



Information et instructions Demande de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada

Que sont les prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada (RPC)?

La **prestation d'invalidité du RPC** et la **prestation d'invalidité après-retraite du RPC** sont des paiements mensuels imposables versés aux personnes qui ont cotisé au RPC, qui sont âgées de moins de 65 ans et qui ne sont pas en mesure d'occuper régulièrement un emploi en raison d'une invalidité.

La **prestation d'invalidité du RPC** est destinée aux personnes qui ne reçoivent pas une pension de retraite du RPC, tandis que la **prestation d'invalidité après-retraite du RPC** est destinée aux personnes qui sont devenues invalides après avoir commencé à recevoir une pension de retraite du RPC (entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2019).

Important : Vous ne pouvez pas recevoir en même temps une pension de retraite du RPC et une prestation d'invalidité du RPC (à l'exception de la prestation d'invalidité après-retraite du RPC).

Si vous obtenez l'approbation pour une prestation d'invalidité du RPC, vous donnez à Service Canada votre consentement pour annuler votre pension de retraite du RPC afin de recevoir la prestation d'invalidité du RPC en signant cette demande.

Une prestation peut aussi être offerte à leurs enfants.

Comment puis-je être admissible à des prestations d'invalidité du RPC?

Pour être admissible aux prestations d'invalidité du RPC, vous devez respecter trois conditions :

1. **Vous devez être âgé de moins de 65 ans.**
2. **Vous devez avoir versé le montant minimal de cotisations valides au RPC.**

Les cotisations au RPC sont versées lorsque vous travaillez.

Service Canada examinera votre historique de cotisations afin de déterminer si vous avez versé le montant minimal de cotisations valides au RPC, qui vous permet d'être admissible aux prestations d'invalidité du RPC.

Le montant de la prestation d'invalidité auquel vous pourriez avoir droit dépend du montant de vos cotisations au RPC et de la durée pendant laquelle vous avez cotisé au RPC, en plus d'un taux fixe. La prestation d'invalidité après-retraite correspond à la partie du taux fixe de la prestation d'invalidité du RPC.

Les renseignements fournis dans **les sections A et B** et l'information contenue dans votre compte nous aiderons à déterminer si vous avez versé le montant minimal de cotisations valides au RPC.

3. **Vous devez avoir une invalidité mentale ou physique qui vous empêche de travailler régulièrement à n'importe quel emploi. L'état pathologique doit être réputé à la fois grave et prolongé à la date à laquelle vous avez satisfait pour la dernière fois aux exigences minimales en matière de cotisations valides au RPC pour être admissible aux prestations, et vous devez avoir été incapable de travailler de façon continue depuis lors.**

Dans le cadre du RPC :

- Une **invalidité grave** est une invalidité mentale et/ou physique qui vous empêche d'exercer, de façon régulière, un emploi véritablement rémunérateur.
- **Un emploi ou une occupation véritablement rémunératrice** s'entend de tout métier ou profession pouvant servir à gagner sa vie. Si le montant total de rémunération de cette occupation équivaut à plus de 12 fois le montant mensuel maximal de la prestation d'invalidité du RPC, nous considérons que la personne qui reçoit cette rémunération exerce une occupation véritablement rémunératrice.
- On entend par **prolongée** une invalidité à long terme et dont la durée est indéterminée **ou** qui entraînera vraisemblablement le décès.

Service Canada examinera les renseignements que vous aurez fournis dans les **sections C, D et E** ainsi que les renseignements médicaux que votre médecin, votre infirmier praticien, votre compagnie d'assurance ou un organisme provincial/territorial lui aura fait parvenir. Ces renseignements aideront Service Canada à déterminer la façon dont votre état de santé affecte votre capacité à travailler.

Symboles utilisés dans le présent document



Veillez lire attentivement



Joindre une page supplémentaire au besoin



Où trouver de l'aide

Avez-vous déjà reçu un diagnostic de maladie en phase terminale?



Si vous avez reçu un diagnostic de maladie en phase terminale de votre médecin ou de votre infirmier praticien, vous pouvez remplir le formulaire **Demande de prestations d'invalidité en cas de maladie en phase terminale en vertu du Régime de pensions du Canada (ISP2530)**.

Service Canada rendra une décision concernant votre demande de prestations d'invalidité dans les 5 jours ouvrables suivant la réception de la demande complète de prestations d'invalidité en cas de maladie en phase terminale.



La demande de prestations d'invalidité en cas de maladie en phase terminale se trouve en ligne à l'adresse **www.canada.ca/edsc-formulaires**.

Avez-vous cotisé au Régime de rentes du Québec?



Le RPC est en vigueur partout au Canada, sauf au Québec, où des prestations similaires sont offertes par le Régime de rentes du Québec (RRQ).

Si l'un des énoncés suivants s'applique à vous, veuillez communiquer avec Retraite Québec.

- Vous avez travaillé au Québec uniquement.
- Vous avez travaillé au Québec et dans au moins une autre province ou un autre territoire et vous vivez présentement au Québec.
- Vous avez travaillé au Québec et dans au moins une autre province ou un autre territoire, vous vivez présentement à l'extérieur du Canada et la dernière province où vous avez résidé au Canada est le Québec.



Vous trouverez de plus amples renseignements sur le site **www.retraitequebec.gouv.qc.ca**.

Si vous avez cotisé à la fois au RPC et au RRQ, vous devez présenter une demande au RRQ si vous vivez au Québec ou au RPC si vous vivez ailleurs au Canada.

Si vous avez besoin de temps afin de remplir la demande

D'anciens demandeurs ont affirmé qu'il faut du temps pour remplir la demande. Certains ont dit qu'il est plus facile de la remplir en plusieurs séances. Nous vous recommandons de remplir une section à la fois en prenant des pauses entre chacune d'elles. Veuillez lire attentivement chaque section, car certaines d'entre elles pourraient ne pas s'appliquer à vous.



Gardez à l'esprit que la date à laquelle Service Canada reçoit votre demande est importante, car elle peut influencer sur le moment où le versement de vos prestations commencera.

Si vous avez besoin de plus d'information pour remplir la demande




Les renseignements et les directives dont vous aurez besoin pour remplir une demande de prestations d'invalidité du RPC se trouvent dans la présente demande. De plus, vous pouvez trouver de plus amples renseignements sur les prestations en ligne à **www.canada.ca/rpc-invalidite**. Si vous n'arrivez pas à trouver l'information que vous cherchez ou si vous avez des questions, veuillez communiquer avec Service Canada en appelant à l'un des numéros de téléphone sans frais suivants :

Canada ou États-Unis : 1-800-277-9915 ATS : 1-800-255-4786
Tous les autres pays : 613-957-1954 (nous acceptons les appels à frais virés)


Soyez prêt à fournir votre numéro d'assurance sociale quand vous nous téléphonez.

Si vous avez besoin d'aide

 Vous pouvez donner la permission à une autre personne de fournir des renseignements à Service Canada ou d'en recevoir en votre nom. Pour ce faire, vous devez :

- ✓ Remplir le formulaire **Consentement à communiquer des renseignements à une personne autorisée (ISP1603)** qui se trouve sur www.canada.ca/edsc-formulaires.

Le formulaire de consentement ne permet pas à un tiers de faire une demande de prestations en votre nom, de changer l'adresse à laquelle sont envoyées vos prestations ou encore de faire ou de modifier une demande de retenues volontaires d'impôt.

 Si vous souhaitez que quelqu'un agisse en votre nom ou si vous n'êtes plus en mesure de gérer vos propres affaires, vous pouvez nommer un représentant autorisé.

Consultez la page 19 de la présente demande pour obtenir de plus amples renseignements sur les **représentants autorisés**.

Ce que nous attendons de vous

1. Une demande pour les prestations d'invalidité

La demande de prestations d'invalidité du RPC est disponible en deux formats. Vous pouvez remplir une demande papier ou un formulaire en ligne qui se trouve sur www.canada.ca/edsc-formulaires.

Remarque : Vous pouvez sauvegarder le formulaire à remplir dans votre ordinateur, mais vous ne pouvez pas le soumettre par voie électronique.

Assurez-vous :

- ✓ d'inscrire votre numéro d'assurance sociale au haut de chaque page;
- ✓ de fournir le plus de détails possible;
- ✓ de signer le formulaire au stylo et de le poster au bureau de Service Canada le plus près de chez vous. À la page suivante, vous trouverez une liste d'adresses. Vous pouvez également soumettre la demande dûment remplie à un Centre Service Canada près de chez vous.

Si vous avez besoin de plus d'espace :

- ✓ inscrivez l'information sur une feuille de papier distincte et joignez cette dernière à la demande;
- ✓ inscrivez votre numéro d'assurance sociale au haut de chaque page;
- ✓ inscrivez le numéro de la question, puis indiquez l'information que vous souhaitez ajouter.


2. Un rapport médical

Si vous recevez actuellement des prestations d'invalidité d'une compagnie d'assurance ou d'un organisme provincial/territorial :

- ✓ vous pouvez lui demander de nous envoyer votre plus récent rapport médical.

Si vous **ne recevez pas** actuellement des prestations d'invalidité d'une compagnie d'assurance ou d'un organisme provincial/territorial :

- ✓ remplissez les **sections 1 et 2** du formulaire **Rapport médical – prestations d'invalidité (ISP2519)**;
- ✓ inscrivez votre numéro d'assurance sociale au haut de chaque page;
- ✓ apposez votre signature dans toutes les cases requises;
- ✓ demandez à votre médecin ou à votre infirmier praticien de remplir les sections 3 à 9 et demandez-lui d'envoyer le formulaire par la poste au bureau de Service Canada le plus près.

