

# Accord Canada / Philippines

## Demande d'une pension de retraite et/ou d'invalidité philippine

Voici des renseignements importants dont vous devez tenir compte au moment de remplir votre demande.

**Veillez vous assurer de signer la demande.** Si vous apposez une marque en guise de signature, (par exemple : « X »), la signature d'un témoin est exigée.

Votre demande doit être accompagnée de tous les documents justificatifs requis. Veuillez soumettre ces documents.

**Lorsqu'il est précisé qu'on exige les documents originaux**, il vous faut soumettre les documents originaux avec votre demande. Vous devez conserver, pour vos dossiers, une **copie certifiée conforme de tout document original** que vous nous envoyez. Certains pays exigent des documents originaux qui ne vous seront pas retournés.

Vous pouvez soumettre **l'original ou une photocopie certifiée conforme** de tout document lorsque les originaux ne sont pas exigés. Les documents originaux vous seront retournés dans les meilleurs délais. Si vous soumettez des photocopies de documents, **celles-ci doivent être certifiées conformes par** : un comptable, un chiropraticien, un commissaire à l'assermentation, un dentiste, un médecin, un employé d'un ministère fédéral ou provincial ou de l'un de ses organismes, un directeur de maison funéraire, un juge de paix, un avocat, un magistrat, un directeur d'institution financière, un député fédéral ou provincial ou un membre de son personnel, un prêtre ou un ministre du culte, un greffier municipal, un notaire, un représentant d'un pays avec lequel le Canada a conclu un accord de sécurité sociale, un agent officiel d'une ambassade, d'un consulat ou d'un haut-commissariat, un pharmacien, un agent de police, un maître de poste, un ingénieur, un travailleur social ou un professeur.

La personne qui certifie la photocopie doit indiquer son titre officiel, son numéro de téléphone, la date de certification, et elle doit également indiquer son nom et signer et ajouter la phrase suivante sur le document : « **Cette photocopie est conforme au document original et n'a été modifiée d'aucune façon** ».

Retournez votre demande dûment remplie, les formulaires et les documents à l'appui aux :

Opérations internationales  
Ottawa (Ontario) K1A 0L4  
CANADA

Le défaut de faire parvenir ces documents risque de retarder le traitement de votre demande.

**Avertissement :**

Ce formulaire de demande a été élaboré conjointement par des sources externes et Développement social Canada. Le contenu et le langage répondent aux exigences législatives de ces sources externes.



10. Employment History/Historique d'emploi

Employer <i>Employeur</i>	Period of Employment <i>Période d'emploi</i>		Address <i>Adresse</i>
	From/ <i>Du</i>	To/ <i>Au</i>	

If there is not enough space, please add a separate sheet giving the required information.  
*Si l'espace est insuffisant, veuillez donner les renseignements demandés sur une autre feuille.*

**PART B. APPLICATION FOR A RETIREMENT PENSION (Be sure you have completed PART A). You must be at least 60 years old and separated from employment.**  
**PARTIE B. DEMANDE DE RETRAITE (la PARTIE A doit avoir été remplie). Vous devez être âgé d'au moins 60 ans et avoir cessé de travailler.**

If you are between 60 and 65 years of age, have you stopped working? *Si vous avez entre 60 et 65 ans, avez-vous cessé de travailler?*

- Yes, I have stopped working on/Oui, j'ai cessé de travailler le:      

year				month			
année				mois			
- No, I am still working./Non, je travaille encore
- No, I will stop working on/Non, je cesserai le:      

year				month			
année				mois			

**PART C. APPLICATION FOR THE DISABILITY AND DEPENDENT'S PENSION (Be sure you have completed PART A)**  
**PARTIE C. DEMANDE DE PENSIONS D'INVALIDITÉ ET D'ENFANT À CHARGE (la PARTIE A doit avoir été remplie)**

1. Exact date on which your disability began: *Date exacte du début de l'invalidité?*

year			month			day			
année			mois			jour			
2. Have you been previously granted disability benefits?  yes/ oui      Dates/ Dates: \_\_\_\_\_  
*Avez-vous déjà reçu une pension d'invalidité?*       no/ non
3. Have you stopped working completely? *Avez-vous complètement cessé de travailler?*  
 yes/ oui      If "yes", when did you stop?/Si "oui", quand avez-vous cessé?      

year			month			day			
année			mois			jour			

  
For what reasons?/Pour quels motifs? \_\_\_\_\_
- no/ non      If "no", are you working regularly?  or occasionally?   
*Si "non", travaillez-vous régulièrement?  ou occasionnellement?*

