



Demande de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada en vertu de l'Accord de sécurité sociale entre le Canada et l'Italie
Domanda di prestazioni d'invalidità Canada Pension Plan in applicazione dell'Accordo di sicurezza sociale Italo-Canadese

Fichier de renseignements personnels DRHC PPU 175
 Banca informazioni personali DRHC PPU 175
 Le masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.
 Il genere maschile è utilizzato senza intento discriminatorio ma al solo scopo di alleggerire il testo.

Quelle langue préférez-vous utiliser pour la correspondance?
 Scegliere la lingua in cui si desidera ricevere la corrispondenza?

Français Anglais
 Frances Inglese

**Veillez :
 Si prega di:**

- Lire le guide ci-joint
 Leggere la guida allegata
- Remplir uniquement les espaces clairs
 Completare soltanto le parti in bianco

SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS SUR LE COTISANT - SEZIONE 1 - INFORMAZIONI SULL'ASSICURATO

1. Numéro d'assurance sociale de l'Italie Numero italiano di assicurazione sociale		Numéro d'assurance sociale du Canada Numero canadese di assicurazione sociale		À l'usage exclusif de l'institution compétente italienne Spazio riservato all'organismo italiano competente Date de réception : Data di ricezione: Vérfié par : Verifica effettuata da:
2. <input type="checkbox"/> Homme - Maschio <input type="checkbox"/> Femme - Femmina Prénom - Nome		Nom de famille à la naissance Cognome alla nascita		
3. Nom figurant sur la carte d'assurance sociale du Canada Nome che figura sulla carta canadese di assicurazione sociale <input type="checkbox"/> même nom qu'à la question 2 ou lo stesso del punto 2 oppure		4. Date de naissance (veuillez fournir un certificat d'état de famille ou de naissance) Data di nascita (si prega di fornire lo stato di famiglia o il certificato di nascita)		
5. État civil Stato civile		<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Union de fait <input type="checkbox"/> Celibe <input type="checkbox"/> Coniugato <input type="checkbox"/> Separato <input type="checkbox"/> Vedovo <input type="checkbox"/> Divorziato <input type="checkbox"/> Convivenza		
6. Adresse du domicile (N°, rue, app.) - Indirizzo domiciliare (strada, numero civico, interno)				
Code postal - CAP		Ville ou Village - Città, paese o villaggio		Pays - Stato
7. Adresse postale (N°, rue, app., B.P., R.R.) Indirizzo postale (strada, numero civico, interno) <input type="checkbox"/> même adresse qu'à la question 6 ou lo stesso del punto 6 oppure			8. Dans quelle province du Canada habitez-vous avant de quitter le pays? Ultima provincia canadese di residenza.	

9. Indiquez les périodes de résidence et/ou d'emploi dans un pays autre que le Canada et l'Italie.
 Periodi di residenza e/o di lavoro in paesi diversi dal Canada e dall'Italia.

Nom du pays Stato	Numéro de sécurité sociale dans ce pays Numero di previdenza sociale in quello stato	Résidence - Residenza				Employment - Lavoro				Une prestation a-t-elle été demandée? Indicare se è stata richiesta una prestazione	
		De - Da		À - A		De - Da		À - A		Oui - Sì	Non - No
		Année Anno	Mois Mese	Année Anno	Mois Mese	Année Anno	Mois Mese	Année Anno	Mois Mese		
										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Depuis le 1^{er} janvier 1966, est-ce que le cotisant ou son époux ou conjoint de fait a été admissible aux allocations familiales ou à la prestation fiscale pour enfants du Canada pour un enfant né après le 31 décembre 1958? - Indicare se l'assicurato, il coniuge o convivente hanno avuto diritto, a decorrere dal 1° gennaio 1966, a prestazioni canadesi denominate allocations familiales oppure prestation fiscale pour enfants per un figlio nato dopo il 31 dicembre 1958.

Cotisant - Assicurato Oui Non
 Si Sì No

Époux ou conjoint de fait
 Coniuge o convivente Oui Non
 Si Sì No

SECTION 2 - RENSEIGNEMENTS SUR LES ENFANTS DU COTISANT - SEZIONE 2 - INFORMAZIONI SUI FIGLI DELL'ASSICURATO

11. Avez-vous des enfants de moins de 18 ans à votre charge?
 Indicare se si hanno figli di età inferiore ai 18 anni in affidamento o sotto la propria potestà.