 **N'ATTENDEZ PAS** que votre médecin ou votre infirmier praticien ait rempli le **Rapport médical** avant d'envoyer votre demande dûment remplie à Service Canada. La date à laquelle Service Canada reçoit votre demande peut influencer sur le moment où commencera le versement de vos prestations.

Service Canada vous aidera à payer les coûts du **Rapport médical** en versant jusqu'à 85 \$ directement à votre médecin ou à votre infirmier praticien. Vous devez assumer les frais excédentaires.



Service
Canada

Bureaux de Service Canada Invalidité

Envoyer vos formulaires au bureau de Service Canada le plus près de chez vous (voir la liste ci-après) :

De l'extérieur du Canada : envoyez vos formulaires au bureau de Service Canada de la province ou du territoire où vous avez résidé en dernier.

Terre-Neuve-et-Labrador

Service Canada
CP 9430 Succursale A
St. John's NL A1A 2Y5
CANADA

Manitoba et Saskatchewan

Service Canada
CP 818 Succursale Main
Winnipeg MB R3C 2N4
CANADA

Nouvelle-Écosse et Île-du-Prince-Édouard

Service Canada
CP 1687 Succursale Central
Halifax NS B3J 3J4
CANADA

Alberta, Territoires du Nord-Ouest et Nunavut

Service Canada
CP 2710 Succursale Main
Edmonton AB T5J 2G4
CANADA

Nouveau-Brunswick et Québec

Service Canada
CP 250
Fredericton NB E3B 4Z6
CANADA

Colombie-Britannique et Yukon

Service Canada
CP 1177 Succursale CSC
Victoria BC V8W 2V2
CANADA

Ontario

Service Canada
CP 2020 Succursale Main
Chatham ON N7M 6B2
CANADA

Si vous avez besoin d'aide, appelez-nous.

Canada ou États-Unis : 1-800-277-9915

Tous les autres pays : 613-957-1954 (nous acceptons les appels à frais virés)

ATS : 1-800-255-4786

Important : Ayez votre numéro d'assurance sociale à portée de main lorsque vous appelez.



Demande de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada

Section A - Renseignements à votre sujet

(A1) Numéro d'assurance sociale		Langue de préférence <input type="radio"/> Français <input type="radio"/> Anglais		À L'USAGE EXCLUSIF DU BUREAU Timbre dateur
Facultatif : <input type="radio"/> M. <input type="radio"/> Mme <input type="radio"/> Mlle				
Prénom		Second prénom Nom de famille		
Date de naissance (AAAA-MM-JJ)		Nom de famille à la naissance (si différent de celui ci-dessus)		
Adresse du domicile (numéro, rue, app., RR), Ville, Province/territoire, Pays (si autre que le Canada), Code postal				
Adresse postale (si elle est différente de celle du domicile) (numéro, rue, app., CP, RR), Ville, Province/territoire, Pays (si autre que le Canada), Code postal				
Si vous habitez actuellement à l'étranger, quelle a été votre dernière province/ territoire de résidence au Canada			Numéro de téléphone	Autre numéro de téléphone
Le meilleur moment pour que Service Canada vous appelle <input type="radio"/> avant-midi <input type="radio"/> après-midi <input type="radio"/> veuillez ne pas appeler, envoyez des lettres seulement				
(A2) Est-ce que vos enfants ou vous-même avez demandé ou reçu des prestations du Régime des rentes du Québec? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non				

Section B - Cotisations au Régime de pensions du Canada (RPC)

Afin de vous aider à satisfaire aux exigences en matière de cotisations minimales valides au RPC, Service Canada peut envisager certaines dispositions ou ententes.

Les renseignements que vous fournissez dans les sections **B1, B2 et B3** nous aiderons à déterminer si l'une ou l'autre des dispositions ou ententes s'appliquent à vous.

(B1) Division des cotisations au RPC – Disposition sur le partage des crédits

Si vous êtes séparé ou divorcé ou ne vivez plus en union de fait, les cotisations que vous et votre ancien époux ou conjoint de fait avez versées au RPC durant la période où vous avez vécu ensemble peuvent être combinées et divisées en parts égales.

Nous examinerons les renseignements que vous aurez fournis ci-dessous et nous vous aviserons si un partage des crédits pourrait vous aider à devenir admissible pour l'une des prestations d'invalidité du RPC.

Quelle est votre situation actuelle : <input type="radio"/> Célibataire <input type="radio"/> Conjoint de fait <input type="radio"/> Divorcé			
<input type="radio"/> Marié <input type="radio"/> Séparé <input type="radio"/> Époux ou conjoint de fait survivant			
Si vous vivez, ou avez déjà vécu, une séparation, un divorce ou la cessation d'une union de fait , veuillez fournir les dates où vous avez commencé et cessé de vivre avec votre ancien époux ou conjoint de fait.			
Date où vous avez commencé à vivre avec votre ancien époux ou conjoint de fait (AAAA-MM)		Date de la séparation ou de la fin de votre vie en union de fait (AAAA-MM)	

Si vous souhaitez ajouter des périodes, veuillez joindre une feuille supplémentaire.

B2 Domicile ou travail à l'étranger – Accords internationaux en matière de sécurité sociale

Si vous avez **habité** ou **travaillé** dans un pays autre que le Canada, les crédits que vous avez accumulés dans ce pays peuvent vous aider à devenir admissible à une prestation d'invalidité du RPC.

Si le Canada a conclu un accord international en matière de sécurité sociale avec le(s) pays que vous avez indiqué(s) ci-dessous, nous vérifierons si l'accord vous aidera à avoir droit à une prestation d'invalidité du RPC.

Avez-vous déjà habité ou travaillé dans un autre pays? ☐ Oui ☐ Non

Si **Oui**, veuillez remplir le tableau ci-dessous afin de nous aider à déterminer si un accord international en matière de sécurité sociale pourrait vous aider à devenir admissible à une prestation d'invalidité du RPC.

Nom du pays	Votre numéro de sécurité sociale dans ce pays	Périodes vécues dans ce pays		Périodes travaillées dans ce pays		Avez-vous demandé ou reçu des prestations de ce pays?
		De (AAAA-MM)	À (AAAA-MM)	De (AAAA-MM)	À (AAAA-MM)	
1.						<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
2.						<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

 Si vous souhaitez ajouter des pays, veuillez joindre une feuille supplémentaire.

? Remarque : Vos cotisations au RPC peuvent également contribuer à votre admissibilité aux prestations ou aux pensions de ce(s) pays. Pour obtenir de plus amples renseignements sur les prestations internationales, visitez www.canada.ca/pension-internationales.

B3 Si vous avez réduit votre temps de travail pour prendre soin de jeunes enfants – Clause pour élever des enfants

Si vous avez cessé de travailler ou réduit votre temps de travail parce que vous étiez le principal responsable des soins d'au moins un enfant de moins de 7 ans, il se peut que vous ayez versé peu de cotisations au RPC ou n'en ayez versé aucune. Si c'est le cas, vous pourriez vous prévaloir de la clause pour élever des enfants. En vertu de cette clause, vous pourriez satisfaire aux exigences minimales en matière de cotisations valides au RPC pour être admissible aux prestations d'invalidité, ou voir augmenter le montant des prestations que vous recevrez.

Aux termes du RPC, **le principal responsable des soins** est la personne qui est la plus engagée par rapport aux besoins quotidiens d'au moins un enfant de moins de 7 ans. Le principal responsable des soins veille sur l'enfant, prépare des repas, assiste aux réunions et activités scolaires, accompagne l'enfant aux rendez-vous chez le médecin, etc.

Pour être admissible à la clause pour élever des enfants, vous devez avoir été le principal responsable des soins et :

1. avoir reçu l'Allocation familiale (disponible avant 1993);
2. avoir été admissible à l'Allocation canadienne pour enfants, même si vous ne l'avez pas reçue (disponible depuis 1993).

Remarque : Une seule personne à la fois peut être le principal responsable des soins. Par conséquent, cette clause ne peut s'appliquer qu'à un compte pour une même période et un même enfant.

Veuillez fournir les renseignements suivants sur vos enfants, **sans égard à leur âge actuel**.

Nom complet de l'enfant	Numéro d'assurance sociale	Date de naissance de l'enfant (AAAA-MM-JJ)	Si l'enfant est né à l'extérieur du Canada, indiquez la date à laquelle il est entré au pays (AAAA-MM-JJ)
1.			
2.			
3.			
4.			

 Si vous souhaitez ajouter des enfants, veuillez joindre une feuille supplémentaire.

Remarque : Si vous ne fournissez pas le numéro d'assurance sociale de l'enfant et/ou si l'enfant est né à l'extérieur du Canada, Service Canada aura besoin d'une photocopie certifiée conforme d'un document autorisé qui confirme la date de naissance de l'enfant (p.ex. certificat de naissance) et/ou d'une photocopie certifiée conforme d'un document autorisé qui confirme la date d'entrée de l'enfant au Canada (p. ex. IMM 1000 ou un passeport).