4. Information about your last job? *Renseignements au sujet de votre dernier emploi*

Name of last employer/Nom du dernier employeur _____																																																	
Period of employment/période d'emploi	from du <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td></tr><tr><td colspan="3" style="text-align: center;">year</td><td colspan="3" style="text-align: center;">month</td><td colspan="2" style="text-align: center;">day</td></tr><tr><td colspan="3" style="text-align: center;">année</td><td colspan="3" style="text-align: center;">mois</td><td colspan="2" style="text-align: center;">jour</td></tr></table> to au <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"> </td></tr><tr><td colspan="3" style="text-align: center;">year</td><td colspan="3" style="text-align: center;">month</td><td colspan="2" style="text-align: center;">day</td></tr><tr><td colspan="3" style="text-align: center;">année</td><td colspan="3" style="text-align: center;">mois</td><td colspan="2" style="text-align: center;">jour</td></tr></table>									year			month			day		année			mois			jour										year			month			day		année			mois			jour	
year			month			day																																											
année			mois			jour																																											
year			month			day																																											
année			mois			jour																																											
What position did you hold? <i>Quelle était votre occupation?</i>	Describe your job/Décrivez votre emploi																																																
Did you have to work outdoors? <i>Deviez-vous travailler à l'extérieur?</i>	Why did you leave this job?/Pourquoi avez-vous quitté cet emploi?																																																
<input type="checkbox"/> yes/ oui <input type="checkbox"/> no/ non																																																	

5. Are you in a hospital or confined in an institution?  yes oui       no non  
*Êtes-vous hospitalisé ou confiné en institution?*  
If "yes", give details/Si "oui", veuillez préciser.
- \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_  
Name of Hospital or Institution      Address      Telephone number  
*Nom de l'hôpital ou de l'institution      Adresse      Numéro de téléphone*

6. Who is the physician best able to provide the Social Security System and/or the Government Service Insurance System with information about your disability?

*Indiquez le nom du médecin le plus apte à renseigner le Système de sécurité sociale et/ou le Système d'assurance du service du gouvernement sur votre invalidité.*

Physician's Name:  
Nom du médecin: \_\_\_\_\_

Physician's address: \_\_\_\_\_ Telephone number: \_\_\_\_\_  
Adresse du médecin: \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone: \_\_\_\_\_

7. Who are the other physician(s) you have consulted about your disability?  
*Indiquez le nom d'autre médecins que vous avez consultés au sujet de votre invalidité.*

Physician's name <i>Nom du médecin</i>	Address <i>Adresse</i>	Telephone Number <i>Numéro de téléphone</i>	Approximate <i>Approximativement</i>	
			year <i>année</i>	month <i>mois</i>

8. In what medical establishments were you treated or examined? (out-patient)  
*Dans quels établissements avez-vous été traité ou examiné? (clinique externe)*

Name of establishment <i>Nom de l'établissement</i>	Address <i>Adresse</i>	Telephone Number <i>Numéro de téléphone</i>	Approximate <i>Approximativement</i>	
			year <i>année</i>	month <i>mois</i>

Information about the person completing the application on behalf of the disabled person.  
*Renseignements concernant la personne ayant rempli le formulaire de demande pour la personne invalide.*

Mr./ M.  
 Mrs./ Mme.      First Name      Last Name      Relationship to disabled person  
 Miss/ Mlle.      Prénom      Nom de famille      Lien de parenté avec la personne invalide

Address: \_\_\_\_\_ Postal Code: \_\_\_\_\_ Telephone Number: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone: \_\_\_\_\_

Please enclose a medical report with the application for disability pension.  
*Veillez joindre un rapport médical à la demande de pension d'invalidité.*

**PART D. APPLICATION FOR THE SURVIVING SPOUSE'S AND DEPENDENT PENSION (Be sure you have completed PART A)**  
**PARTIE D. DEMANDE DE PENSIONS DE CONJOINT SURVIVANT ET D'ENFANT À CHARGE (La PARTIE A doit avoir été remplie)**

1. Information about the deceased  
*Renseignements sur la personne décédée*

a) Date of death      

year	month	day					
<i>année</i>	<i>mois</i>	<i>jour</i>					

      b) Place of death  
*Date de décès*      *Lieu du décès*  
City or Town      Province, State or Territory      Country  
*Ville ou Village*      *Province, État ou territoire*      *Pays*

2. Information about the surviving spouse  
*Renseignements sur le conjoint survivant*

\_\_\_\_\_   
First and last names you are now using  
*Prénom et nom de famille utilisés actuellement*

3. Your first and last names at birth       the same or  
*Prénom et nom de famille à la naissance*      *les mêmes ou* \_\_\_\_\_

4. Address of your permanent residence at the time of the contributor's death  
*Adresse de votre domicile permanent à la date du décès du cotisant*