Oui Non
 Si No

Si « **Oui** », répondez à la question 11 et joignez au formulaire le certificat d'état de famille ou un acte de naissance pour chaque enfant.
 In caso di risposta **affermativa** si prega di rispondere alla domanda 11 e di allegare lo stato di famiglia o il certificato di nascita per ciascun figlio.

Avez-vous des enfants âgés de 18 à 25 ans qui vont à l'école ou à l'université à plein temps?
 Indicare se si hanno figli di età compresa tra i 18 ed i 25 anni iscritti a tempo pieno ad una scuola o università.

Oui Non
 Si No

Si « **Oui** », chaque enfant devrait remplir une demande distincte.
 In caso di risposta **"affermativa"**, ciascuno dei figli deve completare una domanda separata.

11A. Prénom de l'enfant - Nome del figlio

Garçon Fille
 Maschio Femmina

Nom de famille - Cognome

Date de naissance
 Data di nascita

Année
Anno

Mois
Mese

Jour
Giorno

À l'usage exclusif de l'institution compétente italienne
 Spazio riservato all'organismo italiano competente
 Vérfié par : Verifica effettuata da:

Enfant nature Enfant adopté légalement Autre
 Figlio naturale Figlio legalmente adottato Altro

Si vous avez répondu « **Autre** », précisez : - Nel caso di risposta **"Altro"**, si prega di spiegare le circostanze:

SECTION 2 - RENSEIGNEMENTS SUR LES ENFANTS DU COTISANT (SUITE)
SEZIONE 2 - INFORMAZIONI SUI FIGLI DELL'ASSICURATO (CONTINUA)

11B. Prénom de l'enfant - Nome del figlio		Nom de famille - Cognome			À l'usage exclusif de l'institution compétente italienne Spazio riservato all'organismo italiano competente Vérifié par : Verifica effettuata da:
<input type="checkbox"/> Garçon Maschio	<input type="checkbox"/> Fille Femmina	Date de naissance Data di nascita	Année Anno	Mois Mese	

Enfant naturel
 Figlio naturale

Enfant adopté légalement
 Figlio legalmente adottato

Autre
 Altro

Si vous avez répondu « Autre », précisez : - Nel caso di risposta " Altro ", si prega di spiegare le circostanze:

SI VOUS MANQUEZ D'ESPACE AUX QUESTIONS 11 ET/OU 12 POUR INSCRIRE TOUS VOS ENFANTS, UTILISEZ UNE AUTRE FEUILLE ET JOIGNEZ-LA AU FORMULAIRE. QUALORA LO SPAZIO NON FOSSE SUFFICIENTE PER ELENCARE TUTTI I FIGLI ALLE DOMANDE 11 E/O 12, SI PREGA DI USARE UN FOGLIO SEPARATO E DI ALLEGARLO ALLA PRESENTE DOMANDA.

12. Si vous avez un enfant naturel ou un enfant adopté légalement qui a moins de 18 ans et est à la charge d'une autre personne, veuillez donner les renseignements suivants : Nel caso di figli naturali o legalmente adottati di età inferiore ai 18 anni che siano in affidamento o sotto la potestà altrui, si prega di fornire le seguenti informazioni:

12A. Prénom et nom de l'enfant Nome completo del figlio	Prénom et nom du tuteur Nome completo del tutore	Adresse du tuteur (N°, rue, app.) Indirizzo del tutore (strada, numero civico, interno)
12B. Prénom et nom de l'enfant Nome completo del figlio	Prénom et nom du tuteur Nome completo del tutore	Adresse du tuteur (N°, rue, app.) Indirizzo del tutore (strada, numero civico, interno)

13. Les organismes suivants ont-ils déjà reçu une demande de prestations ou versé des prestations au nom de l'un de vos enfants mentionnés à la question 11? Indicare se sia stata presentata domanda o siano state ricevute prestazioni a nome di uno dei figli indicati alla domanda 11.