A) Étiez-vous le principal responsable des soins de ces enfants lorsqu'ils étaient âgés de moins de 7 ans? ☐ Oui ☐ Non

B) S'il y a eu des périodes où vous n'étiez pas le principal responsable des soins de l'enfant ou des enfants dans la liste ci-dessus, veuillez en fournir les dates et les raisons :

De (AAAA-MM)	À (AAAA-MM)	Raison :
De (AAAA-MM)	À (AAAA-MM)	Raison :

? Pour vous aider à répondre aux questions suivantes, veuillez consulter l'**Annexe A** à la fin de la présente demande.

C) Est-ce que vous ou votre époux ou conjoint de fait (actuel ou ancien) avez reçu l'Allocation familiale? ☐ Oui ☐ Non

Si **Oui**, veuillez indiquer qui a reçu les prestations : ☐ Vous ☐ Votre époux ou conjoint de fait (actuel ou ancien)

Est-ce que vous ou votre époux ou conjoint de fait (actuel ou ancien) avez reçu l'Allocation canadienne pour enfants, ou y étiez-vous admissible? ☐ Oui ☐ Non

Si **Oui**, veuillez indiquer qui a reçu les prestations ou y était admissible : ☐ Vous ☐ Votre époux ou conjoint de fait (actuel ou ancien)

D) S'il y a eu des périodes où vous n'avez pas reçu l'Allocation familiale ou l'Allocation canadienne pour enfants pour l'enfant ou les enfants dans la liste ci-dessus, veuillez en fournir les dates et les raisons :

De (AAAA-MM)	À (AAAA-MM)	Raison :
De (AAAA-MM)	À (AAAA-MM)	Raison :

E) Veuillez lire la section suivante si vous étiez le principal responsable des soins, mais que vous n'avez pas reçu l'Allocation familiale (disponible avant 1993).


La clause pour élever des enfants ne peut s'appliquer aux prestations du RPC à la fois à vous et à votre époux ou conjoint de fait (actuel ou ancien) pour un même enfant au cours de la même période.

Si vous étiez le principal responsable des soins, mais que vous n'avez pas reçu d'Allocation familiale, nous ne pourrions pas appliquer cette clause à vos prestations du RPC. Toutefois, votre époux ou conjoint de fait (actuel ou ancien) peut choisir de vous transmettre ses droits à cette clause. Pour ce faire, il peut signer la renonciation de droits ci-dessous.

Renonciation des droits à la clause pour élever des enfants

Je déclare que, pour l'enfant ou les enfants énumérés pour la présente question ou sur toute feuille supplémentaire, je n'ai pas demandé et ne demanderai pas l'application de la clause pour élever des enfants relativement à la période ou aux périodes accordées à mon époux/conjoint de fait (actuel ou ancien). Une fois que j'aurai renoncé à mes droits à la clause pour élever des enfants, cette mesure sera irréversible.

Nom	Numéro d'assurance sociale	Numéro de téléphone le jour
Signature X	Date (AAAA-MM-JJ)	

 Voici la fin de la section de la demande dont nous nous servons pour évaluer vos cotisations au RPC.

Service Canada examinera les renseignements que vous aurez fournis dans la prochaine section ainsi que les renseignements médicaux que votre médecin, votre infirmier praticien, votre compagnie d'assurance ou un organisme provincial/territorial lui aura fait parvenir. Ces renseignements aideront Service Canada à déterminer la façon dont votre état de santé affecte votre capacité à travailler.

Section C - Renseignements sur vos problèmes de santé

Les renseignements que vous fournirez dans la présente section aideront Service Canada à comprendre la façon dont votre état de santé affecte votre capacité à travailler.

C1	Quand avez-vous senti que vous ne pouviez plus travailler en raison de votre état de santé?	Date (AAAA-MM)
	Cette date ne correspond pas toujours au dernier jour où vous avez travaillé. Elle peut se situer avant ou après la date à laquelle vous avez réellement cessé de travailler.	
C2	a) Énumérez les principaux problèmes de santé qui vous empêchent de travailler. Si vous ne connaissez pas les termes médicaux, décrivez-les en vos propres mots.	
	b) Dressez la liste de tout autre problème de santé qui vous empêche de travailler.	
C3	a) Je suis : <input type="radio"/> droitier <input type="radio"/> gaucher	
	b) Énumérez les aides que vous utilisez pour vous aider relativement à votre état de santé et indiquez à quelle fréquence vous les utilisez. Voici quelques exemples d'aide : béquilles, canne, membre artificiel, attelle, appareil orthopédique, fauteuil roulant, appareil auditif, stimulateur cardiaque, appareil pour stomie, ventilation en pression positive continue ou animal d'assistance.	
C4	Veuillez fournir des détails au sujet de toutes vos hospitalisations liées aux problèmes de santé indiqués à la question C2.	
	Nom de l'hôpital	Ville
	Province/territoire	Pays (si autre que le Canada)
	Date d'admission (AAAA-MM-JJ)	Date de congé (AAAA-MM-JJ)
	Nom du médecin traitant	
	Raison de l'admission :	

Si vous souhaitez ajouter des hospitalisations, veuillez joindre une feuille supplémentaire.

C5 Dressez la liste des médicaments que vous prenez actuellement.

Vous pouvez aussi joindre une liste imprimée de vos médicaments provenant d'une pharmacie.

Nom du médicament	Dose	Fréquence
1.		
2.		
3.		

C6 Énumérez les **traitements** passés, actuels et futurs liés à votre problème de santé.

Type de traitement	De (AAAA-MM)	À (AAAA-MM)	Où le traitement a-t-il/sera-t-il reçu?
1.			
2.			
3.			

Énumérez les **examens** passés, actuels et futurs liés à votre problème de santé.

Type d'examen	Date (AAAA-MM)	Hôpital/clinique et ville où l'examen a été/sera réalisé
1.		
2.		
3.		

 Si vous souhaitez ajouter des traitements ou des examens, veuillez joindre une feuille supplémentaire.

C7 Si vous recevez des prestations d'invalidité d'une compagnie d'assurance ou d'un organisme provincial/territorial, y compris d'un programme d'indemnisation des accidentés du travail, veuillez en fournir les détails dans le tableau ci-dessous.

Nom de la compagnie d'assurance ou de l'organisme provincial/territorial	Numéro de la demande	Problème de santé	Début des prestations (AAAA)
1.			
2.			

Pour que Service Canada reçoive vos renseignements médicaux de votre compagnie d'assurance ou de votre organisme provincial ou territorial, vous **devez** communiquer avec eux et leur demander de nous l'envoyer. S'ils nous font parvenir ces renseignements médicaux, vous n'aurez **pas** à soumettre le Rapport médical relatif à une prestation d'invalidité du Régime de pensions du Canada (ISP2519).

Avez-vous communiqué avec la compagnie d'assurance ou l'organisme provincial ou territorial pour l'autoriser à nous faire parvenir vos renseignements médicaux?

☐ Oui ☐ Non

Remboursement des prestations à une compagnie d'assurance ou à un organisme provincial ou territorial

Service Canada peut constater que vous étiez admissible à des prestations d'invalidité du RPC en même temps que lorsque vous receviez des prestations d'invalidité d'une compagnie d'assurance privée ou d'un organisme provincial ou territorial. Si nous vous devons un paiement rétroactif (jusqu'à 11 mois), il se peut que vous ayez à rembourser les prestations que vous avez reçues de ces organisations pendant ce temps.

Service Canada peut rembourser des prestations à une compagnie d'assurance privée ou à un organisme provincial ou territorial en votre nom. Pour ce faire, nous avons besoin de votre consentement écrit. La compagnie d'assurance privée ou l'organisme provincial ou territorial vous demanderont de signer un formulaire de consentement pour nous permettre de les rembourser directement. Si vous choisissez de ne pas le faire, il vous incombe de les informer.

C8 Évaluation fonctionnelle – Évaluation de vos capacités

À la question C2, nous vous avons demandé de dresser la liste des problèmes de santé qui vous empêchent de travailler régulièrement. Dans les prochaines questions, on aimerait que vous nous disiez comment ces problèmes de santé affectent votre capacité à travailler. Vos réponses, de même que tous les renseignements supplémentaires que vous fournissez ainsi que l'évaluation médicale qui sera fournie par votre médecin, infirmier praticien, compagnie d'assurance ou un organisme provincial/territorial seront pris en compte dans notre évaluation.

En répondant à ces questions, pensez à vos limites physiques et psychologiques, peu importe l'état pathologique qui les cause. L'accent est mis sur ce que vous pouvez faire, et non sur comment vous vous sentez.

Ensuite, réfléchissez à ce que cela signifie d'être un travailleur. Il existe une grande variété d'emplois, et travailler signifie que vous devez être capable :

- d'être embauché ou de créer votre propre emploi;
- de vous préparer à aller au travail;
- de vous déplacer de la maison au travail, et vice versa;
- d'établir des liens avec vos collègues et vos clients;
- de fournir des produits et services de qualité;
- de suivre un horaire de travail défini par votre employeur ou vos clients.

Puis, comparez vos limites aux exigences du travail et inscrivez votre évaluation sur les pages suivantes en vous basant sur votre capacité la plupart du temps. Présumez que vous utilisez vos aides, tels que des béquilles, une canne, un membre artificiel, une attelle, un appareil orthopédique, un fauteuil roulant, un appareil auditif, un animal d'assistance ou de l'équipement informatique adapté.

Si vous n'avez aucune limite dans les capacités évaluées, vous pouvez cocher la case au haut de chaque bloc de questions.

