Ministerstvo pro rozvoj lidských zdrojů Kanady
Databanka osobních informací HRDC PPU 175

DOTAZNÍK
K ŽÁDOSTI O INVALIDNÍ DŮCHOD V RÁMCI KANADSKÉHO DŮCHODOVÉHO PROGRAMU

Číslo kanadského sociálního pojištění plátce
Příjmení plátce:
Křestní jméno plátce:

Informace o vašem vzdělání, pracovní činnosti, pobíraných dávkách a zdravotním stavu

Vzdělání

1. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

2. Studoval jste na vysoké škole nebo univerzitě? ☐ ANO ☐ NE
   Jestliže jste odpověděl „**ANO**“, uveďte, kolik let jste studoval nebo jaký titul jste získal:

3. Máte nějaké odborné vzdělání nebo jste se vyučil v řemesle? ☐ ANO ☐ NE
   Jestliže jste odpověděl „**ANO**“, uveďte, o jaký typ se jednalo:

4. Vzdělával jste se **v posledních dvou letech** v odborném nebo řemeslném studijním nebo učňovském oboru nebo v doplňkovém studiu? ☐ ANO ☐ NE
   Pokud jste odpověděl „**ANO**“, uveďte prosím období, jméno a adresu vzdělávacího zařízení a typ programu:
   Název zařízení: Adresa: Typ programu: Období:

5. Plánujete další vzdělávání ve studijním nebo učňovském programu?
   ☐ ANO ☐ NE
   Jestliže jste odpověděl „**ANO**“, uveďte prosím podrobnosti:

Pracovní činnost

6. Pracovní činnost v době podání žádosti
   Pracujete v současné době? ☐ ANO ☐ NE
   Jestliže jste odpověděl „**NE**“, pokračujte prosím oddílem č. 7.
   Jestliže jste odpověděl „**ANO**“, uveďte prosím tyto podrobnosti:
   ☐ zaměstnanec ☐ OSVČ ☐ dobrovolník
   Druh práce:_____
   ☐ plný úvazek ☐ částečný úvazek ☐ sezónní práce
   Počet hodin denně:
   Počet dní týdně:
   Hodinová mzda:
   nebo denní mzda:

7. V době podání žádosti nevykonáváte pracovní činnost
   a) Uveďte název a adresu posledního zaměstnavatele
      Název:
      Adresa:
   b) Datum nástupu do zaměstnání (u posledního zaměstnavatele): *(rok, měsíc)*

PRACOVNÍ PŘEKLAD DO ČJ!
PRO ÚČELY PODÁNÍ ŽÁDOSTI VYPLNTE PROSÍM FORMULÁŘ V AJ NEBO FJ

Datum ukončení zaměstnání (u posledního zaměstnavatele): *(rok, měsíc, den)*

c) Druh vykonávané činnosti:

d) Důvod ukončení činnosti:

8. Vykonával jste v posledních pěti letech jiný druh činnosti? ☐ ANO ☐ NE
Jestliže jste odpověděl „**ANO**“, uveďte druh činnosti a období (včetně pracovní činnosti mimo území Kanady).
1..... od *(rok, měsíc)* do *(rok, měsíc)*
2..... od *(rok, měsíc)* do *(rok, měsíc)*
3..... od *(rok, měsíc)* do *(rok, měsíc)*
4..... od *(rok, měsíc)* do *(rok, měsíc)*
5..... od *(rok, měsíc)* do *(rok, měsíc)*

OSVČ

Poznámka: Jestliže nejste osoba samostatně výdělečně činná, pokračujte v oddíle 15.

9. Popište prosím svou podnikatelskou činnost, uveďte počet zaměstnanců:

10. Datum zahájení činnosti: *(rok, měsíc)*

11. Jaký druh práce jste vykonával v rámci své podnikatelské činnosti?

12. Funguje váš podnik v současné době? ☐ ANO ☐ NE
Jestliže jste odpověděl „**NE**“, co se s podnikem stalo?
☐ prodán ☐ pronajat ☐ podíl na zisku ☐ převeden
Jestliže jste odpověděl „**ANO**“, pracujete v něm? ☐ ANO ☐ NE
Jaký typ práce vykonáváte?
Jestliže nepracujete v podniku vy, jak podnik funguje?