	DEMANDE - DOMANDA PRESENTATA	PRESTATIONS - PRESTAZIONI RICEVUTE
Régime de pensions du Canada	<input type="checkbox"/> Oui - Sì <input type="checkbox"/> Non - No	<input type="checkbox"/> Oui - Sì <input type="checkbox"/> Non - No
Régime de rentes du Québec	<input type="checkbox"/> Oui - Sì <input type="checkbox"/> Non - No	<input type="checkbox"/> Oui - Sì <input type="checkbox"/> Non - No

Si vous avez répondu « Oui », à l'une des questions, indiquez le(s) numéro(s) d'assurance sociale qui a (ont) été utilisé(s).
 In caso di risposta **affermativa**, indicare il numero di assicurazione sociale relativo.

Numéro d'assurance sociale _____ Numéro d'assurance sociale _____
 Numero di assicurazione sociale _____ Numero di assicurazione sociale _____

TOUTE DÉCLARATION FAUSSE OU TROMPEUSE FAITE DANS LA PRÉSENTE DEMANDE CONSTITUE UNE INFRACTION AUX TERMES DE LA LOI CANADIENNE / LE NORME DI LEGGE CANADESI STABILISCONO CHE È REATO FARE DICHIARAZIONI FALSE O TENDENZIOSE IN QUESTA DOMANDA

SECTION 3 - À SIGNER PAR LE DEMANDEUR OU, SI LA SIGNATURE EST UNE CROIX, PAR UN TÉMOIN.
SEZIONE 3 - LA DICHIARAZIONE CHE SEGUE VA FIRMATA DAL RICHIEDENTE E, QUALORA IL RICHIEDENTE FIRMASSE CON UNA CROCE, DA UN TESTIMONE.

REMARQUE : Si vous présentez la demande au nom du demandeur veuillez donner sur une page séparée votre nom, votre adresse et la raison de cette demande.
NOTA BENE: Si prega di notare che chi compila la domanda a nome del richiedente deve indicare su un foglio di carta separato il proprio nome completo ed indirizzo, e le ragioni della presentazione della domanda.

14. DÉCLARATION DU DEMANDEUR - DICHIARAZIONE DEL RICHIEDENTE

Par la présente, je demande à recevoir des prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada et je déclare que, autant que je sache, tous les renseignements donnés ici sont véridiques et complets. J'accepte d'informer Développement des ressources humaines Canada de tout changement qui pourrait avoir des conséquences pour ce qui est de mon admissibilité aux prestations. J'autorise l'institution compétente de l'Italie à donner à Développement des ressources humaines Canada tous les renseignements et toutes les pièces justificatives en sa possession qui sont liés ou qui pourraient être liés à la présente demande de prestations. De plus, je reconnais que mes renseignements personnels sont régis par la *Loi sur la protection des renseignements personnels du Canada* et qu'ils peuvent être divulgués quand l'autorise le Régime de pensions du Canada.

Con la presente il sottoscritto richiede prestazioni di invalidità in applicazione del regime Régime de pensions du Canada e dichiara in tutta coscienza che le informazioni qui contenute sono vere e complete. Accetta inoltre di informare il Ministero canadese per lo sviluppo delle risorse umane (Développement des ressources humaines Canada) di qualsiasi cambiamento che possa influire sul suo diritto alle prestazioni. Autorizza inoltre l'organismo italiano competente a fornire al ministero canadese suddetto tutte le informazioni e le prove in suo possesso che si riferiscono o potrebbero riferirsi alla presente domanda di prestazioni. Dichiara inoltre di comprendere che tutte le informazioni personali che ricadono sotto l'ambito della legge canadese sulla privacy, *Loi sur la protection des renseignements personnels*, potranno essere divulgate secondo quanto stabilito dalle disposizioni del Régime de pensions du Canada

**SIGNATURE DU DEMANDEUR
 FIRMA DEL RICHIEDENTE**

Date de la demande - Data della domanda

Année Anno	Mois Mese	Jour Giorno
_____	_____	_____

Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional ou urbain)
 Numero di telefono (compreso il prefisso)

REMARQUE: La signature par une croix est acceptée si une personne responsable est témoin et remplit la déclaration ci-contre.

NOTA: La firma con una croce è accettabile se corredata dalla firma di un testimone che sia persona responsabile, in grado di completare la dichiarazione qui a destra.