Si vous avez des renseignements supplémentaires au sujet de vos capacités, vous pouvez les inscrire dans l'espace suivant chaque bloc de questions. Les exemples qui suivent pourraient s'avérer utiles concernant les explications/renseignements à fournir dans ce champ.

Exemples**Capacités physiques**

Il m'est très difficile de rester debout pendant plus de 10 minutes en général à cause de mon mal de dos, même au cours de mes bonnes journées (une ou deux journées par semaine). Jusqu'à il y a un an, j'étais capable de le faire sans problème. C'est en position allongée que je suis le plus confortable. Les bains chauds m'aident, mais leurs effets est de courte durée.

Comportements et capacités émotionnelles

Au cours des derniers mois, ma dépression a empiré. Presque tous les matins (quatre à six journées par semaine), j'ai de la difficulté à sortir du lit parce que je me sens vraiment triste. Je pleure pour un rien et je n'ai pas de patience avec les autres. Dans mes bonnes journées, je peux passer du temps avec d'autres personnes, mais dans mes mauvaises journées, je n'arrive pas à sortir de chez moi. J'ai arrêté de faire du bénévolat pour l'équipe de hockey de mon fils, car c'est trop difficile d'être avec les gens.

Communication et capacités de réflexion

Depuis un an, ma fibromyalgie m'a empêché de bien dormir la nuit. Lorsque j'ai des bonnes journées (une ou deux par semaine), je suis capable de dormir pendant près de quatre heures, mais lorsque j'ai des mauvaises journées, je ne peux pas dormir du tout. Les médicaments contre la douleur et pour le sommeil me rendent somnolent et « dans les nuages » le lendemain. Par conséquent, j'ai beaucoup de difficulté à organiser mes pensées et à m'exprimer avec les autres. La plupart du temps, je ne peux pas me concentrer sur ce que je suis censé faire. Avant, je lisais des romans policiers pour le plaisir, mais maintenant je ne peux me concentrer que sur quelques pages à la fois.

Autres capacités du quotidien

Depuis l'an passé, ma fatigue m'a accablé. J'avais l'habitude d'être toujours très actif dans l'exploitation de mon entreprise de comptabilité à domicile, toujours en train de rencontrer de nouveaux clients et de conduire mes enfants à leurs activités sportives et autres. Tout cela a cessé quand ma maladie a pris le dessus et que j'ai dû laisser tomber tous mes clients, vu que je ne pouvais plus continuer. Maintenant, je suis incapable de finir des tâches ménagères sans devoir m'asseoir ou m'étendre toutes les demi-heures. Même me laver est devenu trop difficile. Je ne peux pas garder les bras levés dans les airs pour finir de laver mes cheveux parce que je deviens trop fatigué.

A) Capacités physiques

☐ Cochez la case **si vous n'avez aucun problème physique** qui limite votre capacité à travailler. Si vous en avez, veuillez répondre aux questions suivantes en noircissant le cercle approprié.

Comment décririez-vous votre capacité à faire les choses suivantes?	Niveau de capacité la plupart du temps				
	Excellent	Très bon	Bon	Passable	Faible
1. Rester debout pendant au moins 20 minutes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Marcher environ 100 mètres sur un terrain plat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Monter et descendre 12 à 15 marches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Vous mettre à genoux ou en position accroupie, puis vous relever	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Vous pencher pour ramasser des pièces de monnaie par terre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Prendre un objet dans la poche arrière de votre pantalon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Changer une ampoule au plafond	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Vous asseoir sur une chaise droite pendant au moins 20 minutes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Vous lever d'un lit, d'une chaise, d'une toilette ou d'une voiture, et vous y asseoir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Conduire une voiture	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Tirer ou pousser une porte lourde pour l'ouvrir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Ramasser deux sacs d'épicerie et marcher 100 mètres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Ouvrir une boîte de conserve avec un ouvre-boîte manuel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Enfoncer un clou avec un marteau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Utiliser votre index pour appuyer sur les touches d'un clavier d'ordinateur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Regarder un écran d'ordinateur pendant au moins 20 minutes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si vous avez des renseignements supplémentaires concernant vos **capacités physiques**, veuillez les écrire ci-dessous.

Voyez :

- (1) si vos capacités varient selon qu'il s'agit **d'une bonne ou d'une mauvaise journée;**
- (2) si vos capacités se sont **améliorées ou aggravées avec le temps.**

Pour un exemple de réponse, consultez la page 6 de la présente demande.

 Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez joindre une feuille supplémentaire.

B) Comportements et capacités émotionnelles

☐ Cochez la case **si vous n'avez aucun problème comportemental ou émotionnel** qui limite votre capacité à travailler. Si vous en avez, veuillez répondre aux questions suivantes en noircissant le cercle approprié.


Comment décririez-vous votre capacité à faire les choses suivantes?	Niveau de capacité la plupart du temps				
	Excellent	Très bon	Bon	Passable	Faible
1. Travailler en équipe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Changer votre méthode de travail habituelle lorsqu'on vous le demande	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Persévérer dans une tâche difficile jusqu'à ce qu'elle soit terminée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Vous adapter facilement à des changements imprévus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Savoir quoi faire quand vous êtes stressé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Demander de l'aide à vos collègues au besoin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Interagir avec des gens que vous ne connaissez pas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Garder votre sang-froid dans vos interactions avec les autres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Faire ce que les personnes en position d'autorité vous disent de faire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Garder sous contrôle des émotions et des pulsions que d'autres considéreraient probablement comme déplacées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Gérer votre anxiété	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Bien vous sentir dans des situations ou des espaces publics	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si vous avez des renseignements supplémentaires concernant vos capacités **comportementales et émotionnelles**, veuillez les écrire ci-dessous.

Voyez :

- (1) si vos capacités varient selon qu'il s'agit **d'une bonne ou d'une mauvaise journée;**
- (2) si vos capacités se sont **améliorées ou aggravées avec le temps.**

Pour un exemple de réponse, consultez la page 6 de la présente demande.

 Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez joindre une feuille supplémentaire.

C) Communication et capacités de réflexion

☐ Cochez la case **si vous n'avez aucun problème de communication ou de réflexion** qui limite votre capacité à travailler. Si vous en avez, veuillez répondre aux questions suivantes en noircissant le cercle approprié.


Comment décririez-vous votre capacité à faire les choses suivantes?	Niveau de capacité la plupart du temps				
	Excellent	Très bon	Bon	Passable	Faible
1. Comprendre ce que les gens disent dans les conversations au quotidien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Trouver les mots que vous voulez utiliser lorsque vous parlez à quelqu'un	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Vous souvenir de faire des choses importantes, comme aller à un rendez-vous	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Vous orienter dans un endroit familier, comme à la banque ou à l'épicerie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Vous concentrer et rester concentré pendant au moins 30 minutes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Garder le fil de ce que vous faites, même lorsqu'on vous interrompt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Apprendre de nouvelles choses, comme la façon d'organiser des fichiers en fonction d'un système	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Établir des priorités et planifier votre journée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Choisir entre deux options	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Dresser une liste d'achats de 10 articles ou plus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Additionner et soustraire des nombres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Lire un message court	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Rédiger un courriel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si vous avez des renseignements supplémentaires sur **vos capacités de communication et de réflexion**, veuillez les écrire ci-dessous.

Voyez :

- (1) si vos capacités varient selon qu'il s'agit **d'une bonne ou d'une mauvaise journée**;
- (2) si vos capacités se sont **améliorées ou aggravées avec le temps**.

Pour un exemple de réponse, consultez la page 6 de la présente demande.

 Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez joindre une feuille supplémentaire.

D) Autres capacités au quotidien

☐ Cochez la case **si vous n'avez aucun problème à accomplir d'autres activités quotidiennes**. Si vous en avez, veuillez répondre aux questions suivantes en noircissant le cercle approprié.

Comment décririez-vous votre capacité à faire les choses suivantes?	Niveau de capacité la plupart du temps				
	Excellent	Très bon	Bon	Passable	Faible
1. Vous occuper de votre hygiène personnelle, en prenant votre bain, en brossant vos dents, en peignant vos cheveux, en vous rasant, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Prendre des médicaments comme il a été prescrit et de façon sécuritaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Vous habiller (y compris boutonner vos vêtements et mettre des chaussures)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Vous alimenter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Vous rendre aux toilettes à temps	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Faire des tâches ménagères et entretenir la maison sans prendre de pauses fréquentes (nettoyage, lessive, préparation de repas, magasinage, travaux extérieurs, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Répondre au téléphone	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Ouvrir et trier le courrier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Gérer votre budget et payer les factures	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Utiliser les transports publics	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si vous avez des renseignements supplémentaires sur **d'autres capacités de tous les jours**, veuillez les écrire ci-dessous.

Voyez :

- (1) si vos capacités varient selon qu'il s'agit **d'une bonne ou d'une mauvaise journée**;
- (2) si vos capacités se sont **améliorées ou aggravées avec le temps**.

Pour un exemple de réponse, consultez la page 6 de la présente demande.

 Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez joindre une feuille supplémentaire.

Section D – Renseignements sur votre médecin ou votre infirmier praticien

Service Canada peut avoir besoin davantage d'information pour mieux comprendre votre problème de santé.

L'information que vous fournirez dans la présente section servira à déterminer qui sont les fournisseurs de soins de santé qui feront un compte rendu de votre état de santé.

