Fichier de renseignements personnels DRHC PPU 175

Questionnaire

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

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

Numéro d'assurance sociale du cotisant au Canada

Nom de famille du cotisant

Prénom du cotisant

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

Études

1. Quelle a été la dernière année d'études que vous avez terminée?

2. Avez-vous fréquenté le collège ou l'université?

☐ Oui ☐ Non

Si vous avez répondu « **Oui** », veuillez indiquer combien d'années ou le diplôme reçu.

3. Avez-vous déjà suivi une formation technique ou commerciale ou un apprentissage?

☐ Oui ☐ Non

Si vous avez répondu « **Oui** », veuillez indiquer le genre.

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

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

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

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

Antécédents professionnels

6. Si vous travaillez au moment de votre demande

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

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

Genre de travail : _____ ☐ Plein temps ☐ Temps partiel ☐ Saisonnier

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

Antécédents professionnels (suite)

7. Si vous ne travaillez pas au moment de votre demande

a) Indiquez le nom et l'adresse de votre employeur le plus récent.

Nom

Adresse

b) Date du début du travail (avec votre employeur le plus récent) :

Année Mois

Date d'arrêt du travail (dernier jour avec votre employeur le plus récent) :

Année Mois Jour

c) Quel genre de travail faisiez-vous?

d) Pourquoi avez-vous arrêté de travailler?

8. Avez-vous fait un autre genre de travail au cours des cinq dernières années?

☐ Oui ☐ Non

Si vous avez répondu « **Oui** », indiquez le genre de travail et les dates (incluez tout travail fait à l'extérieur du Canada).

		Année	Mois		Année	Mois
1.	de			à		
2.	de			à		
3.	de			à		
4.	de			à		
5.	de			à		

Travail autonome

Remarque : si vous n'êtes pas travailleur autonome, passez à la question 15.

9. Veuillez décrire votre entreprise et indiquer le nombre d'employés.

10. Quand avez-vous lancé l'entreprise?

Année Mois

11. Quel genre de travail faisiez-vous dans l'entreprise?

12. L'entreprise est-elle actuellement en exploitation?

☐ Oui ☐ Non

Si vous avez répondu « **Non** », qu'est devenue l'entreprise? ▶ ☐ Vendue ☐ Louée ☐ Participation aux bénéfices ☐ Transférée

Si vous avez répondu « **Oui** », travaillez-vous dans l'entreprise?

☐ Oui ☐ Non

Quel genre de travail faites-vous?

Si vous ne travaillez pas dans l'entreprise, comment fonctionne-t-elle?

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

Année

14. Vous déclarerez-vous comme travailleur autonome aux fins de l'impôt cette année?

☐ Oui ☐ Non

Autre travail

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

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

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

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

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

Adresse (n°, rue, app.) | Ville ou Village

Code postal | Province | Pays

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

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

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

☐ Oui ☐ Non Si vous avez répondu « **Oui** », veuillez indiquer la date. Année Mois Jour

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

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

Dossier de prestataire

19. Votre état actuel est-il couvert par :

Des prestations de congé de maladie versées par l'employeur? ☐ Oui ☐ Non

Un régime d'assurance-invalidité? ☐ Oui ☐ Non

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

Indemnités pour accident de travail

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

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

Numéro de la demande	Province	Année	Raison	Genre de prestation

État de santé

21. Indiquez votre :

Taille : | Poids :

22. Quelle est votre principale incapacité?

État de santé (suite)

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

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

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

Année Mois

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

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

Année Mois Jour

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

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

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

Demeurer assis	Entendre
Demeurer debout	Parler
Marcher	Se rappeler
Soulever un objet	Se concentrer
Transporter un objet	Dormir
Se pencher	Respirer
Besoins personnels (manger, se laver les cheveux, s'habiller, etc.)	Conduire une automobile
Voir	Utiliser les transports en commun

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

Prénom et nom de famille du médecin

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

Quelles étaient les raisons de vos visites?

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

1. Prénom et nom de famille du médecin

Adresse (n°, rue, app.) | Ville ou Village | Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional ou urbain) [ ] -

Code postal | Province | Pays

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

Quelle est la date de votre dernière visite? Année Mois Jour

Quelles étaient les raisons de vos visites?

2. Prénom et nom de famille du médecin

Adresse (n°, rue, app.) | Ville ou Village | Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional ou urbain) [ ] -

Code postal | Province | Pays

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

Quelle est la date de votre dernière visite? Année Mois Jour

Quelles étaient les raisons de vos visites?

30. Au cours des deux dernières années, avez-vous été admis à l'hôpital? ☐ Oui ☐ Non

Si vous avez répondu « **Oui** », indiquez le nom et l'adresse de l'hôpital (des hôpitaux) (espace fourni pour deux hôpitaux).

1. Nom de l'hôpital

Adresse de l'hôpital

Quand avez-vous été admis? Année Mois Jour

Quand êtes-vous sorti? Année Mois Jour

Pourquoi avez-vous été admis? Veuillez expliquer.

Qui était le médecin traitant?

2. Nom de l'hôpital

Adresse de l'hôpital

Quand avez-vous été admis? Année Mois Jour

Quand êtes-vous sorti? Année Mois Jour

Pourquoi avez-vous été admis? Veuillez expliquer.

Qui était le médecin traitant?

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

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

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

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

IMPORTANT

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

Signature du cotisant ou du demandeur ▶ _____ Année Mois Jour