

**Programme de réadaptation professionnelle du PPIRPC –
ANNEXE « B » – CONTENU REQUIS
RAPPORT D'ÉVALUATION INITIALE**

Nom du client :	Date du renvoi :
Numéro d'identification du client :	Fournisseur de services (FS) :
Adresse du client :	FS – Conseiller :
n° de téléphone du client :	FS – n° de téléphone du conseiller :
Date de l'entrevue avec le client :	
Date de l'entrevue avec le médecin :	
Date de l'entrevue avec l'employeur (le cas échéant) :	
GCRP de Service Canada :	

Diagnostic :

Motifs particuliers de la recommandation :

Veuillez vous assurer que votre rapport aborde les aspects ci-dessous :

1. Profil psychosocial

Aspects subjectifs

- Impression générale du client
- Attitude générale du client
- Motivation : ce qui incite et ce qui dissuade le client à retourner au travail
- État cognitif
- État émotionnel

Aspects objectifs

- Objectifs personnels et professionnels du client
- Degré d'incapacité ou de capacité perçu par le client
- Soutien disponible
- Situation familiale et obligations connexes

2. Description du milieu de vie du client

Remarque : Si la rencontre n'a pas lieu chez le client, donnez les explications de ce dernier à ce sujet.

3. Interventions médicales et de réadaptation (selon le rapport du médecin, entre autres)

- Diagnostics principal et secondaire
- Interventions médicales récentes, l'observance par le client et sa réponse aux traitements
- Interventions de réadaptation passées et actuelles, l'observance par le client et les résultats obtenus
- Changement dans l'état de santé du client depuis qu'il reçoit des prestations
- Pronostic : risque d'« instabilité de l'état de santé »
- Lettre signée par le médecin
- Considérations particulières et restrictions quant au retour au travail
- Liste des médicaments que prend le client
- Nécessité/utilisation d'appareils et accessoires fonctionnels

**Programme de réadaptation professionnelle du PPIRPC –
ANNEXE « B » – CONTENU REQUIS
RAPPORT D'ÉVALUATION INITIALE**

4. Formation/profil professionnel

- Résultats des tests précédents (aptitudes, intérêts, orientation professionnelle, etc.) et/ou interprétation de ceux-ci, le cas échéant
- Activités et programmes de réadaptation professionnelle suivis antérieurement
- Études, éducation informelle, cours, certificats, dates d'achèvement
- Toutes les expériences de travail antérieures (emplois, durée, salaire, descriptions de travail)
- Compétences polyvalentes
- Objectifs professionnels et attentes du client à l'égard du programme de retour au travail
- Volonté de l'employeur de prendre des mesures d'adaptation pour le client, de lui fournir un autre travail, horaire de travail et salaire qu'il propose (s'il y a lieu)
- Profil d'employabilité : aptitude aux études, compétences en gestion personnelle, compétences liées au travail d'équipe
- Intérêts, passe-temps et bénévolat
- Travail bénévole

5. Situation financière

- Revenus et dépenses provenant d'autres sources
- Revenus provenant d'autres programmes (prêt étudiant, programme d'assurance-emploi, CAT, régimes d'invalidité de longue durée, assurance-automobile, aide sociale, etc.)

6. État fonctionnel

- Description du niveau fonctionnel passé et actuel du client à partir des entrevues effectuées avec ce dernier, ainsi qu'avec le médecin et, le cas échéant, l'employeur (compte rendu de l'entrevue avec l'employeur) et précisions sur le type de déficience et son incidence sur les activités courantes : soins personnels, travail, loisirs, voyages, garde d'enfants, etc.
- Liste des obstacles à l'emploi et de ceux pouvant être atténués/minimisés
- Degré de réalisme des objectifs du client et dans quelle mesure le Programme de réadaptation professionnelle du PPIRPC peut aider ce dernier à les atteindre.

7. Entrevue avec l'employeur (le cas échéant)

- Brève description des fonctions qu'exerçait le client dans son emploi et si cet emploi est toujours disponible
- Mesures d'adaptation que l'employeur est disposé à prendre, au besoin
- Possibilité d'obtenir un autre emploi
- Assiduité et comportement du client au travail

8. Entrevue avec le partenaire

- Aperçu de la planification et/ou des évaluations faites jusqu'à maintenant
- Possibilité de partager les coûts
- Type de ressources disponibles
- Mise en commun de l'information

Recommandations

Avant de recommander d'autres services ou interventions, veuillez dire clairement si, à votre avis, le client est en mesure de se réadapter. Utilisez, par exemple, l'un des énoncés suivants :