13. Uveďte poslední rok, v němž bylo daňové přiznání podniku podáno vaším jménem:

14. Budete v letošním roce podávat přiznání k dani z příjmu jako OSVČ?
☐ ANO ☐ NE

Ostatní pracovní činnost

15. Vykonával jste v posledních dvou letech jinou pracovní činnost kromě své hlavní pracovní činnosti (např. jako vedlejší zemědělskou činnost, noční služby nebo jiný typ zaměstnání)?
☐ ANO ☐ NE Jestliže jste odpověděl „**NE**“, pokračujte prosím v oddíle 16.
Jestliže jste odpověděl „**ANO**“, uveďte prosím tyto informace:
Druh činnosti:
Datum zahájení činnosti: *(rok, měsíc)*
Datum ukončení činnosti:*(rok, měsíc)*
Počet pracovních hodin denně:
Název zaměstnavatele (hodí-li se):
Adresa - ulice, číslo:
Město/obec:
PSČ:
Provincie:
Stát:

PRO ÚČELY PODÁNÍ ŽADOSTI VYPLŇTE PROSÍM, FORMULÁŘ V AJ NEBO FJ
PRACOVNÍ PŘEKLAD DO ČJ!

16. Než jste ukončil pracovní činnost, byl jste převeden na lehčí nebo odlišný typ práce?
☐ ANO ☐ NE Jestliže jste odpověděl „**ANO**“, uveďte prosím podrobnosti a pokud možno také data.

17. Sdělil vám váš lékař, kdy budete moci opět pracovat? ☐ ANO ☐ NE
Jestliže jste odpověděl „**ANO**“, uveďte prosím datum: *(rok, měsíc, den)*

18. Máte v úmyslu vrátit se v blízké budoucnosti ke své práci nebo se ucházet o zaměstnání?
☐ ANO ☐ NE Jestliže jste odpověděl „**ANO**“, uveďte prosím podrobnosti a pokud možno také data.

Přehled dávek, které jste pobíral

19. Vztahuje se na váš současný stav
krátkodobé nemocenské pojištění hrazené zaměstnavatelem? ☐ ANO ☐ NE
některý typ invalidního pojištění? ☐ ANO ☐ NE
Jestliže jste odpověděl „**ANO**“, uveďte prosím název pojišťovny (pojišťoven):

Kompenzační program pro pracovníky

20. Vztahuje se na váš zdravotní stav pojištění v rámci kompenzačního programu pro pracovníky?
☐ ANO ☐ NE
Jestliže jste odpověděl „**ANO**“, uveďte podrobnosti každého případu.

Číslo žádosti:
Provincie:
Rok:
Důvod:
Druh dávky:

Zdravotní stav

21. Uveďte prosím svou
výšku:
váhu:

22. Který zdravotní problém je hlavní příčinou vaší invalidity?

23. Trpíte dalšími zdravotními problémy nebo poruchami?
☐ ANO ☐ NE Jestliže jste odpověděl „**ANO**“, uveďte prosím podrobnosti:

24. Kdy přibližně jste došel k závěru, že vám váš zdravotní stav nadále neumožňuje vykonávat pracovní činnost? *(rok, měsíc)*

25. Je hlavní příčina vaší invalidity způsobena úrazem při nehodě?
☐ ANO ☐ NE Jestliže jste odpověděl „**ANO**“, uveďte prosím datum nehody, popište její průběh a zranění, která jste utrpěl.

PRACOVNÍ PŘEKLAD DO ČJ.
PRO ÚČELY PODÁNÍ ŽÁDOSTI VYPLŇTE PROSÍM FORMULÁŘ V AJ NEBO FJ

26. Byl jste nucen přestat provozovat i jiné činnosti jako například koníčky, sport nebo charitativní činnost?
☐ ANO ☐ NE Jestliže jste odpověděl „**ANO**“, uveďte prosím podrobnosti a pokud možno také data.