\_\_\_\_\_ Postal Code  
\_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

5. Your current address (if different from that shown in Section 4)  
*Adresse actuelle (si différente de celle au Point 4)*

\_\_\_\_\_ Postal Code  
\_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_



<p><b>PART E. DECLARATION OF THE APPLICANT</b>  <b>PARTIE E. DÉCLARATION DE LA PERSONNE QUI FAIT LA DEMANDE</b></p>	<p><i>Declaration of witness where the applicant has signed with a cross (X) /  Déclaration du témoin lorsque la personne qui fait la demande signe  d'une croix (X)</i></p>
<p>I hereby apply, under the RP Social Security Law and/or Government Service Insurance System, for the benefits indicated above. I declare that, to the best of my knowledge, the information provided in this application is true and complete and I undertake to notify the Social Security System (SSS) and/or Government Service Insurance System (GSIS) of any change that might affect my entitlement to these benefits.</p> <p><i>Par la présente, je demande en vertu de la Loi sur la sécurité sociale des Philippines et/ou du Système d'assurance du service du gouvernement des Philippines, 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 le Système de sécurité sociale (SSS) et/ou le Système d'assurance du service du gouvernement (SASG) de tout changement pouvant influencer sur le droit à ces prestations.</i></p> <p>Signature: _____  Signature: _____</p> <p>Date: _____  Date: _____</p> <p style="text-align: center;"> year                      month                      day  année                      mois                      jour </p>	<p>I have read this application to the applicant, who appears to understand the contents and has signed with a cross (X). / <i>J'ai lu cette demande à la personne qui la fait, et elle a semblé en comprendre le contenu et a signé d'une croix (X).</i></p> <p>_____</p> <p>First and Last Name of Witness  <i>Prénom et nom de famille du témoin</i></p> <p>_____</p> <p>Signature of Witness  <i>Signature du témoin</i></p> <p>_____</p> <p>Address of Witness / <i>Adresse du témoin</i></p> <p>_____</p> <p>_____</p>

**AUTHORIZATION TO TRANSMIT PERSONAL INFORMATION AND TO DIVULGE MEDICAL INFORMATION**  
**AUTORISATION DE TRANSMETTRE DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET DES RENSEIGNEMENTS DE NATURE MÉDICALE**

For the purpose of this application made under the legislation of the Philippines, I authorize the International Affairs and Branch Expansion Division (IABE) of the Social Security System (SSS) and the Social Insurance Group of the Government Service Insurance System (GSIS) to transmit to the liaison agency and to the competent institution of Canada, designated in the Administrative Arrangement for the Application of the Agreement on Social Security between the Government of the Philippines and the Government of Canada, any information concerning the SSS and/or GSIS decision, except for any information with respect to the amount of employment earnings or contributions made to the Social Security System and/or Government Service Insurance System.

For the period to process this application, I also authorize the Social Security System and/or Government Service Insurance System to transmit to the competent institution of Canada any information it may hold concerning my state of health.

*Pour le traitement de la présente demande déposée en vertu de la législation des Philippines, j'autorise la Division des Affaires internationales et de l'expansion de la direction générale (AIED) du Système de sécurité sociale (SSS) et au Groupe d'assurance sociale du Système d'assurance du service du gouvernement (SASG) à transmettre à l'organisme de liaison et à l'institution compétente du Canada, désignés dans l'Arrangement administratif pour l'application de l'Accord de sécurité sociale entre le gouvernement des Philippines et le gouvernement du Canada tout renseignements concernant une décision prise par le SSS et/ou le SASG, à l'exception de renseignements relatifs aux montants des gains tirés d'emplois et aux cotisations versées au Système de sécurité sociale et/ou au Système d'assurance du service du gouvernement.*

*En outre, j'autorise le Système de sécurité sociale et/ou le Système d'assurance du service du gouvernement, pour la période requise pour traiter cette demande, à fournir à l'institution compétente du Canada tout renseignement qu'il détient concernant mon état de santé.*

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**TO BE COMPLETED BY THE COMPETENT INSTITUTION OF CANADA  
À REMPLIR PAR L'ORGANISME COMPÉTENT DU CANADA**

Date on which application was received <i>Date de réception de la demande</i>	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">year</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">month</td> <td colspan="4" style="text-align: center;">day</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><i>année</i></td> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>mois</i></td> <td colspan="4" style="text-align: center;"><i>jour</i></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>											year			month		day						<i>année</i>			<i>mois</i>		<i>jour</i>					
year			month		day																												
<i>année</i>			<i>mois</i>		<i>jour</i>																												