- a. Le client présente un potentiel de réadaptation et il est probable qu'il réussisse avec un minimum d'intervention (*Précisez si le client peut maintenant retourner au travail avec une aide au placement*);
- b. Le client présente un certain potentiel de réadaptation, mais peut avoir besoin d'une intervention plus poussée en raison des obstacles décelés;

**Programme de réadaptation professionnelle du PPIRPC –
ANNEXE « B » – CONTENU REQUIS
RAPPORT D'ÉVALUATION INITIALE**

- c. Il faut explorer la question davantage parce que le potentiel du client n'est pas clairement établi; ou
- d. Le client ne présente aucun potentiel de réadaptation et ne devrait pas participer au programme.

Expliquez votre recommandation et donnez les raisons pour lesquelles il faut que le PPIRPC fournisse les fonds nécessaires au Programme de réadaptation professionnelle.

Dites si, à votre avis, l'invalidité du client est à un degré tel que cela l'empêcherait de détenir une occupation véritablement rémunératrice, et donnez votre impression quant à ses capacités.

Présentez vos recommandations, et leurs justifications, quant aux mesures à prendre d'ici le prochain rapport, ainsi que l'estimation des coûts.

Signature du conseiller

Date

**Programme de réadaptation professionnelle du PPIRPC –
ANNEXE « C » – CONTENU REQUIS
Analyse du marché du travail**

Nom du client :	Fournisseur de services :
Numéro d'identification du client :	FS Conseiller :
Adresse du client :	n° de téléphone du conseiller :
n° de téléphone du client :	Date du rapport :
GRCP de Service Canada :	

(Nom du fournisseur de services) a effectué une enquête sur le marché du travail concernant (type d'emploi) . Toute la recherche sur le marché du travail a été effectuée le (ou) du au .

DESCRIPTION DE TRAVAIL

Titre du poste : _____ N° de la CNP : _____
Fonctions : _____
Compétences, intérêts, valeurs : _____
Exigences physiques et exigences liées à l'environnement de travail : _____
Exigences relatives aux qualifications et à la formation : _____

Postes recherchés

(Le fournisseur de services devrait communiquer avec trois entreprises, et le client, avec cinq autres.)

Poste :	Entreprise :
Personne-ressource :	Lieu :
Qualifications et responsabilités :	Exigences physiques :
Outils et équipement utilisés :	Voyages :
Autorisation de sécurité requise : (Oui/Non)	Fourchette des salaires :
Avantages sociaux :	Nombre d'heures :
Postes disponibles (passés, actuels et prévus) :	Accessibilité :

Répétez l'ensemble des rubriques ci-dessus pour chaque entreprise qui a été jointe.

Résumé : (Indiquez si le marché de l'emploi dans la région où habite le client est favorable, compte tenu de son choix de carrière et des renseignements recueillis ci-dessus.)

Pièces jointes : Étude sur le marché du travail et avis d'emplois vacants pour ce qui concerne le client.

Signature du conseiller

Date

**Programme de réadaptation professionnelle du PPIRPC –
ANNEXE « D » – CONTENU REQUIS
Plan personnalisé de réadaptation (PPR)**

Original (O/N)_____ Révisé (O/N)_____ Si c'est le cas, n° de la révision_____ Date :_____

Nom du client :	Fournisseur de services (FS) :
Numéro d'identification du client :	Conseiller en réadaptation (FS) :
Adresse du client :	Numéro de téléphone de l'expert-conseil du FS :
N° de tél. du client :	Gestionnaire de cas du PPIRPC :
Emploi précédent :	
Études :	
Perspectives d'emploi :	

Retour au travail (même employeur)	Objectif de l'emploi	Retour au travail (nouvel employeur)	Emploi autonome
____ Même emploi		____ Même emploi	____ Même emploi
____ Autre emploi		____ Autre emploi	____ Autre emploi
____ Travail modifié		____ Travail modifié	____ Travail modifié

Objectifs de la réadaptation à court et à long terme

**Programme de réadaptation professionnelle du PPIRPC –
ANNEXE « D » – CONTENU REQUIS
Plan personnalisé de réadaptation (PPR)**

Original (O/N)_____ Révisé (O/N)_____ Si c'est le cas, n° de la révision_____ Date :_____

Guide de référence pour la numérotation (consultez l'Énoncé des travaux) :