**DÉCLARATION DU TÉMOIN
 DICHIARAZIONE DEL TESTIMONE**

J'ai lu le contenu de la présente demande au demandeur. Il semble avoir bien compris les questions et a signé le formulaire en ma présence en apposant une croix.

Il sottoscritto dichiara di aver letto il contenuto della presente domanda al richiedente che ha dato segno di comprenderlo pienamente e che ha apposto questa croce in mia presenza.

Signature du témoin - Firma del testimone

Nom du témoin (en lettres moulées)
 Nome del testimone (a stampatello)

Adresse du témoin (N°, rue, app.)
 Indirizzo del testimone (strada, numero civico, interno)

À L'USAGE EXCLUSIF DE L'ORGANISME DE LIAISON DU CANADA - PARTE RISERVATA ALL'ORGANISMO DI COLLEGAMENTO IN CANADA

Date de réception	En vigueur le	Date de paiement	Âge
Année Mois Jour	Année Mois Jour	Année Mois Jour	A B T
_____	_____	_____	_____

Certifié par : _____ Date _____ Vérifié par : _____ Date _____



Questionnaire

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

Questionario

per le prestazioni di invalidità, Canada Pension Plan

Fichier de renseignements personnels DRHC PPU 175
Banca informazioni personali DRHC PPU 175

Le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.
Il genere maschile è utilizzato senza intento discriminatorio ma al solo scopo di alleggerire il testo.

Nom de famille du cotisant - Cognome dell'assicurato	Numéro d'assurance sociale du cotisant au Canada Numero di assicurazione sociale dell'assicurato
	Prénom du cotisant - Nome dell'assicurato

Renseignements sur vos études, vos antécédents professionnels, votre dossier de prestataire et votre état de santé Informazioni sul grado di istruzione, lavori svolti, prestazioni ricevute e condizioni di salute

Education Grado di istruzione

<p>1. Quelle a été la dernière année d'études que vous avez terminée? Grado di istruzione più alto raggiunto a scuola</p>	<p>2. Avez-vous fréquenté le collège ou l'université? Indicare se si è frequentata università o altro istituto di istruzione post-secondaria. <input type="checkbox"/> Oui / Sì <input type="checkbox"/> Non / No</p> <p>Si vous avez répondu « Oui », veuillez indiquer combien d'années ou le diplôme reçu. Nel caso di risposta affermativa, si prega di indicare il numero di anni di studio o il titolo ottenuto.</p> <p>▶ _____</p>
---	---

3. Avez-vous déjà suivi une formation technique ou commerciale ou un apprentissage?
Indicare se si sono seguiti corsi di addestramento tecnico o professionale, o di apprendistato. Oui / Sì Non / No

Si vous avez répondu « **Oui** », veuillez indiquer le genre. Nel caso di risposta **affermativa**, specificare il tipo di corso. _____

4. **Au cours des deux dernières années**, avez-vous suivi des cours de formation technique ou commerciale, d'apprentissage ou de perfectionnement?
Indicare se **negli ultimi due anni** si sono seguiti corsi di addestramento tecnico o professionale, di apprendistato o di riqualificazione. Oui / Sì Non / No

Si vous avez répondu « **Oui** », veuillez indiquer les dates, le nom et l'adresse de l'école (des écoles) et le genre de programme. Nel caso di risposta **affermativa**, si prega di indicare le date, il nome e l'indirizzo della(e) scuola(e) e il tipo di programma.

Nom(s) de (des) l'école(s) Nome della(e) scuola(e)	Adresse(s) de (des) l'école(s) Indirizzo della(e) scuola(e)	Genre de programme Tipo di programma	Date Data

5. Prévoyez-vous suivre des cours de formation ou de perfectionnement?
Indicare se si hanno in progetto corsi di addestramento o riqualificazione professionale. Oui / Sì Non / No

Si vous avez répondu « **Oui** », veuillez expliquer. In caso di risposta **affermativa**, si prega di dare maggiori dettagli.