(D1) Veuillez fournir les renseignements suivants sur le médecin ou l'infirmier praticien qui fera un compte rendu de votre état de santé.			
Nom au complet du médecin ou de l'infirmier praticien		<input type="radio"/> Médecin de famille <input type="radio"/> Infirmier praticien <input type="radio"/> Spécialiste (veuillez préciser) _____	
Adresse postale (numéro, rue, app., CP, RR)		Ville	
Province/territoire	Pays (si autre que le Canada)	Code postal	Numéro de téléphone
Quand avez-vous consulté ce médecin ou cet infirmier praticien au sujet de votre problème de santé pour la première fois? (AAAA-MM)		Quand avez-vous consulté ce médecin ou cet infirmier praticien au sujet de votre problème de santé pour la dernière fois? (AAAA-MM)	
(D2) Dressez la liste des autres médecins, infirmiers praticiens, spécialistes ou autres fournisseurs de soins de santé que vous avez consultés au cours des deux dernières années relativement à votre problème de santé.			
a) Nom au complet du fournisseur de soins de santé		Spécialité	
Adresse postale (numéro, rue, app., CP, RR)		Ville	
Province/territoire	Pays (si autre que le Canada)	Code postal	Numéro de téléphone
Quand avez-vous vu ce fournisseur de soins de santé pour la première fois? (AAAA-MM)		Quand avez-vous vu ce fournisseur de soins de santé pour la dernière fois? (AAAA-MM)	
Quelles étaient les raisons de votre visite ou de vos visites?			
b) Nom au complet du fournisseur de soins de santé		Spécialité	
Adresse postale (numéro, rue, app., CP, RR)		Ville	
Province/territoire	Pays (si autre que le Canada)	Code postal	Numéro de téléphone
Quand avez-vous vu ce fournisseur de soins de santé pour la première fois? (AAAA-MM)		Quand avez-vous vu ce fournisseur de soins de santé pour la dernière fois? (AAAA-MM)	
Quelles étaient les raisons de votre visite ou de vos visites?			

 Si vous souhaitez ajouter des fournisseurs de soins de santé, veuillez joindre une feuille supplémentaire.

Section E – Renseignements sur votre travail

Les renseignements que vous fournirez dans la présente section aideront Service Canada à comprendre la façon dont votre état de santé et vos traitements affectent votre capacité à travailler régulièrement à n'importe quel emploi. Assurez-vous d'inclure les emplois occupés au Canada et dans d'autres pays.


E1 Avez-vous complètement cessé de travailler? ☐ Oui ☐ Non

Si **Oui**, sélectionnez la raison de votre cessation

☐ Manque de travail/fin de contrat ☐ Maternité/paternité ☐ Congédiement/démission
☐ Problèmes de santé/maladie ☐ Autres (préciser) : _____

Lorsque vous répondrez aux questions **E2**, **E3** et **E4**, si vous occupé ou avez occupé plus d'un emploi, veuillez fournir les renseignements liés à votre emploi principal (celui où vous passez ou avez passé le plus de temps).

E2	Titre ou poste à votre travail actuel ou le plus récent		Première journée de travail (AAAA-MM-JJ)	Dernière journée où vous avez travaillé (AAAA-MM-JJ)	
Nom de votre employeur actuel ou le plus récent			Adresse postale de votre employeur actuel ou le plus récent (numéro, rue, app., CP, RR)		
Ville		Province/territoire	Pays (si autre que le Canada)	Code postal	Numéro de téléphone
E3	Type de travail à votre emploi actuel ou le plus récent	<input type="radio"/> Temps plein <input type="radio"/> Temps partiel <input type="radio"/> Travail indépendant	<input type="radio"/> Saisonnier <input type="radio"/> Bénévolat	Nombre d'heures par jour	Nombre de jours par semaine
E4 Décrivez vos tâches à votre emploi actuel ou le plus récent.					
E5 Dans les six dernières années, avez-vous occupé d'autres emplois que celui que vous avez nommé à la question E2? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non					
Si Oui , veuillez fournir les renseignements suivants.					
1	Titre du poste/position		De (AAAA-MM-JJ)	À (AAAA-MM-JJ)	
	Type de travail : <input type="radio"/> Temps plein <input type="radio"/> Saisonnier <input type="radio"/> Temps partiel <input type="radio"/> Bénévolat <input type="radio"/> Travail indépendant	Nombre d'heures par jour		Nombre de jours par semaine	
	Nom et adresse de l'employeur				
2	Titre du poste/position		De (AAAA-MM-JJ)	À (AAAA-MM-JJ)	
	Type de travail : <input type="radio"/> Temps plein <input type="radio"/> Saisonnier <input type="radio"/> Temps partiel <input type="radio"/> Bénévolat <input type="radio"/> Travail indépendant	Nombre d'heures par jour		Nombre de jours par semaine	
	Nom et adresse de l'employeur				

 Si vous souhaitez ajouter d'autres emplois, veuillez joindre une feuille supplémentaire.

(E6) Si vous êtes ou avez été travailleur autonome, quelle était/est votre participation à l'exploitation de l'entreprise?

Parmi les possibilités en matière de travail autonome, on retrouve : les propriétaires uniques, les partenariats et les entrepreneurs. Parmi les activités professionnelles en matière de travail autonome, on pourrait retrouver : les activités professionnelles, la pêche, l'agriculture, la vente à commission, la gestion, le travail de bureau et/ou la supervision faisant partie de l'exploitation d'une entreprise (profession, commerce ou manufacture).

Vous déclarerez-vous travailleur autonome aux fins du calcul de l'impôt sur le revenu cette année? ☐ Oui ☐ Non

Travaillez-vous toujours à titre d'entrepreneur autonome? ☐ Oui ☐ Non

(E7) En raison de votre état de santé, devez/deviez-vous occuper un emploi plus léger ou faire un autre genre de travail?

☐ Oui ☐ Non

Si **Oui**, veuillez préciser.

(E8) Au cours des deux dernières années, avez-vous reçu des prestations régulières de l'assurance-emploi?


☐ Oui ☐ Non Si **Oui**, veuillez en fournir les périodes.

De (AAAA-MM-JJ)

À (AAAA-MM-JJ)

De (AAAA-MM-JJ)

À (AAAA-MM-JJ)

 Si vous souhaitez ajouter des périodes de prestations régulières de l'assurance-emploi, veuillez joindre une feuille supplémentaire.

(E9) Études - Niveau de scolarité le plus élevé

École primaire

☐ Terminé

École secondaire

☐ Moins de 2 années

☐ 2 années et plus

☐ Diplôme

Collège

☐ 1 année

☐ 2 années

☐ Diplôme

Université

☐ 1 année

☐ 2 années

☐ 3 années

☐ Baccalauréat

☐ Études supérieures

Si vous entreprenez, avez entrepris ou avez terminé des études collégiales ou universitaires, répondez aux questions suivantes :

Champ d'étude

Fin de la fréquentation scolaire/
du programme d'études
(AAAA-MM)

(E10) Avez-vous reçu une formation technique, commerciale ou en milieu de travail? ☐ Oui ☐ Non

Si **Oui**, veuillez fournir les renseignements suivants.

Nom de la formation ou du programme

Date de fin
(AAAA-MM)

Certificat reçu

☐ Oui ☐ Non

☐ Oui ☐ Non

Section F – Prestations pour enfants

Si vous êtes admissible aux prestations d'invalidité du RPC, les renseignements que vous fournirez dans la présente section aideront Service Canada à déterminer si des enfants pourraient avoir droit aux prestations d'enfant de cotisant invalide. Pour ce faire, l'enfant doit être âgé de moins de 18 ans ou avoir entre 18 et 25 ans et fréquenter à plein temps un établissement d'enseignement.

(F1) Avez-vous des enfants? ☐ Oui ☐ Non Si **Non**, veuillez passer à la section G.

À qui les prestations sont-elles versées?

- Si vous avez la garde et la surveillance d'un enfant âgé de moins de 18 ans, nous vous verserons les prestations mensuelles.
- Si vous n'avez pas la garde et la surveillance d'un enfant âgé de moins de 18 ans, nous verserons les prestations mensuelles à la personne ou à l'entité (gardien) qui a la garde et la surveillance de l'enfant. (Le consentement de contacter la personne ou l'entité est nécessaire. Voir la question **F3**).
- Si l'enfant est âgé de 18 à 25 ans et qu'il fréquente à plein temps un établissement d'enseignement, nous verserons les prestations mensuelles à l'enfant directement. (Le consentement de contacter l'enfant est nécessaire. Voir la question **F3**).


Aux termes du RPC, la **garde et la surveillance** renvoient aux ententes uniques, partagées, conjointes, etc., formelles et informelles quant à la garde et à la surveillance des enfants. En d'autres mots, si vous partagez la garde d'un enfant, aussi minime que puisse être votre part, nous considérerons que vous en avez la garde et la surveillance.

Remarque : Si vous ne fournissez pas le numéro d'assurance sociale de l'enfant ou des enfants, Service Canada aura besoin d'une photocopie certifiée conforme d'un document autorisé qui confirme la date de naissance de l'enfant (p. ex. certificat de naissance).