Étape d'évaluation : 5.1

Étape de planification : 5.2

Étape d'intervention : 5.3

Services financiers : 5.4

Décaissements et frais de déplacement du client : 8.1

Décaissements et frais de déplacement du fournisseur de services : 8.2

#	objectifs	Stratégies/Services requis	Fournisseur de services	Coût ou Source de financement	Date de début	Date de fin

PPIRPC/Coûts engagés par le fournisseur de services : _____

Coûts engagés par le partenaire : _____

Coûts engagés par le client : _____

Coûts totaux prévus du PPR : _____

_____ Je conviens de respecter mon plan de réadaptation et d'en assumer la responsabilité, notamment de demeurer en contact comme indiqué avec le fournisseur de services et de l'informer de tout changement de mon état de santé et/ou de ma situation de vie qui auront un effet sur l'évolution du plan de réadaptation. **Il est entendu que le plan peut changer au besoin pendant tout le processus de réadaptation, qu'il pourra faire l'objet d'autres examens et exiger d'autres signatures.**

_____ Je décline le plan.

Signature du client : _____ **Date :** _____

_____ J'accepte le plan de réadaptation décrit ci-dessus. La participation active du client au plan de réadaptation ne soulève aucune préoccupation d'ordre médical.

_____ Je ne suis pas d'accord avec le plan de réadaptation décrit ci-dessus. Veuillez consulter la justification dans la section réservée aux commentaires.

Signature du médecin : _____ **Date :** _____

Expert-conseil du FS : _____ **Date :** _____

Organisme partenaire : _____

Signature du représentant : _____ **Date :** _____

Signature du GCRP de SC : _____ **Date :** _____

COMMENTAIRES :

**Programme de réadaptation professionnelle du PPIRPC –
ANNEXE « D » – CONTENU REQUIS
Plan personnalisé de réadaptation (PPR)**

Original (O/N)_____ Révisé (O/N)_____ Si c'est le cas, n° de la révision_____ Date :_____

**Programme de réadaptation professionnelle du PPIRPC –
ANNEXE « E » – CONTENU REQUIS
RAPPORT D'ÉTAPE**

Nom du client	Fournisseur de services :
Numéro d'identification du client :	Nom du conseiller :
Adresse du client :	N° de tél./cell. du conseiller :
N° de tél./cell. du client :	Date du dernier rapport d'étape :
Étape visée par le rapport : (évaluation, planification, intervention)	
Gestionnaire de cas de réadaptation professionnelle de Service Canada :	

REMARQUE : Évitez de répéter ou de copier et coller les renseignements figurant dans les rapports précédents ou dans la recommandation.

1. Liste de toutes les activités effectuées depuis le dernier rapport d'étape et date de chacune (la date pour les activités facturables doit être identique à celle qui apparaît sur la facture).
2. Résumé des communications
 - Client
 - Employeur
 - Médecin : Le médecin traitant doit confirmer par écrit tous les renseignements médicaux et ceux relatifs à l'invalidité; son rapport doit être daté et signé.
 - Autres intervenants
3. Activités de perfectionnement professionnel/de placement
 - Liste de tous les employeurs qui ont été joints
 - Renseignements sur l'emploi et le salaire
 - Réponse de l'employeur/résultat
4. Ressources communautaires utilisées pendant la période visée.
5. Degré de persévérance et de collaboration du client; commentaires sur l'intérêt, la motivation et les efforts particuliers faits par le client
6. Nouveaux obstacles qui pourraient retarder le processus de réadaptation, et mesures prises/recommandations pour y remédier
7. Preuve de capacité ou d'incapacité à travailler
8. Prochains jalons importants pour le client
9. Coûts prévus pour mener le dossier à terme.
10. Recommandations particulières
11. Justification des changements à apporter aux coûts et/ou au plan de réadaptation
12. Prédiction quant au résultat : réussite ou échec.
13. Résultat.
14. Intervention requise de la part du gestionnaire de cas du Programme de réadaptation professionnelle de Service Canada.

Signature du conseiller

Date

**Programme de réadaptation professionnelle du PPIRPC –
ANNEXE « F » – CONTENU REQUIS
ACCORD DE RECHERCHE D'EMPLOI**

Original (O/N) _____ Révisée (O/N) _____ Si oui, N° de la rév. _____ Date: _____

Nom du client	Gestionnaire de cas de SC :
Numéro d'identification du client :	Conseiller en réadaptation :
N° de tél. – Client	N° de tél. – conseiller en réadaptation

Étant donné que (*nom du client*) participe activement au Programme de réadaptation professionnelle du Régime de pensions du Canada (RPC), l'Administration du RPC a accepté de parrainer (*nom du client*) dans sa **recherche d'emploi d'une durée de _____ mois**, avec l'aide de (*nom du fournisseur de services*), du (*date*) au (*date*).