Antécédents professionnels Storia lavorativa

6. SI VOUS TRAVAILLEZ AU MOMENT DE VOTRE DEMANDE LAVORO AL MOMENTO DELLA DOMANDA

Travaillez-vous actuellement?
Indicare se il richiedente lavora al momento della domanda. Oui / Sì Non / No

Si vous avez répondu « **Oui** », veuillez donner les détails suivants :
In caso di risposta **affermativa**, si prega di fornire i seguenti dettagli:

Genre de travail : _____
Tipo di lavoro: _____

<input type="checkbox"/> Employé / Lavoro	<input type="checkbox"/> Autonome / Lavoro indipendente	<input type="checkbox"/> Bénévole / Volontaria
<input type="checkbox"/> Plein temps / Tempo pieno	<input type="checkbox"/> Temps partiel / Tempo parziale	<input type="checkbox"/> Saisonnier / Lavoro stagionale

Nombre d'heures par jour : Numero di ore giornaliere: _____	Nombre de jours par semaine : Numero di giorni settimanali: _____	Salaires horaires : Remunerazione oraria: _____	ou quotidien : o giornaliera: _____
--	--	--	--

Antécédents professionnels (suite)
Storia lavorativa (continua)

7. SI VOUS NE TRAVAILLEZ PAS AU MOMENT DE VOTRE DEMANDE
IL RICHIEDENTE NON LAVORA AL MOMENTO DELLA DOMANDA

- a) Indiquez le nom et l'adresse de votre employeur le plus récent.
Indicare il nome e l'indirizzo del datore di lavoro più recente.

Nom - Nome

Adresse - Indirizzo

- b) Date du début du travail (avec votre employeur le plus récent) : Date d'arrêt du travail (dernier jour avec votre employeur le plus récent) :
Data inizio lavoro (con il datore di lavoro più recente): Data fine lavoro (ultimo giorno lavorativo con il datore di lavoro più recente):

Année-Anno Mois-Mese

Année Anno Mois Mese Jour Giorno

- c) Quel genre de travail faisiez-vous? Tipo di lavoro svolto
- d) Pourquoi avez-vous arrêté de travailler? Perché ha smesso di lavorare?

8. Avez-vous fait un autre genre de travail au cours des cinq dernières années?
Indicare se si sono svolti altri tipi di lavoro negli ultimi cinque anni.

- Oui Si Non No Si vous avez répondu « **Oui** », indiquez le genre de travail et les dates (incluez tout travail fait à l'extérieur du Canada).
In caso di risposta **affermativa**, indicare il tipo di lavoro e le date relative (compreso lavoro non svolto in Canada).

		Année Anno	Mois Mese		Année Anno	Mois Mese
1.	de - da			au - a		
2.	de - da			au - a		
3.	de - da			au - a		
4.	de - da			au - a		
5.	de - da			au - a		

Travail autonome
Lavoro indipendente

Remarque : Si vous n'êtes pas travailleur autonome, passez à la question 15.
Nota bene: Chi non svolge lavoro indipendente passi alla domanda 15.

9. Veuillez décrire votre entreprise et indiquer le nombre d'employés.
Si prega di descrivere il tipo di impresa, indicando il numero di dipendenti.

10. Quand avez-vous lancé l'entreprise?
Data in cui il richiedente ha avviato l'impresa

Année Anno Mois Mese

11. Quel genre de travail faisiez-vous dans l'entreprise?
Tipo di mansioni svolte all'interno dell'impresa

12. L'entreprise est-elle actuellement en exploitation?
Indicare se l'impresa è ancora attiva

- Oui Si Non No

Si vous avez répondu « **Non** », qu'est devenue l'entreprise?
In caso di risposta **negativa**, indicare cosa è successo all'impresa.

- Vendue Vendita Louée Data in affitto Participation aux bénéfices A compartecipazione Transférée Trasferita Autre Altro

Si vous avez répondu « **Oui** », travaillez-vous dans l'entreprise?
In caso di risposta **affermativa**, indicare se si svolgono ancora mansioni.

- Oui Si Non No

Quel genre de travail faites-vous?

Quale tipo di mansioni sta svolgendo?

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

Nel caso che non si svolgano più mansioni, si prega di indicare come va avanti l'impresa.

13. À quelle année remonte la dernière déclaration de revenus de l'entreprise qui a été produite à votre nom?
Indicare l'anno in cui ha presentato, a suo nome, l'ultima dichiarazione dei redditi relativa all'impresa.