(F2) Veuillez fournir des renseignements au sujet de votre enfant ou de vos enfants dans l'espace ci-dessous.

a) Nom complet de l'enfant	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Numéro d'assurance sociale
<input type="radio"/> Enfant biologique <input type="radio"/> Adopté légalement <input type="radio"/> Autre (veuillez préciser) : _____		
L'enfant a-t-il de 18 à 25 ans et fréquente-t-il actuellement ou a-t-il fréquenté une école, un collège ou une université à plein temps au cours des 11 derniers mois? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si Oui , veuillez fournir l'adresse de l'enfant ci-dessous.		
Si l'enfant a moins de 18 ans, en avez-vous la garde et la surveillance? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Si Non , veuillez fournir le nom complet et l'adresse du gardien ci-dessous.	Nom complet du gardien
Adresse (numéro, rue, app., RR), Ville, Province/territoire, Pays (si autre que le Canada), Code postal		
b) Nom complet du deuxième enfant	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Numéro d'assurance sociale
<input type="radio"/> Enfant biologique <input type="radio"/> Adopté légalement <input type="radio"/> Autre (veuillez préciser) : _____		
L'enfant a-t-il de 18 à 25 ans et fréquente-t-il actuellement ou a-t-il fréquenté une école, un collège ou une université à plein temps au cours des 11 derniers mois? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si Oui , veuillez fournir l'adresse de l'enfant ci-dessous.		
Si l'enfant a moins de 18 ans, en avez-vous la garde et la surveillance? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Si Non , veuillez fournir le nom complet et l'adresse du gardien ci-dessous.	Nom complet du gardien
Adresse (numéro, rue, app., RR), Ville, Province/territoire, Pays (si autre que le Canada), Code postal		

c) Nom complet du troisième enfant	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Numéro d'assurance sociale
<input type="radio"/> Enfant biologique <input type="radio"/> Adopté légalement <input type="radio"/> Autre (veuillez préciser) : _____		
L'enfant a-t-il de 18 à 25 ans et fréquente-t-il actuellement ou a-t-il fréquenté une école, un collège ou une université à plein temps au cours des 11 derniers mois? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si Oui , veuillez fournir l'adresse de l'enfant ci-dessous.		
Si l'enfant a moins de 18 ans, en avez-vous la garde et la surveillance?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si Non , veuillez fournir le nom complet et l'adresse du gardien ci-dessous.	Nom complet du gardien
Adresse (numéro, rue, app., RR), Ville, Province/territoire, Pays (si autre que le Canada), Code postal		
d) Nom complet du quatrième enfant	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Numéro d'assurance sociale
<input type="radio"/> Enfant biologique <input type="radio"/> Adopté légalement <input type="radio"/> Autre (veuillez préciser) : _____		
L'enfant a-t-il de 18 à 25 ans et fréquente-t-il actuellement ou a-t-il fréquenté une école, un collège ou une université à plein temps au cours des 11 derniers mois? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si Oui , veuillez fournir l'adresse de l'enfant ci-dessous.		
Si l'enfant a moins de 18 ans, en avez-vous la garde et la surveillance?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si Non , veuillez fournir le nom complet et l'adresse du gardien ci-dessous.	Nom complet du gardien
Adresse (numéro, rue, app., RR), Ville, Province/territoire, Pays (si autre que le Canada), Code postal		

 Si vous souhaitez ajouter des enfants, veuillez joindre une feuille supplémentaire.

(F3) Consentement permettant à Service Canada de communiquer avec votre enfant ou le parent, le tuteur ou l'organisme qui en a la garde

Vous pouvez donner votre permission (consentement) afin de permettre à Service Canada de joindre le parent, le tuteur ou l'organisme qui a la garde de l'enfant, ou l'enfant de 18 ans et plus pour l'informer de la prestation d'enfant de cotisant invalide.

Nous ne communiquerons pas avec l'enfant ou le parent, le tuteur ou l'organisme qui en a la garde sans votre consentement.

Si vous donnez votre consentement, nous communiquerons avec eux **SEULEMENT** pour les informer que l'enfant peut avoir droit à la prestation d'enfant de cotisant invalide. Aucun renseignement à votre sujet ou sur votre état de santé ne leur sera communiqué.

Si vous ne donnez pas votre consentement, nous ne communiquerons avec le parent, le tuteur ou l'organisme qui a la garde de l'enfant (pour les enfants de moins de 18 ans) et/ou l'enfant (pour les enfants âgé de 18 ans et plus) pour l'informer à propos de la prestation d'enfant de cotisant invalide. Par contre, si nous recevons une demande de prestations de la part du parent, du tuteur ou l'organisme qui a la garde de l'enfant et/ou de l'enfant âgé de 18 ans et plus, nous utiliserons les renseignements contenus dans cette demande, le cas échéant, pour déterminer l'admissibilité aux prestations de l'enfant. Aucune information sur votre état de santé ne leur sera communiquée, mais nous devons utiliser et divulguer votre statut de bénéficiaire d'une pension d'invalidité du RPC.

Donnez-vous votre consentement à Service Canada afin qu'il communique avec l'enfant, le parent, le tuteur ou l'organisme qui en a la garde pour l'informer à propos de la prestation d'enfant de cotisant invalide?

- ☐ Oui
☐ Non

Section G – Renseignements sur le paiement

G1 Dépôt direct

Si votre demande est approuvée, vos paiements mensuels seront déposés dans votre compte bancaire. Le compte doit être à votre nom. Un compte conjoint est également acceptable.

Pour vous inscrire au dépôt direct, vous devez fournir vos renseignements bancaires ci-dessous.

Numéro de succursale (5 chiffres)

Numéro de l'institution (3 chiffres)

Numéro de compte (maximum de 12 chiffres)

Nom du(des) titulaire(s) du compte

Numéro de téléphone de votre institution financière

Nom et adresse du titulaire du compte		Numéro de chèque: 000102	
Payé à l'ordre de		Date	
« ANNULÉ »		\$	
		dollars	
Signature			
485	00646	842	:0164 0234-5800
NUMÉRO DE SUCCURSALE		NUMÉRO D'INSTITUTION	NUMÉRO DE COMPTE

Transmission des renseignements sur le dépôt direct à l'Agence du revenu du Canada (ARC)

Vos renseignements sur le dépôt direct peuvent également servir aux fins du versement par l'ARC des remboursements liés à l'impôt sur le revenu, des paiements anticipés de la Prestation fiscale pour le revenu de travail, de l'Allocation canadienne pour enfants, de la Prestation universelle pour la garde d'enfants et des paiements du crédit pour la TPS/TVH que vous êtes en droit de recevoir. Si vous y consentez, Emploi et Développement social Canada (EDSC) transmettra vos renseignements sur le dépôt direct à l'ARC.

La mise en commun des renseignements à votre sujet et sur le dépôt direct entre EDSC et l'ARC nécessite votre permission (consentement).

En noircissant le cercle « J'accepte », vous signifiez votre accord avec les deux énoncés suivants :

- Je consens qu'EDSC transmette à l'ARC les renseignements sur le dépôt direct que j'ai inscrit sur le présent formulaire pour tout paiement que je pourrais recevoir de l'ARC.
- Je consens qu'EDSC transmette à l'ARC mon numéro d'assurance sociale, mon nom de famille et ma date de naissance afin qu'elle puisse m'identifier correctement.

Si vous sélectionnez « Je refuse », vos renseignements ne seront pas transmis. En tout temps, vous pouvez mettre à jour vos renseignements bancaires auprès de l'ARC en communiquant directement avec cette dernière.

☐ J'accepte ☐ Je refuse

Dépôt direct à l'étranger :

Pour vous inscrire au dépôt direct à l'extérieur du Canada, vous pouvez appeler Service Canada en composant le 1-800-277-9915 des États-Unis ou le 613-957-1954 de tout autre pays (les appels à frais virés sont acceptés). Vous trouverez le formulaire d'inscription et la liste des pays admissibles au dépôt direct sur www.depotdirect.gc.ca.

Section H – Consentement autorisant Service Canada à obtenir des renseignements personnels

Service Canada est autorisé, en vertu des articles 68 et 69 du *Règlement sur le Régime de pensions du Canada*, à recevoir des renseignements personnels (de nature médicale ou autre) à votre sujet afin de déterminer si vous êtes admissible ou continuez d'être admissible aux prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada (RPC). Votre autorisation de permettre à Service Canada d'obtenir ces renseignements est indispensable, si Service Canada doit les demander auprès des personnes et organismes énumérés ci-dessous.

Par la présente, j'autorise Service Canada à obtenir des renseignements personnels à mon sujet qui permettront de déterminer si je suis admissible ou toujours admissible aux prestations d'invalidité du RPC. Pour cette raison, Service Canada peut communiquer avec les personnes ou organismes suivants, au besoin :

- médecins, infirmiers praticiens, spécialistes consultants ou d'autres professionnels des soins de santé;
- établissements d'enseignement ou autres organismes professionnels;
- mon comptable ou aide-comptable pour des renseignements sur le travail autonome;
- ministères et organismes centraux des gouvernements fédéraux, provinciaux et territoriaux et administrations municipales;
- commissions provinciales ou territoriales des accidents du travail;
- institutions financières (pour vérifier l'adresse uniquement);
- établissements médicaux ou hôpitaux;
- administrateurs de régimes d'assurance;
- employeurs, anciens employeurs;
- organismes en action bénévole;
- employés (pour les travailleurs autonomes).


Remarque : Tout oubli de cocher l'une des options ci-dessous pourrait entraîner des retards dans le traitement de votre demande.