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

Date of birth <i>Date de naissance</i>	Date of death <i>Date de décès</i>	Date of marriage <i>Date de mariage</i>	Date of divorce <i>Date de divorce</i>																																																																																																
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">year</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">month</td> <td colspan="4" style="text-align: center;">day</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>année</i></td> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>mois</i></td> <td colspan="4" style="text-align: center;"><i>jour</i></td> </tr> </table>									year		month		day				<i>année</i>		<i>mois</i>		<i>jour</i>				<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">year</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">month</td> <td colspan="4" style="text-align: center;">day</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>année</i></td> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>mois</i></td> <td colspan="4" style="text-align: center;"><i>jour</i></td> </tr> </table>									year		month		day				<i>année</i>		<i>mois</i>		<i>jour</i>				<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">year</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">month</td> <td colspan="4" style="text-align: center;">day</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>année</i></td> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>mois</i></td> <td colspan="4" style="text-align: center;"><i>jour</i></td> </tr> </table>									year		month		day				<i>année</i>		<i>mois</i>		<i>jour</i>				<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">year</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">month</td> <td colspan="4" style="text-align: center;">day</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>année</i></td> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>mois</i></td> <td colspan="4" style="text-align: center;"><i>jour</i></td> </tr> </table>									year		month		day				<i>année</i>		<i>mois</i>		<i>jour</i>			
year		month		day																																																																																															
<i>année</i>		<i>mois</i>		<i>jour</i>																																																																																															
year		month		day																																																																																															
<i>année</i>		<i>mois</i>		<i>jour</i>																																																																																															
year		month		day																																																																																															
<i>année</i>		<i>mois</i>		<i>jour</i>																																																																																															
year		month		day																																																																																															
<i>année</i>		<i>mois</i>		<i>jour</i>																																																																																															
<input type="checkbox"/> verified / vérifiée	<input type="checkbox"/> verified / vérifiée	<input type="checkbox"/> verified / vérifiée	<input type="checkbox"/> verified / vérifiée																																																																																																

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

Date of birth / <i>Date de naissance</i>	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">year</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">month</td> <td colspan="4" style="text-align: center;">day</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>année</i></td> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>mois</i></td> <td colspan="4" style="text-align: center;"><i>jour</i></td> </tr> </table>									year		month		day				<i>année</i>		<i>mois</i>		<i>jour</i>				<input type="checkbox"/> verified / vérifiée
year		month		day																						
<i>année</i>		<i>mois</i>		<i>jour</i>																						

**Information about the qualified dependent children / Renseignements sur les enfants à charge admissibles**

NAME <i>NOM</i>	DATE OF BIRTH <i>DATE DE NAISSANCE</i>	
		<input type="checkbox"/> verified / vérifiée
		<input type="checkbox"/> verified / vérifiée
		<input type="checkbox"/> verified / vérifiée
		<input type="checkbox"/> verified / vérifiée
		<input type="checkbox"/> verified / vérifiée

I hereby declare that the information concerning civil status given in this form was taken from original documents provided by the applicant.  
*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.*

Full name of Department:  
*Dénomination du service:* \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
*Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_*

\_\_\_\_\_  
 Last name, first name and title of authorized person  
*Nom de famille, prénom et titre de la personne autorisée*

**SEAL  
SCEAU**

# Accord Canada / Philippines

## Documents et/ou renseignements nécessaires à l'appui de votre demande [CAN/PHI 1] d'une pension de retraite et/ou d'invalidité philippine

**Veillez remplir les formulaires ci-joints :**

- **Résidence au Canada [ISP 5013]** (*seulement si vous présentez une demande d'une pension de retraite du SASG et avez moins de 15 ans de cotisation au Régime de pensions du Canada, ou une demande d'une pension de retraite SSS et avez moins de 5 ans de cotisation au Régime de pensions du Canada*)
- **Déclaration de traitement et salaire cotisables – Régime de pensions du Canada [PSR 2011]** rempli par votre employeur lorsque vous travaillez encore, ou avez arrêté de travailler moins de deux ans avant de présenter une demande d'une pension du SASG (*seulement si vous présentez une demande d'une pension de retraite ou d'invalidité du SASG*)
- **Rapport Médical [PSR 2519], Questionnaire relatif aux prestations d'invalidité [PSR 2507], et Autorisation de dévoiler des renseignements/consentement à une évaluation médicale [PSR 2502]** si vous n'avez jamais présenté une demande d'une prestation d'invalidité du Régime de pensions du Canada (*seulement si vous présentez une demande d'une pension d'invalidité de SASG/SSS*)

**Documents originaux ou copies certifiées à produire :**

- Certificat de naissance ou de baptême pour vous et tous les enfants à charge de moins de 21 ans
- Preuves des dates de votre/vos entrée(s) au Canada et départ(s) du Canada (p. ex., formulaire « Immigration 1000 », passeport, visa, billet de bateau ou d'avion, etc.) (*seulement si vous présentez une demande d'une pension de retraite du SASG et avez moins de 15 ans de cotisation au Régime de pensions du Canada, ou une demande d'une pension de retraite SSS et avez moins de 5 ans de cotisation au Régime de pensions du Canada*)
- Avis de cessation d'emploi de votre dernier employeur ou une lettre de démission, si vous êtes moins de 65 ans (*seulement si vous présentez une demande de pension de retraite du SSS*)

**IMPORTANT :** Si vous avez déjà soumis n'importe lequel des documents nécessaires, lorsque vous avez présenté une demande de prestation du Régime de pensions du Canada ou de la Sécurité de la vieillesse, vous n'avez pas à les soumettre de nouveau.



