrait présenter une demande de prestations pour lui.**

Question 11

Veillez dresser une liste de tous vos enfants de moins de 18 ans pour lesquels vous présentez une demande de prestation, indiquer leur date de naissance et présenter un acte de naissance ou un extrait de baptême pour chaque enfant. Vous devriez également indiquer s'ils sont vos enfants naturels ou des enfants adoptés légalement. Si vous avez répondu « AUTRE », veuillez expliquer les circonstances (c'est-à-dire, s'agit-il d'enfants naturels ou d'enfants adoptés légalement de votre époux ou conjoint de fait?).

Question 12

Si une autre personne a la garde et la surveillance des enfants, elle devrait présenter une demande de prestations pour eux. Veuillez indiquer le nom des enfants ainsi que le nom et l'adresse de la personne. Développement des ressources humaines Canada enverra par la suite un formulaire de demande directement à cette personne.

Question 13

Veillez indiquer si une demande de prestations a été présentée ou si des prestations ont été reçues dans le cadre du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec pour les enfants indiqués à la question 11. Si votre réponse est « Oui », veuillez indiquer le numéro d'assurance sociale sous lequel les prestations ont été demandées ou reçues.

Un enfant peut recevoir jusqu'à deux prestations uniformes en vertu du Régime de pensions du Canada si les deux parents étaient des cotisants au Régime de pensions du Canada et s'ils sont décédés ou invalides, et si toutes les conditions d'admissibilité sont respectées à l'égard des deux prestations.

Section 3 - Partie réservée aux déclarations

- Veuillez signer le formulaire de demande.

En signant la demande, vous atteste la vérité de l'information qui y est fournie. Vous devez informer Développement des ressources humaines Canada de tout changement qui pourrait modifier la continuité de votre admissibilité ou de celle du cotisant aux prestations. Il peut s'agir de l'amélioration de votre état de santé ou de celui du cotisant; du retour à un travail à plein temps, à temps partiel, ou à une période de travail d'essai; de la fréquentation d'une école ou d'une université; de la formation dans les métiers ou de la formation technique; ou d'une réadaptation. Vous autorisez également la Direction générale de l'institution d'assurance sociale/Direction générale du Fonds de pension de la République de Turquie/Direction générale de Bag-Kur à fournir à Développement des ressources humaines Canada l'information qui peut modifier votre admissibilité ou celle du cotisant aux prestations canadiennes demandées.

- La déclaration du témoin est nécessaire *seulement* lorsque le cotisant, ou le demandeur, signe au moyen d'une croix.

Questionnaire

Sur le questionnaire, vous devriez donner des renseignements sur votre situation. Si vous fournissez des détails sur vos études, vos antécédents professionnels, vos prestations et votre état de santé, le Régime de pensions du Canada aura toutes les données nécessaires lors de l'examen de votre demande.

Formulaire d'autorisation de dévoiler des renseignements/ de consentement à une évaluation médicale

Ce formulaire autorise le Régime de pensions du Canada à obtenir des renseignements sur votre état de santé, vos activités professionnelles et vos études. Vous devez remplir, signer et dater ce formulaire.

Formulaire d'autorisation et de consentement

Ce formulaire permet à votre médecin de communiquer des renseignements au Régime de pensions du Canada. Ce formulaire rempli doit être remis à votre médecin au moment où vous lui demandez de remplir votre rapport médical.

Rapport médical

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

- Inscrivez en majuscules votre nom, votre adresse et votre numéro de téléphone à l'espace prévu, à la page couverture du formulaire. Indiquez votre numéro d'assurance sociale à la partie supérieure de chaque page.
- Demandez au médecin qu'il remplisse le reste du formulaire et qu'il vous le renvoie.

Dès que le rapport médical rempli vous est renvoyé, mettez-le avec le formulaire de demande et les documents pertinents remplis et apportez ou postez le tout à votre bureau de sécurité sociale le plus près.

Renseignements supplémentaires

Documents nécessaires

Il est nécessaire de joindre les documents suivants à votre demande :

- votre acte de naissance ou votre extrait de baptême;
- un acte de naissance ou un extrait de baptême pour chaque enfant sous votre garde et votre surveillance que vous avez inscrit à la question 11;
- tout rapport médical, document de sortie d'hôpital ou autre renseignement qui, à votre avis, pourrait aider l'administration du Régime de pensions du Canada à déterminer la nature de votre invalidité.