- ☐ **J'autorise** Service Canada à obtenir des renseignements médicaux et personnels à mon sujet auprès de toutes les personnes et de tous les organismes indiqués ci-dessus. Je comprends que ces renseignements peuvent contribuer à déterminer si je suis admissible ou toujours admissible aux prestations d'invalidité du RPC.
- ☐ **Je n'autorise pas** Service Canada à obtenir des renseignements médicaux et personnels à mon sujet auprès de toutes les personnes et de tous les organismes indiqués ci-dessus.

En refusant de donner mon consentement, je comprends que Service Canada :

- prendra sa décision d'après les renseignements figurant dans mon dossier;
- peut cesser de me verser des prestations si j'en reçois déjà;
- peut exiger que je fournisse les renseignements nécessaires.

Adresse du demandeur (numéro, rue, app. RR) / Ville / Province/territoire / Pays (si autre que le Canada) / Code postal		
Nom du demandeur (lettres moulées)	Signature du demandeur ou du représentant autorisé X	Date (AAAA-MM-JJ)

 Un **représentant autorisé** peut agir en votre nom. Des renseignements sur les **représentants autorisés** se trouvent à la page 19 de la présente demande.

À remplir par un témoin uniquement si le demandeur signe avec une marque (p. ex. X).

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

Prénom du témoin (lettres moulées)	Second prénom	Nom de famille	Numéro de téléphone
Signature du témoin X			Date (AAAA-MM-JJ)

La présente autorisation signée est valide pendant **trois ans** maximum, sauf si vous l'annulez par écrit. Service Canada a besoin de votre signature originale, mais nous utiliserons une photocopie et la considérerons aussi valide que l'original lorsque nous demanderons des renseignements personnels des personnes et des organisations énumérées ci-dessus.

Section I – Déclaration et signature

Avis de confidentialité

Veillez lire les renseignements suivants avant de signer votre demande :

Les renseignements personnels sont recueillis en vertu du *Régime de pensions du Canada (RPC)* pour déterminer votre admissibilité et droit à des prestations. Le numéro d'assurance sociale (NAS) est recueilli en vertu de l'article 52 du *Règlement sur le RPC*, conformément à la directive du Conseil du Trésor sur le NAS, qui indique que le programme du RPC est un utilisateur autorisé du NAS. Le NAS sera utilisé comme un identificateur de dossier et pour assurer l'identification exacte d'un individu afin que les gains contributifs puissent être correctement appliqués à votre dossier et pour que les prestations et les droits puissent être calculés avec précision.

La participation est volontaire. Cependant, si vous refusez de fournir vos renseignements personnels, Emploi et Développement social Canada (EDSC) ne sera pas en mesure de traiter votre demande. Les renseignements personnels peuvent être communiqués au sein d'EDSC, d'institutions fédérales et d'autorités provinciales ou d'organismes publics créés en vertu d'une loi provinciale avec lesquels le ministre d'EDSC pourrait avoir conclu une entente aux fins de l'administration du programme du RPC, d'autres lois du Parlement, ainsi que de lois fédérales ou provinciales. De plus, les renseignements personnels que vous fournissez pourraient être utilisés et communiqués aux fins d'analyse de politique, de recherche et d'évaluation. Toutefois, cette utilisation et/ou divulgation supplémentaire des renseignements personnels ne donnera jamais lieu à une décision administrative. Les renseignements personnels pourraient aussi être divulgués au gouvernement d'autres pays conformément aux ententes réciproques relatives à l'administration d'un programme de pension à l'étranger ou à l'application du *RPC* et de la *Loi sur la sécurité de la vieillesse*.

Vos renseignements personnels sont administrés conformément, au *RPC*, à la *Loi sur le ministère de l'Emploi et du Développement social*, à la *Loi sur la protection des renseignements personnels* et à d'autres lois applicables. Vous avez droit à la protection et à la correction de vos renseignements personnels ainsi qu'à leur accès. Ce droit est décrit dans le fichier de renseignements personnels-Régime de pensions du Canada-EDSC PPU 146. Vous pouvez demander à consulter votre dossier en vous adressant à un bureau de Service Canada. Les directives à suivre pour obtenir ces renseignements sont énoncées dans la publication du gouvernement intitulée *Info Source* que vous pouvez consulter à l'adresse suivante : **www.Canada.ca/infosource-EDSC**. *Info Source* peut également être consultée en ligne dans tous les Centres Service Canada.

Vous avez également le droit de porter plainte auprès du commissaire à la protection de la vie privée du Canada au sujet du traitement de vos renseignements personnels par le Ministère, à l'adresse suivante : **www.priv.gc.ca/fr/signaler-un-probleme/** ou en téléphonant au 1-800-282-1376.

Signature du demandeur

Par la présente, je demande des prestations d'invalidité et, le cas échéant, une prestation d'enfant au titre du Régime de pensions du Canada, et je déclare qu'à ma connaissance, tous les renseignements mentionnés sont exacts et complets.

J'accepte d'informer Service 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 technique ou dans les métiers; un programme de réadaptation ou un changement concernant la garde de tout enfant âgé de moins de 18 ans.

Toute déclaration fausse ou trompeuse peut entraîner une sanction administrative pécuniaire et des intérêts, le cas échéant, conformément au Régime de pensions du Canada, ou à une accusation. Toutes les prestations que vous aurez reçues ou obtenues alors que vous n'y étiez pas admissible devront être remboursées.

Signature du demandeur	Date (AAAA-MM-JJ)
X	

À remplir par un témoin si le demandeur signe avec une marque (p. ex. X).

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

Prénom du témoin (lettres moulées)	Second prénom	Nom de famille	Numéro de téléphone
Adresse (numéro, rue, app., RR), Ville, Province/territoire, Pays (si autre que le Canada), Code postal			
Signature du témoin			Date (AAAA-MM-JJ)
X			

À remplir par le représentant autorisé du demandeur SEULEMENT.

Voir l'information sur les **représentants autorisés** ci-dessous.

Par la présente, je demande des prestations d'invalidité et, le cas échéant, une prestation d'enfant au nom du demandeur, au titre du Régime de pensions du Canada, et je déclare qu'à ma connaissance, tous les renseignements mentionnés sont exacts et complets.

J'accepte d'informer Service 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 technique ou dans les métiers; un programme de réadaptation ou un changement concernant la garde de tout enfant âgé de moins de 18 ans.

J'accepte également de prévenir Service Canada si et quand je cesse d'être le représentant du demandeur et/ou si l'état du demandeur change et qu'il est capable d'agir en son propre nom.

Toute déclaration fausse ou trompeuse peut entraîner une sanction administrative pécuniaire et des intérêts, le cas échéant, conformément au *Régime de pensions du Canada*, ou l'engagement d'une poursuite fondée sur une infraction. Une personne ayant reçu ou obtenu des prestations auxquelles elle n'était pas admissible devra les rembourser.

Prénom du représentant (lettres moulées)	Second prénom	Nom de famille	Numéro de téléphone
Adresse (numéro, rue, app., RR), Ville, Province/territoire, Pays (si autre que le Canada), Code postal			
Lien avec le demandeur	Signature du représentant autorisé		Date (AAAA-MM-JJ)
	X		

Représentant autorisé

Un **représentant autorisé** peut agir en votre nom. Cette personne aura tous les droits et toutes les responsabilités que vous auriez en tant que demandeur/bénéficiaire tels que de signer la demande et de tenir Service Canada au courant des changements vous concernant. Ces derniers peuvent comprendre un nouveau numéro de téléphone, l'évolution de votre état de santé et votre retour au travail.

Le représentant autorisé peut être :

- un tuteur
- un avocat
- un curateur
- un fiduciaire
- un comité
- un détenteur d'une procuration (aux fins du RPC, seule une procuration relative aux biens est acceptée)
- un exécuter
- tout autre représentant légal du demandeur

Le **représentant autorisé** doit être nommé en vertu d'une loi du Canada, d'une province ou d'un territoire, ou par le ministre, en vue de gérer vos affaires. Les documents juridiques requis à l'appui d'un **représentant autorisé** comprennent, entre autres :

- un mandat
- une administration fiduciaire
- une procuration (aux fins du RPC, seule une procuration relative aux biens est acceptée)
- une lettre avec en-tête d'un avocat où il est clairement indiqué qu'il vous représente
- un formulaire officiel du RPC ou de la Sécurité de la vieillesse. Contactez-nous pour obtenir plus d'information.

Un **représentant autorisé** ne peut pas recevoir le paiement de prestations en votre nom, à moins qu'il ait été prouvé que vous êtes incapable de gérer vos affaires.

La présente demande contient des renseignements généraux sur les prestations d'invalidité du *Régime de pensions du Canada*. En cas de divergences entre le contenu du présent document et la loi sur le *Régime de pensions du Canada*, c'est la loi sur le *Régime de pensions du Canada* qui s'applique.

Annexe A – Guide sur la clause pour élever des enfants

Aux termes du Régime de pensions du Canada, **le principal responsable des soins** est la personne qui est la plus engagée par rapport aux besoins quotidiens d'au moins un enfant de moins de 7 ans. Le principal responsable des soins veille sur l'enfant, prépare des repas, assiste aux réunions et activités scolaires, accompagne l'enfant aux rendez-vous chez le médecin, etc.

Allocation familiale (AF) – disponible avant 1993

Le programme d'AF versait un montant mensuel aux parents ou aux gardiens d'enfants à charge âgés de moins de 18 ans. Dans la plupart des familles, le paiement était adressé à la mère. L'Allocation canadienne pour enfants a remplacé le programme d'AF en 1993.