Numéro d'assurance sociale canadien \_\_\_\_\_

4. Veuillez nous fournir le nom, l'adresse et le numéro de téléphone d'au moins deux personnes, qui ne vous sont apparentées ni par le sang ni par le mariage, susceptibles de confirmer votre résidence au Canada :

Nom	Adresse	Ville	Numéro de téléphone
			( ) -
			( ) -

### DÉCLARATION DU DEMANDEUR

Je déclare que ces renseignements sont vrais et complets.  
(Faire une fausse déclaration constitue une infraction)

Signature : **X** \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Année Mois Jour

Numéro de téléphone : ( ) - \_\_\_\_\_



## DÉCLARATION DE TRAITEMENT ET SALAIRE COTISABLES – RÉGIME DE PENSIONS DU CANADA

### RENSEIGNEMENTS DESTINÉS AUX DEMANDEURS DE PRESTATIONS DU RÉGIME DE PENSIONS DU CANADA

- Vous devez fournir des renseignements sur le traitement et le salaire du cotisant ainsi que sur les cotisations de l'année en cours et de l'année précédente au moyen du présent formulaire.
- Chacun des employeurs, pour qui le cotisant a travaillé pendant l'année (les années) en cause, doit fournir une Déclaration de traitement et salaire cotisables.
- Lorsque le cotisant a travaillé pour son propre compte et a dû, à ce titre, verser des cotisations, il faut fournir des renseignements sur ces gains et cotisations. Votre centre de services aux clients des Programmes de la sécurité du revenu vous dira quels renseignements fournir.
- Les demandes de prestations doivent être présentées sans retard. La présente Déclaration de traitement et salaire cotisables doit être produite, une fois dûment remplie.

<b>A - À REMPLIR PAR LE DEMANDEUR</b>		
Prestations   ▶ <input type="checkbox"/> Retraite	<input type="checkbox"/> Invalidité	<input type="checkbox"/> Survivants
1. Nom et adresse de l'employeur du cotisant	2. Pour me permettre d'obtenir des prestations du Régime de pensions du Canada, veuillez remplir la Section B ci-dessous et retourner le formulaire à moi-même ou au centre de services aux clients des Programmes de la sécurité du revenu mentionné ci-dessous.	
	Signature du demandeur	Date
	Nom et adresse du demandeur ( <i>écrivez en lettres moulées</i> )	
3. Nom du cotisant ( <i>écrivez en lettres moulées</i> )		
Numéro d'assurance sociale du cotisant	Numéro de feuille de paye ( <i>si possible</i> )	Indiquer l'année (les années) en cause

<b>B - À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR</b>							
1. Gains cotisables - <i>Année précédente</i>						Total des gains cotisables	Cotisation de l'employé
Janvier \$	Février \$	Mars \$	Avril \$	Mai \$	Juin \$		
Juillet \$	Août \$	Septembre \$	Octobre \$	Novembre \$	Décembre \$	\$	\$
2. Gains cotisables - <i>Année en cours</i>						Total des gains cotisables	Cotisation de l'employé
Janvier \$	Février \$	Mars \$	Avril \$	Mai \$	Juin \$		
Juillet \$	Août \$	Septembre \$	Octobre \$	Novembre \$	Décembre \$	\$	\$
3. Veuillez indiquer à quel Régime ont été versées les cotisations ci-dessus.   ▶ <input type="checkbox"/> Régime de pensions du Canada <input type="checkbox"/> Régime de rentes du Québec							
4. Indiquez le mois et l'année où le cotisant a cessé/va cesser de travailler et a touché/va toucher son dernier traitement ou salaire. ▶				Mois	Année	N° de compte de l'employeur*	
5. Important : Si vos dossiers indiquent un numéro d'assurance sociale qui diffère de celui qui figure à la section A, veuillez inscrire le numéro que vous utilisez. ▶							
6. Signature de l'employeur ou de l'agent autorisé				Titre		Date	

#### INSTRUCTIONS À L'EMPLOYEUR

\* Le numéro de compte de l'employeur doit être indiqué. Ce numéro est attribué à l'employeur par les autorités fiscales fédérales ou celles de la province de Québec, aux fins de la cotisation au régime de pensions.