Pour chacun des documents requis, vous pouvez présenter l'original ou une photocopie certifiée conforme. Tous les documents originaux vous seront retournés dans les meilleurs délais. Si vous présentez des photocopies de documents, elles doivent être certifiées par : un avocat, un chiropraticien, un commissaire à l'assermentation, un comptable, un dentiste, un député fédéral ou provincial ou un de ses employés, un directeur d'institution financière, un directeur funéraire, un employé d'un ministère fédéral ou provincial ou une de ses agences, un enseignant, un greffier municipal, un ingénieur professionnel, un juge de paix, un magistrat, un maître de poste, un médecin, un ministre de culte, un notaire, un pharmacien, un policier, un représentant d'une ambassade, d'un consulat ou d'un haut-commissariat, un représentant d'un pays avec lequel le Canada a un accord de sécurité social ou un travailleur social.

La personne qui certifie la photocopie doit indiquer son poste officiel, son numéro de téléphone, la date de certification, elle doit indiquer son nom et la signer et elle doit aussi ajouter : « Cette photocopie est conforme au document original, laquelle n'a été modifiée d'aucune façon ».

Versement des prestations d'invalidité

Des prestations d'invalidité sont versées à partir du quatrième mois suivant la date à laquelle vous êtes réputé être devenu invalide. Vous pouvez recevoir des versements rétroactifs pour un maximum de 12 mois.

Si vous recevez encore une pension d'invalidité au moment où vous atteignez l'âge de 65 ans, la pension est remplacée par une pension de retraite, qui est versée à partir du mois suivant votre 65^e anniversaire de naissance. (La présentation d'une demande n'est pas nécessaire; la pension est convertie automatiquement. On vous informera par écrit du taux de votre pension de retraite.)

Dès que votre pension et que toute prestation d'enfant commencent à être versées, le montant sera rajusté en janvier de chaque année. Ce rajustement tient compte des fluctuations du coût de la vie selon l'indice des prix à la consommation au Canada.

Partage des crédits de pension du Régime de pensions du Canada

Si un mariage se termine par un divorce ou une annulation à partir du 1^{er} janvier 1987, les crédits de pension du Régime de pensions du Canada accumulés par les deux époux durant leur vie ensemble sont partagés également entre ces personnes. Ce partage est obligatoire dès que le ministre du Développement des ressources humaines reçoit l'information lui permettant de prendre cette mesure. Si le divorce ou l'annulation a eu lieu avant le 1^{er} janvier 1987, d'autres conditions s'appliquent, et le partage des crédits de pension n'est pas obligatoire. De même, si un mariage légal s'est terminé par une séparation après le 1^{er} janvier 1987 et si la séparation a duré une année, l'un ou l'autre des époux peut présenter une demande de partage des crédits de pension. Aucun délai n'est fixé pour la présentation d'une demande de partage des crédits de pension après la séparation, sauf dans le cas du décès de l'un des époux séparés. De plus, les

anciens conjoints de fait peuvent présenter une demande de partage des crédits de pension dans les quatre années suivant leur séparation, s'ils vivent séparément depuis un an.

Si vous pensez avoir droit à un partage des crédits de pension du Régime de pensions du Canada et si vous voulez en faire la demande, veuillez joindre à votre demande une courte déclaration écrite à cet effet. Développement des ressources humaines Canada vous enverra par la suite un formulaire spécial sur lequel vous pourrez fournir les renseignements nécessaires pour déterminer si un partage des crédits de pension peut être fait.

Protection des renseignements personnels

Les renseignements demandés sur le formulaire de demande serviront à déterminer votre admissibilité à une prestation d'invalidité en vertu du *Régime de pensions du Canada*. Les dispositions législatives du Régime prévoient que les renseignements à votre sujet peuvent être fournis seulement aux organismes qui ont le droit de les recevoir. De plus, la *Loi sur la protection des renseignements personnels* (Canada) interdit la divulgation de vos dossiers sans votre consentement, sauf dans des circonstances particulières (comme pour respecter un mandat ou une citation à comparaître, ou pour faire appliquer une loi).

Les renseignements à votre sujet qui portent sur votre demande de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada seront versés aux fichiers de renseignements personnels DRHC PPU 175. Vous avez le droit de demander à consulter tout renseignement à votre sujet que possède le gouvernement fédéral. Pour vous aider à obtenir ces renseignements, le gouvernement a publié un Répertoire des renseignements personnels. Vous pouvez vous procurer le répertoire et les formulaires de demande de renseignements aux ambassades, aux hauts-commissariats et aux consulats du Canada.