Allocation canadienne pour enfants (ACE) – disponible depuis 1993 (connue auparavant sous le nom de Prestation fiscale pour enfants et de Prestation fiscale canadienne pour enfants)

Le montant mensuel de l'ACE dépend de votre revenu familial net, du nombre d'enfants que vous avez et de l'âge des enfants. Dans la plupart des familles, le paiement est/était adressé à la mère.

Si vous étiez le principal responsable des soins d'au moins un enfant de moins de 7 ans et que vous n'avez pas touché d'ACE seulement parce que votre revenu familial était trop élevé, nous considérons que vous étiez admissible à l'ACE.

Étiez-vous le principal responsable des soins?	Avez-vous reçu l'Allocation familiale (avant 1993)?	Avez-vous reçu l'Allocation canadienne pour enfants ou y étiez-vous admissible (depuis 1993)?	À quelles questions dois-je répondre à la section B3?
Oui	Oui	Oui	<ul style="list-style-type: none"> - Répondez aux questions A), B), C) et D). - Passez outre la renonciation des droits (E).
Oui	Oui	Non	<ul style="list-style-type: none"> - Répondez aux questions A), B), C) et D). - Passez outre la renonciation des droits (E).
Oui	Non	Oui	<ul style="list-style-type: none"> - Répondez aux questions A), B), C) et D). - Passez outre la renonciation des droits (E).
Oui	Non, mais c'est le cas pour mon époux ou conjoint de fait (actuel ou ancien)	Non	<ul style="list-style-type: none"> - Répondez aux questions A), B), C) et D). - Demandez à votre (ancien) époux ou conjoint de fait de remplir la renonciation de droits (E).
Oui	Non	Non, mon époux ou conjoint de fait (actuel ou ancien) a reçu les versements.	<ul style="list-style-type: none"> - Répondez aux questions A), B), C) et D). - Passez outre la renonciation des droits (E). - Veuillez fournir une lettre de l'Agence du revenu du Canada (ARC) indiquant que vous auriez été admissible à l'ACE pendant que vous étiez le principal responsable des soins. Veuillez communiquer avec l'ARC pour obtenir de plus amples renseignements sur la façon de vous procurer cette lettre.
Oui	Non, mais c'est le cas pour mon époux ou conjoint de fait (actuel ou ancien)	Non, mon époux ou conjoint de fait (actuel ou ancien) a reçu les versements.	<ul style="list-style-type: none"> - Répondez aux questions A), B), C) et D). - Demandez à votre (ancien) époux ou conjoint de fait de remplir la renonciation de droits (E). - Veuillez fournir une lettre de l'Agence du revenu du Canada (ARC) indiquant que vous auriez été admissible à l'ACE pendant que vous étiez le principal responsable des soins. Veuillez communiquer avec l'ARC pour obtenir de plus amples renseignements sur la façon de vous procurer cette lettre.

Dans le doute, répondez à toutes les questions à la section **B3**, et Service Canada examinera votre situation pour en déterminer la nature.

Annexe B – Photocopies certifiées de documents originaux

Veillez envoyer des photocopies certifiées plutôt que les documents originaux, lorsque vous envoyez des documents à Service Canada. Si vous décidez de nous envoyer vos documents originaux, nous vous suggérons de le faire par courrier recommandé. Nous vous retournerons les documents originaux.

Nous acceptons seulement les photocopies lisibles et certifiées conformes à l'original.

Comment obtenir une photocopie certifiée conforme au document original

Les documents peuvent être certifiés sans frais par le personnel de tout Centre Service Canada. Si vous ne pouvez pas vous rendre à un Centre Service Canada, demandez à un des membres des professions suivantes de certifier vos photocopies :

- | | |
|---|---|
| - avocat, magistrat, notaire | - policier |
| - chef de bande des Premières nations | - professeur universitaire |
| - commissaire aux serments | - professionnel de la santé : chiropraticien, dentiste, docteur en naturopathie, infirmier autorisé, infirmier praticien, médecin, ophtalmologue, optométriste, pharmacien, psychologue |
| - comptable | - représentant officiel d'une ambassade, d'un consulat ou d'un haut-commissariat |
| - directeur d'un établissement financier | - représentant officiel d'un ministère fédéral ou provincial ou de l'une de ses agences |
| - employé d'un Centre Service Canada qui agit à titre officiel | - représentant officiel d'un pays avec lequel le Canada a conclu un accord de réciprocité en matière de sécurité sociale |
| - enseignant | - travailleur social |
| - entrepreneur de pompes funèbres | |
| - greffier municipal | |
| - ingénieur | |
| - juge de paix | |
| - membre du Parlement ou son personnel | |
| - membre d'une assemblée législative provinciale ou son personnel | |
| - ministre du culte | |

Remarque : Vous ne pouvez pas certifier vous-même les photocopies de vos propres documents ni demander à un membre de votre famille de le faire.

La personne certifiant le document doit :

- comparer le document original à la photocopie;
- indiquer son poste ou titre officiel, signer les photocopies et y inscrire son nom en lettres moulées;
- fournir son numéro de téléphone;
- inscrire la date à laquelle elle certifie le document;
- écrire ce qui suit sur la photocopie : **La présente photocopie est conforme au document original, qui n'a été modifié d'aucune façon.**

Remarque : S'il manque l'un ou l'autre des éléments ci-dessus sur votre photocopie, elle ne sera pas acceptée et vous devrez soumettre une nouvelle photocopie dûment certifiée, ce qui entraînera des retards dans le traitement de votre demande.

Si les renseignements contenus dans un document donné s'étalent sur plusieurs pages, vous devez photocopier toutes les pages. La personne à qui vous avez demandé de certifier vos photocopies peut soit certifier chaque page, soit la première page seulement, pourvu qu'elle indique et atteste le nombre total de pages comprises dans le document, y compris les pages vierges.

Veillez inscrire votre numéro d'assurance sociale sur chacun des documents ou photocopies que vous nous envoyez.

Avant d'envoyer votre demande - Liste de vérification

- ☐ Avez-vous inscrit votre numéro d'assurance sociale dans le champ au haut de chaque page et au haut de chaque feuille que vous avez ajoutée?
- ☐ Avez-vous inscrit votre date de naissance à la page 1?
- ☐ Avez-vous lu et signé le consentement autorisant Service Canada à obtenir des renseignements personnels à la page 17?
- ☐ Avez-vous lu et signé la déclaration à la page 18?

Si vous recevez actuellement une prestation d'invalidité d'une compagnie d'assurance ou d'un organisme provincial/territorial

- ☐ Leur avez-vous demandé d'envoyer vos rapports médicaux les plus récents à Service Canada?

Si vous ne recevez pas actuellement une prestation d'invalidité d'une compagnie d'assurance ou d'un organisme provincial/territorial

- ☐ Avez-vous rempli les **sections 1 et 2** du **Rapport médical**?
- ☐ Avez-vous demandé à votre médecin ou à votre infirmier praticien de remplir les **sections 3 à 9** du **Rapport médical** et de l'envoyer par la poste à Service Canada?

N'ATTENDEZ PAS que votre médecin ou votre infirmier praticien ait rempli le Rapport médical avant d'envoyer votre demande dûment remplie à Service Canada. La date à laquelle Service Canada reçoit votre demande peut influencer sur le moment où commencera le versement de vos prestations.

- ☐ Avez-vous retiré les pages d'information et d'instruction qui se trouvent au début et à la fin de la demande? Elles contiennent des renseignements généraux et n'ont pas besoin d'être soumises.

Pour envoyer votre demande au bureau de Service Canada le plus près de chez vous, veuillez consulter la liste d'adresses à la page **Bureaux de Service Canada** comprise dans les pages d'information et d'instructions de la demande. Vous pouvez également soumettre la demande dûment remplie à un Centre Service Canada près de chez vous.

À quoi vous attendre après avoir envoyé votre demande

Service Canada prendra environ quatre mois pour déterminer si vous êtes admissible à la prestation d'invalidité. Une fois que Service Canada aura reçu votre demande :

- ✓ nous vous appellerons pour confirmer que nous avons reçu votre demande;
- ✓ nous exigerons plus de renseignements ou d'autres documents, au besoin;
- ✓ nous répondrons à vos questions, le cas échéant.

Une fois que nous aurons reçu de vous tous les renseignements et/ou documents requis :

- ✓ Service Canada déterminera si vous avez satisfait aux exigences minimales en matière de cotisations valides au RPC.

Si vous avez versé le montant minimal de cotisations valides au RPC :

- ✓ Un évaluateur médical en invalidité du RPC analysera votre état de santé et ses conséquences sur votre capacité à travailler.

Si nous vous demandons de fournir de plus amples renseignements ou de faire évaluer votre état de santé par un autre médecin, le processus pourrait durer plus que quatre mois. Si plus de quatre mois se sont écoulés et que vous n'avez pas eu de réponse de notre part et que vous souhaitez connaître l'état de votre demande, communiquez avec nous.

Si vous êtes admissible, le versement de vos prestations débutera quatre mois après qu'un état pathologique grave et prolongé ait été diagnostiqué chez vous (aux termes du *Régime de pensions du Canada*). Vous pourriez recevoir des paiements rétroactifs pour une période maximale de 11 mois à compter de la date de réception de votre demande.