(*Nom du fournisseur de services*) fournira à (*nom du client*) des feuillets d'inscription des employeurs pour lui permettre de documenter ses efforts de recherche d'emploi toutes les deux semaines. (*Nom du client*) devrait communiquer avec **au moins _____ employeurs par jour (_____ employeurs par semaine)** et présenter ces feuillets à (*nom du fournisseur de services*) toutes les deux semaines.

(*Nom du client*) accepte de concentrer ses efforts à chercher un emploi dans les professions suivantes : (*liste des professions*).

(*Nom du fournisseur de services*) convient de communiquer régulièrement, toutes les semaines, avec (*nom du client*) pour l'aider dans le processus de recherche d'emploi. Il pourra offrir son aide notamment en fournissant des copies supplémentaires du curriculum vitæ (CV) et des lettres d'accompagnement, au besoin, en cherchant des employeurs potentiels et des possibilités d'emploi (et/ou d'autres sources pour les trouver) et en apportant un soutien continu pendant toute la période de recherche d'emploi.

Si (*nom du client*) réussit à obtenir un emploi véritablement rémunérateur au cours de la période de recherche d'emploi de ____ mois, ses prestations d'invalidité seront prolongées pendant la période d'essai de retour au travail, soit pendant au moins trois mois. (*Nom du client*) convient d'informer (*nom du fournisseur de services*) de tout emploi qu'il aura obtenu pendant la recherche d'emploi, ou de toute rémunération liée à un tel emploi qu'il aura reçue pendant la période d'essai de retour au travail.

J'accepte les conditions précisées ci-dessus et je m'engage à faire de mon mieux dans ma recherche d'emploi.

Signature du client :	Date :
Signature du fournisseur de services :	Date :

**Programme de réadaptation professionnelle du PPIRPC –
ANNEXE « G » – CONTENU REQUIS
FEUILLET D'INSCRIPTION DES EMPLOYEURS**

Nom du client _____

Numéro d'Identification : _____

Date	Type de communication (téléphone, courriel, télécopieur, rencontre)	Entreprise (nom et adresse)	Personne-ressource (n° de téléphone)	Rappel	Demande d'emploi en personne	Envoi du CV ou de la demande d'emploi	Entrevue d'emploi ou d'information	Résultat
		Nom : Adresse :		Date : Heure :	Date :	Date :	Date : Heure : Personne-ressource :	
		Nom : Adresse :		Date : Heure :	Date :	Date :	Date : Heure : Personne-ressource :	
		Nom : Adresse :		Date : Heure :	Date :	Date :	Date : Heure : Personne-ressource :	
		Nom : Adresse :		Date : Heure :	Date :	Date :	Date : Heure : Personne-ressource :	
		Nom : Adresse :		Date : Heure :	Date :	Date :	Date : Heure : Personne-ressource :	

**Programme de réadaptation professionnelle du PPIRPC –
ANNEXE « H » – CONTENU REQUIS
RAPPORT DE SUIVI DU RETOUR AU TRAVAIL**

Date du rapport :	
Nom du client :	Fournisseur de services :
Numéro d'identification du client :	Nom du conseiller :
Adresse du client :	N° de tél./cell.
N° de tél./cell. :	
Dates des communications avec le client :	
Dates des communications avec l'employeur :	
Gestionnaire de cas de RP de Service Canada :	

Renseignements généraux sur l'emploi

Nom de l'employeur :	Genre de travail :
Adresse de l'employeur et N° de tél./cell.	Emploi : <ul style="list-style-type: none"> continu/permanent? temporaire (date de fin)? saisonnier (date de fin)? emploi autonome?
Nombre d'heures de travail : par jour /par semaine	Si l'emploi est à temps partiel, est-ce : <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <ul style="list-style-type: none"> décidé ainsi? le seul emploi disponible? ou ce que le client peut faire? <div style="width: 35%; text-align: right;"> le client qui en a </div> </div>
Taux de salaire : de l'heure par semaine par mois	Date de la cessation d'emploi (le cas échéant)
Rémunération totale par mois:	

Évaluation du rendement selon le superviseur (à remplir seulement à la demande du gestionnaire de cas du Programme de réadaptation professionnelle de Service Canada)

- Mesures d'adaptation particulières prises par l'employeur
 - Temps de travail perdu en raison d'une maladie? Précisions (le cas échéant)
 - Tolérance du client quant aux exigences de l'emploi
- Description des difficultés :

Évaluation du rendement selon le client

**Programme de réadaptation professionnelle du PPIRPC –
ANNEXE « H » – CONTENU REQUIS
RAPPORT DE SUIVI DU RETOUR AU TRAVAIL**

