



DEMANDE DE PRESTATIONS D'INVALIDITÉ RÉGIME DE PENSIONS DU CANADA

Timbre dateur

À L'USAGE EXCLUSIF DU BUREAU			
Demande traitée par	Année	Mois	Jour

RENSEIGNEMENTS À VOTRE SUJET

1 <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle Prénom habituel et initiale Nom de famille	Préférence linguistique : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	Numéro d'assurance sociale
--	--	-----------------------------------

<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Époux ou conjoint de fait survivant <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Conjoint de fait	Date de naissance Année Mois Jour	À L'USAGE EXCLUSIF DU BUREAU
--	--	--	-------------------------------------

2 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 () -

ADRESSE POSTALE, si elle est différente de celle du domicile (numéro, rue, boîte postale ou route rurale).			Ville
Province ou territoire	Pays (s'il ne s'agit pas du Canada)	Code postal	

3 Si vous habitez actuellement à l'extérieur du Canada, quels ont été votre dernière ville et province ou territoire de résidence au Canada?	Au cours de quelle année avez-vous quitté le Canada?
Ville : Province ou territoire :	

4 OPTION DU DÉPÔT DIRECT	
Si votre demande est approuvée, désirez-vous que vos versements de prestation soient déposés directement dans votre compte à votre institution financière?	
<input type="checkbox"/> Oui Si oui , joignez un chèque annulé OU donnez les renseignements suivants et faites-les vérifier par votre institution financière. <input type="checkbox"/> Non	
Nom(s) du (des) détenteur(s) du compte	
Nom et adresse de l'institution financière (écrire en lettres moulées ou utiliser une estampille)	N° de la succursale N° de l'institution <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px;"></div> </div> N° du compte <div style="border: 1px solid black; width: 350px; height: 20px;"></div>
Signature du représentant de l'institution financière	Année Mois Jour

Service Canada assure la prestation des programmes et des services de Ressources humaines et Développement social Canada (aussi connu sous le nom de Ressources humaines et Développement des compétences Canada) pour le gouvernement du Canada.



Numéro d'assurance sociale

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

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

À L'USAGE EXCLUSIF DU BUREAU

6 Avez-vous déjà travaillé dans un autre pays?

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

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

a) _____

b) _____

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

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

Demandé

Reçu

Numéro d'assurance sociale

DU RÉGIME DE PENSIONS DU CANADA Oui Non Oui Non

DU RÉGIME DE RENTES DU QUÉBEC Oui Non Oui Non

DE LA SÉCURITÉ DE LA VIEILLESSE Oui Non Oui Non

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



RENSEIGNEMENTS SUR VOS ENFANTS

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

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

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

Non

ENFANTS DE MOINS DE 18 ANS

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

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

Non

Prénom et initiale du premier enfant

Nom de famille

Numéro d'assurance sociale

Enfant naturel Adopté légalement

Homme

Date de naissance
Année Mois Jour

À L'USAGE EXCLUSIF DU BUREAU

Autre (expliquez les circonstances)

Femme

Prénom et initiale du deuxième enfant

Nom de famille

Numéro d'assurance sociale

Enfant naturel Adopté légalement

Homme

Date de naissance
Année Mois Jour

À L'USAGE EXCLUSIF DU BUREAU

Autre (expliquez les circonstances)

Femme

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

Numéro d'assurance sociale

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

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

Non

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

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

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

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

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

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

ENFANTS DE PLUS DE 18 ANS

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

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

Non

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

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

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

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

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

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

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

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

	Demandé			Reçu		
DU RÉGIME DE PENSIONS DU CANADA	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
DU RÉGIME DE RENTES DU QUÉBEC	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Si oui , indiquez sous quel(s) numéro(s) d'assurance sociale. ▶	Numéro d'assurance sociale			Numéro d'assurance sociale		

Numéro d'assurance sociale

DÉCLARATION ET SIGNATURE

PARTIE 1 - À REMPLIR PAR LE DEMANDEUR

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

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

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

Signature du demandeur

Année Mois Jour

X

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

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

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

Nom du témoin (lettres moulées)

Signature du témoin

Année Mois Jour

X

Adresse (numéro, rue, appartement ou route rurale)

Ville

Province ou territoire

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

Code postal

Numéro de téléphone

() -

PARTIE 3 - À REMPLIR PAR LE REPRÉSENTANT DU DEMANDEUR

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

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

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

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

Nom du représentant (lettres moulées)

Signature du représentant

Lien avec le demandeur

Année Mois Jour

X

Adresse (numéro, rue, appartement ou route rurale)

Ville

Province ou territoire

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

Code postal

Numéro de téléphone

() -

À L'USAGE EXCLUSIF DU BUREAU

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

Signature autorisée

Date

Année Mois Day

Date d'entrée en vigueur

Année Mois