27. Popište prosím své potíže a/nebo omezení při následujících činnostech:
sezení
stání
chůze
zdvíhání
nošení
sklánění se
činnost související s osobními potřebami (při jídle, mytí vlasů, oblékání apod.)
dívání se
poslech
mluvení
paměť
soustředění se
spánek
dýchání
řízení automobilu
cestování veřejným dopravním prostředkem

28. Uveďte prosím jméno, adresu a telefonní číslo lékaře, který vyhotoví vaši lékařskou zprávu.
Celé jméno lékaře:
Adresa – ulice, číslo:
Město/obec:
PSČ:
Provincie:
Stát:
Telefonní číslo (včetně předvolby):
Tohoto lékaře navštěvujte od: *(rok, měsíc)*
Naposledy jste ho navštívil: *(rok, měsíc, den)*
Důvody návštěvy lékaře:

29. Uveďte prosím jména, adresy a telefonní čísla všech dalších lékařů a specialistů, které jste navštívil v **posledních dvou letech** (v tomto formuláři jsou vyčleněny kolonky pro dva lékaře).
    1. Celé jméno lékaře:
    Adresa – ulice, číslo:
    Město/obec:
    PSČ:
    Provincie:
    Stát:
    Telefonní číslo (včetně předvolby):
    Tohoto lékaře navštěvujte od: *(rok, měsíc)*
    Naposledy jste ho navštívil: *(rok, měsíc, den)*
    Důvody návštěvy lékaře:
    2. Celé jméno lékaře:

PRO ÚČELY PODÁNÍ ŽÁDOSTI VYPLŇTE PROSÍM FORMULÁŘ V AJ NEBO FJ

Adresa – ulice, číslo:
Město/obec:
PSČ:
Provincie:
Stát:
Telefonní číslo (včetně předvolby):
Tohoto lékaře navštěvujte od: *(rok, měsíc)*
Naposledy jste ho navštívil: *(rok, měsíc, den)*
Důvody návštěvy lékaře:

30. Byl jste **v posledních dvou letech** hospitalizován?
☐ ANO ☐ NE Jestliže jste odpověděl „**ANO**“, uveďte název a adresu nemocnice (v tomto formuláři jsou vyčleněny kolonky pro dvě nemocnice).
    1. Název nemocnice:
       Adresa nemocnice:
       Datum hospitalizace: *(rok, měsíc, den)*
       Datum propuštění: *(rok, měsíc, den)*
       Uveďte prosím důvody hospitalizace:
       Uveďte prosím jméno ošetřujícího lékaře:
    2. Název nemocnice:
       Adresa nemocnice:
       Datum hospitalizace: *(rok, měsíc, den)*
       Datum propuštění: *(rok, měsíc, den)*
       Uveďte prosím důvody hospitalizace:
       Uveďte prosím jméno ošetřujícího lékaře:

Jestliže vám vyčleněný prostor nestačí, uveďte prosím další hospitalizaci na zvláštním listu.

---

31. Uveďte prosím všechny léčivé přípravky, které v současné době užíváte. Jak často? Jaké je dávkování?

32. Uveďte prosím všechna ostatní současná či budoucí lékařská vyšetření, péči nebo testy.

33. Uveďte prosím všechny zdravotní pomůcky, které používáte, jako například berle, hůl, ortézy, dlahy, korzet, invalidní vozík, sluchadlo, kardiostimulátor, kolostomickou pomůcku, protézu:

POZOR
Prohlašuji, že vyrozumím ministerstvo pro rozvoj lidských zdrojů o každém zlepšení svého zdravotního stavu a o pracovní činnosti, kterou budu vykonávat.

Podpis plátce/žadatele:
Datum *(rok, měsíc, den)*

PRACOVNÍ PŘEKLAD ČJ.
PRO ÚČELY PODÁNÍ ŽÁDOSTI VYPLŇTE PROSÍM FORMULÁŘ V AJ NEBO FJ