Cotisation de l'employé - Inscrivez à l'endroit approprié la somme déduite des gains de l'EMPLOYÉ à titre de cotisation au Régime de pensions du Canada ou au Régime de rentes du Québec. NE PAS indiquer la cotisation correspondante de l'employeur dans le présent formulaire.

Gains cotisables - Indiquez le total des gains et des salaires cotisables. N'ajoutez aucune forme de rémunération considérée comme gains non cotisables en vertu des dispositions du Régime de pensions du Canada et du Régime de rentes du Québec. Par exemple :

- rémunération versée à l'employé avant et pendant le mois au cours duquel il a atteint l'âge de 18 ans ou après le mois au cours duquel il atteint 70 ans;
- rémunération payée à l'employé pendant qu'il occupait un emploi non assujéti;
- frais de résidence d'un ministre du culte.

À L'USAGE DU CENTRE DE SERVICES AUX CLIENTS POUR Y INSCRIRE SON ADRESSE

R.P.C. N°
-----------



Protected When Completed - B  
Protégé une fois rempli - B

## MEDICAL REPORT - RAPPORT MÉDICAL

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

Social Insurance Number  
Numéro d'assurance sociale

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

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

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

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

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

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

Laboratory Reports  
Rapports de laboratoire

Yes     No  
Oui    Non

X-ray reports  
Radiographies

Yes     No  
Oui    Non

Consultants' opinions  
Opinions de consultants

Yes     No  
Oui    Non

Other  
Autre

Yes     No  
Oui    Non

Documentation to be returned  
Documents devant être retournés

Yes     No  
Oui    Non

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

Social Insurance Number  
Numéro d'assurance sociale

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

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

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

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

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

Social Insurance Number  
Numéro d'assurance sociale

FOR OFFICE USE ONLY - À L'USAGE EXCLUSIF DU BUREAU

A.C. - C.V.

Initials - Initiales

Y/A

M

D/J

**10** Prognosis of the main medical condition of this patient - Pronostic au sujet de l'état pathologique principal du patient :

**11** Additional Information - Renseignements supplémentaires

**SIGNATURE (Please print or use a stamp - Veuillez écrire en lettres moulées ou estampiller)**

Physician's Full Name - Nom du médecin au complet

Address - Adresse

Family Physician  
Médecin de famille

Specialty  
Spécialité \_\_\_\_\_

Postal Code  
Code postal

Signature

X

Y/A

M

D/J

Telephone No. - N° de téléphone

( ) -

Please write legibly - Veuillez écrire lisiblement



Protégé une fois rempli - B

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

<b>1</b> PRÉNOM ET INITIALE	NOM DE FAMILLE	NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIAL
<b>ÉTUDES</b>		
<b>2</b> Combien d'années d'études avez-vous complétées?	Avez-vous fréquenté le collège ou l'université? <input type="checkbox"/> Oui <b>Si oui</b> , indiquez le nombre d'années et/ou le diplôme reçu. <input type="checkbox"/> Non	
<b>3</b> Avez-vous déjà suivi une formation technique ou commerciale, ou une formation en cours d'emploi? Dates	Genre de programme	<input type="checkbox"/> Oui <b>Si oui</b> , fournissez les détails suivants : <input type="checkbox"/> Non Certificat obtenu
<b>ANTÉCÉDENTS PROFESSIONNELS (ASSUREZ-VOUS DE FAIRE MENTION DES EMPLOIS OCCUPÉS AU CANADA ET/OU À L'ÉTRANGER)</b>		
<b>EMPLOYÉ</b>		
<b>4</b> Avez-vous complètement cessé de travailler? <input type="checkbox"/> Oui, passez à la question 5. <input type="checkbox"/> Non, fournissez les renseignements suivants :	Genre de travail <input type="checkbox"/> Plein temps <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Bénévole <input type="checkbox"/> Saisonnier	
Nombre d'heures par jour	Nombre de jours par semaine	Si le travail est saisonnier, indiquez la (les) période(s) de travail.
		Salaire à l'heure / ou par jour / ou par année
<b>5</b> Si vous avez complètement cessé de travailler, fournissez les renseignements suivants :	Quel genre de travail faisiez-vous lors de votre dernier emploi?	
Pourquoi avez-vous cessé de travailler?	Date de début du travail Année   Mois   Jour	<b>Date d'arrêt du travail</b> Année   Mois   Jour
<b>6</b> Nom et adresse complète de votre employeur actuel ou du plus récent.		
<b>TRAVAIL À VOTRE COMPTE</b>		
<b>7</b> Si vous travaillez à votre propre compte ou l'avez déjà fait, fournissez les renseignements suivants :		
a) Date du début de l'entreprise	Année   Mois   Jour	b) Quand avez-vous réellement cessé vos activités dans l'entreprise? Année   Mois   Jour
c) Pourquoi avez-vous cessé de travailler dans l'entreprise?		
d) Décrivez la nature des activités de l'entreprise.		
e) Quel genre de travail faisiez-vous dans l'entreprise?		

NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIAL

**TRAVAIL À VOTRE COMPTE (SUITE)**

f) Participez-vous actuellement aux activités de l'entreprise, de quelle que façon que ce soit?

Oui, expliquez votre rôle actuel.

Non, fournissez les renseignements suivants :

Qu'est devenue l'entreprise?

Année Mois Jour

Vendue  Louée  Participation aux bénéfices Date de la cession :

Si l'entreprise **n'a pas fait l'objet d'une cession**, comment fonctionne-t-elle actuellement et quelles mesures envisagez-vous pour l'avenir?

g) À quelle année remonte la dernière déclaration de revenus de l'entreprise qui a été produite à votre nom?

h) Vous déclarez-vous comme travailleur(euse) autonome aux fins de l'impôt sur le revenu cette année?

Oui  Non

**AUTRE TRAVAIL**

**SI VOUS N'AVEZ PAS ASSEZ D'ESPACE POUR ÉNUMÉRER TOUS LES GENRES DE TRAVAIL QUE VOUS AVEZ FAITS, UTILISEZ L'ESPACE À LA FIN DU QUESTIONNAIRE.**

**8** Au cours des deux dernières années, avez-vous fait **un autre travail** en plus de votre emploi principal (comme un travail agricole à temps partiel, un travail de nuit ou un autre emploi)?  Oui **Si oui**, donnez les détails suivants :  Non

Genre de travail	Nombre d'heures de travail par jour	Nombre d'heures de travail par semaine	Date de début du travail			Date d'arrêt du travail		
			Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour

Nom et adresse complète de l'employeur

**9** Au cours des cinq dernières années, avez-vous fait **un autre genre de travail**?

Oui **Si oui**, indiquez le genre de travail et les dates.

Non

Du			Au		
Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour

**10** En raison de votre état de santé, avez-vous été obligé(e) d'assumer des fonctions qui demandent moins d'effort ou de faire un genre de travail différent?

Oui **Si oui**, veuillez fournir une description.

Non

**11** Votre médecin vous a-t-il dit quand vous pourriez retourner travailler?

Oui **Si oui**, veuillez indiquer la date : Année Mois

Non

**12** Prévoyez-vous retourner travailler ou chercher du travail dans un proche avenir?

Oui **Si oui**, répondez à **l'une** des questions suivantes :

Non

a) Date à laquelle vous prévoyez **reprendre** votre ancien emploi. Année Mois

b) Date du **début** d'un nouvel emploi. Année Mois

c) Date à laquelle vous prévoyez recommencer à **chercher** du travail. Année Mois

<b>NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIAL</b>			
<b>AUTRES PRESTATIONS</b>			
<b>13</b> Si vous recevez un type quelconque de prestation de maladie ou d'invalidité ou encore une assurance-accident, indiquez le nom de la compagnie d'assurance.			
<b>14</b> Si vos problèmes de santé sont couverts par des indemnités pour accident du travail, donnez des détails dans chaque cas.			
Numéro de la demande	Province ou territoire	Année	Blessure
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
Indiquez le type de prestation que vous recevez.			Pourcentage de pension accordé
<b>15</b> Avez-vous reçu des prestations ordinaires d'assurance-emploi au cours des deux dernières années?			
<input type="checkbox"/> Oui <b>Si oui</b> , indiquez les dates : <input type="checkbox"/> Non			
Du	Année	Mois	Jour
Au	Année	Mois	Jour
Du	Année	Mois	Jour
Au	Année	Mois	Jour
<b>RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX</b>			
<b>16</b> Quelle est la date à laquelle vous ne pouviez plus travailler en raison de votre état de santé?			Année
			Mois
			Jour
<b>17</b> Taille	Poids	<input type="checkbox"/> Droitier <input type="checkbox"/> Gaucher	
<b>18</b> Indiquez les maladies ou les déficiences qui vous empêchent de travailler. Si vous ne connaissez pas les noms médicaux, fournissez une description dans vos propres termes.			
<b>19</b> Expliquez en quoi ces maladies ou déficiences vous empêchent de travailler.			
<b>20</b> Si vous souffrez d'autres problèmes de santé ou avez d'autres déficiences, décrivez-les.			
<b>21</b> Si vous avez été obligé(e) de mettre fin à d'autres activités (comme des passe-temps, des sports ou des activités bénévoles), veuillez expliquer et indiquer les dates de fin des activités.			