- Mesures d'adaptation particulières prises par l'employeur
- Temps de travail perdu en raison d'une maladie? Précisions (le cas échéant)
- Tolérance du client quant aux exigences de l'emploi
Description des difficultés :

Mesures de soutien et services offerts par le fournisseur de services : *(Description des mesures de soutien et des services que vous avez offerts au client pendant cette période)*

Problèmes cernés :

Recommandations :

Signature du conseiller

Date

**Programme de réadaptation professionnelle du PPIRPC –
ANNEXE « I » – CONTENU REQUIS
RAPPORT DE FERMETURE SUR LA RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE**

Nom du client:	Fournisseur de services :
Numéro d'identification du client :	Nom du conseiller :
Adresse du client :	N° de tél./cell. – conseiller
N° de tél./cell. – client	Date du rapport :
Gestionnaire de cas de RP de Service Canada :	

1. **Aperçu de toutes les activités prévues dans le plan de réadaptation personnalisé et des résultats :**
2. **Preuve de la capacité ou de l'incapacité du client à détenir une occupation véritablement rémunératrice :**
3. **Recommandations (le cas échéant) si le client est incapable d'obtenir un emploi véritablement rémunérateur :**
4. **Total des coûts facturés dans ce dossier :**

Signature du conseiller

Date

**Programme de réadaptation professionnelle du PPIRPC –
ANNEXE « I » – CONTENU REQUIS
RAPPORT DE FERMETURE SUR LA RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE**

**Programme de réadaptation professionnelle du PPIRPC –
ANNEXE « J » – CONTENU DEMANDÉ
FACTURATION générale**

Numéro de facture	Date de la facture	Gestionnaire de cas de RP de Service Canada
-------------------	--------------------	---

Renseignements sur le paiement (veuillez vous assurer d'avoir rempli les renseignements sur le dépôt direct)

Nom du fournisseur de services :	Adresse de la direction générale du fournisseur de services :
Numéro de dossier du fournisseur de services :	Numéro de téléphone (inclure l'indicatif régional)

Renseignements sur le client

Nom de famille du client :	Prénom du client :
Numéro d'identification du client :	Numéro d'approvisionnement ou de demande :

Renseignements sur le service

Date du service	Phase de réadaptation	Description	Nombre d'heures	Coût par heure	Total partiel (taxes en sus)	TPS (si facturée)	TVH (si facturée)	Total (taxes comprises)
								A :

Renseignements sur les décaissements (au prix coûtant, sans majoration)

Date du service	Description	TPS (s'il y a lieu)	TVH (s'il y a lieu)	Total (taxes comprises – s'il y a lieu)
				B :
				Total de la facture A + B

**Programme de réadaptation professionnelle du PPIRPC –
ANNEXE « K » – CONTENU REQUIS
Demande d'indemnité de déplacement**

À remplir par la personne ayant effectué le déplacement (fournisseur de services)

Organisation :

N° de facture :

Nom :

Téléphone :

Adresse :

Ville :

Code postal :

DATE DE DÉBUT DU DÉPLACEMENT : _____ DATE DE FIN DU DÉPLACEMENT : _____

DESTINATION : _____

HEURE DE DÉPART : _____ HEURE DE RETOUR : _____

NOMBRE TOTAL DE JOURS DE DÉPLACEMENT : _____

TRANSPORT		
Tarif aérien par billet		\$
Taxi, autobus, train		\$
Voiture : Taux/km \$ _____ x km parcourus _____ =		\$
Autre (précisez)		\$
Sous-total		\$
REPAS ET FRAIS COMPLÉMENTAIRES		
Déjeuner (départ de la résidence avant 6 h 30)	\$ _____ X _____ jours	\$
Dîner	\$ _____ X _____ jours	\$
Souper (arrivée à la résidence après 19 h 30)	\$ _____ X _____ jours	\$
Frais complémentaires (pour un séjour de plus de 24 heures seulement)	\$ _____ X _____ jours	\$
Total partiel		\$
HÉBERGEMENT		
Hôtel/motel	\$ _____ X _____ jours	\$
Autre (précisez) _____	\$ _____ X _____ jours	\$
Total partiel		\$
DÉPENSES TOTALES		\$

Signature de la personne ayant effectué le déplacement : _____ Date : _____

Le présent formulaire doit être joint à la facture et être conforme à la politique du Conseil du Trésor sur les déplacements. Des reçus et la facture détaillée sont obligatoires pour tous les déplacements sauf pour les repas et les faux frais.