22 Veuillez décrire les difficultés et les limitations fonctionnelles que vous présentez à l'égard des activités suivantes :

Demeurer assis(e)/debout (combien de temps?)	Voir/entendre
Marcher (combien de temps et à quelle distance?)	Parler
Soulever/transporter des objets (combien et à quelle distance?)	Se rappeler
Étendre le bras	Se concentrer
Se pencher (à quel point?)	Dormir
Besoins personnels (manger, se laver les cheveux, s'habiller, etc.)	Respirer
Troubles du transit intestinal et de la vessie	Conduire une automobile (combien de temps?)
Entretien ménager (cuisine, nettoyage, courses et activités similaires)	Utiliser les transports en commun

NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIAL

## RENSEIGNEMENTS SUR VOS MÉDECINS

23 Veuillez fournir les renseignements suivants à propos du médecin qui remplira votre rapport médical.

Nom au complet du médecin

Médecin de famille  Spécialiste  
(veuillez préciser)

Adresse

Ville

Province ou territoire

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

Code postal

Numéro de téléphone

( ) -

Quand avez-vous consulté ce médecin  
pour la première fois?

Année

Mois

Quelle est la date de votre dernière  
visite?

Année

Mois

Quelles étaient les raisons de vos visites?

24 Veuillez dresser la liste de tous les médecins que vous avez consultés au cours des deux dernières années (l'espace fourni vous permet d'inscrire les renseignements sur deux médecins). Si vous n'avez pas assez d'espace pour énumérer tous vos médecins, utilisez l'espace à la fin du questionnaire.

a) Nom au complet du médecin

Spécialité

Adresse

Ville

Province ou territoire

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

Code postal

Numéro de téléphone

( ) -

Quand avez-vous consulté ce médecin  
pour la première fois?

Année

Mois

Quelle est la date de votre dernière  
visite?

Année

Mois

Les visites étaient-elles liées à votre état de santé actuel?

Oui

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

Non

b) Nom au complet du médecin

Spécialité

Adresse

Ville

Province ou territoire

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

Code postal

Numéro de téléphone

( ) -

Quand avez-vous consulté ce médecin  
pour la première fois?

Année

Mois

Quelle est la date de votre dernière  
visite?

Année

Mois

Les visites étaient-elles liées à votre état de santé actuel?

Oui

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

Non

NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIAL

## HOSPITALISATION

**25** Si vous avez été admis(e) à l'hôpital au cours des deux dernières années, veuillez fournir les renseignements suivants. Si vous n'avez pas assez d'espace pour énumérer tous les hôpitaux, utilisez l'espace à la fin du questionnaire.

a) Nom de l'hôpital Adresse postale

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

Date d'admission Année Mois Jour Date de sortie Année Mois Jour Nom du médecin traitant

Raison de l'admission et genre de traitement

b) Nom de l'hôpital Adresse postale

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

Date d'admission Année Mois Jour Date de sortie Année Mois Jour Nom du médecin traitant

Raison de l'admission et genre de traitement

## MÉDICAMENTS ET TRAITEMENT

**26** Énumérez les médicaments que vous prenez actuellement.

Nom du médicament

Dose

Fréquence

Nom du médicament	Dose	Fréquence
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**27** Décrivez tout autre traitement actuel (counseling, physiothérapie).

**28** Si d'autres traitements ou examens médicaux sont prévus, veuillez expliquer et indiquer les dates.

**29** Veuillez indiquer les appareils médicaux que vous utilisez (par exemple : béquilles, canne, membre artificiel, attelles, orthèses, fauteuil roulant, appareil auditif, stimulateur cardiaque, accessoire de stomie).

NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIAL

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

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

**30** Participez-vous ou avez-vous déjà pris part à un programme de réadaptation professionnelle?  Oui **Si oui, veuillez fournir les détails.**  Non

**DÉCLARATION ET SIGNATURE**

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

**Je reconnais que ces renseignements personnels sont régis par la *Loi sur la protection des renseignements personnels* et qu'ils peuvent être divulgués quand l'autorise le Régime de pensions du Canada.**

**Je conviens d'informer le Régime de pensions du Canada de tout changement qui pourrait avoir un effet sur mon admissibilité aux prestations. Cela comprend : une amélioration de mon état de santé, un retour au travail (à plein temps, à temps partiel, à titre de bénévole ou pour une période d'essai); la fréquentation scolaire ou universitaire; la poursuite d'une formation dans les métiers ou technique; ou tout programme de réadaptation.**

Signature du demandeur ou du représentant

X

Année Mois Jour

Numéro de téléphone

( ) -

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



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

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

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

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