Année - Anno

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

Indicare se ai fini della dichiarazione dei redditi per l'anno in corso il richiedente si dichiarerà "lavoratore indipendente".

- Oui Si Non No

**Autre travail
Altre attività lavorative**

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)?
Indicare se negli ultimi due anni oltre al lavoro principale si sono svolte attività lavorative supplementari (come lavoro di bracciante, lavoro notturno o altro a tempo parziale).

- Non Si vous avez répondu « **Non** », passez à la question 16.
 No In caso di risposta **negativa** passare alla domanda 16.
- Oui Si vous avez répondu « **Oui** », veuillez donner les détails suivants :
 Sì In caso di risposta **affermativa**, si prega di fornire i seguenti dettagli:

Genre de travail : - Tipo di lavoro: _____

Date de début du travail : Data di inizio dell'attività:	 Année Anno	 Mois Mese	Date d'arrêt du travail : Data di fine dell'attività:	 Année Anno	 Mois Mese	Nombre d'heures de travail par jour : Numero di ore lavorative giornaliere:
---	-------------------	------------------	--	-------------------	------------------	--

Nom de l'employeur (s'il y a lieu) - Nome del datore di lavoro (se del caso)

Adresse (n°, rue, app.) - Indirizzo (strada, numero civico, interno)

Ville ou Village - Città, paese o villaggio

Code postal - CAP

Province - Provincia

Pays - Stato

16. Avant d'arrêter de travailler, avez-vous été obligé d'assumer des fonctions moins lourdes ou de faire un genre de travail différent?
Indicare se prima di interrompere il lavoro si erano svolte mansioni più leggere o di tipo diverso.

- Oui Si vous avez répondu « **Oui** », veuillez expliquer, en donnant les dates, si cela est possible.
 Sì In caso di risposta **affermativa**, si prega di fornire maggiori dettagli indicando, se possibile, le date.
- Non
 No

17. Votre médecin vous a-t-il dit quand vous pourriez retourner travailler?
Indicare se il medico ha comunicato la data in cui il richiedente può tornare al lavoro.

- Oui Si vous avez répondu « **Oui** », veuillez indiquer la date.
 Sì In caso di risposta **affermativa**, indicare la data.
- Non
 No

| | |
Année Mois Jour
Anno Mese Giorno

18. Prévoyez-vous retourner travailler ou chercher du travail dans un proche avenir?
Indicare l'intenzione di tornare al lavoro o di trovare lavoro nel prossimo futuro.

- Oui Si vous avez répondu « **Oui** », veuillez expliquer, en donnant toute date connue.
 Sì In caso di risposta **affermativa**, si prega di dare maggiori dettagli e le date se si conoscono.
- Non
 No

**Dossier de prestataire
Storia delle prestazioni ricevute**

19. Votre état actuel est-il couvert par :
Indicare se le attuali condizioni di salute sono coperte da una delle seguenti prestazioni.

Des prestations de congé de maladie versées par l'employeur? Oui Non Un régime d'assurance-invalidité? Oui Non
Prestazioni di malattia da parte del datore di lavoro. Sì No Assicurazione sull'invalidità di qualsiasi tipo. Sì No

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.
In caso di una o due risposte **affermative**, si prega di indicare il nome della(e) compagnia(e) assicuratrice(i).

**Indemnités pour accident de travail
Prestazioni « accident de travail »**

20. Vos problèmes de santé sont-ils couverts par des indemnités pour accident de travail?
Si prega di indicare se le condizioni di salute sono coperte da prestazioni del accident de travail?

- Oui Si vous avez répondu « **Oui** », veuillez donner des détails dans chaque cas.
 Sì In caso di risposta **affermativa**, si prega di fornire i dettagli per ciascun caso.

Numéro de la demande Numero della pratica	Province Provincia	Année Anno	Raison Ragione	Genre de prestation Tipo di prestazione

**État de santé
Condizioni di salute**

21. Indiquez votre : - Indicare:

Taille la propria altezza
Poids il proprio peso

22. Quelle est votre principale incapacité? - Qual'è la causa maggiore d'invalidità?

État de santé (suite)
Condizioni di salute (continua)

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

Indicare se si soffre di altre malattie o menomazioni.

Oui Non Si vous avez répondu « **Oui** », veuillez expliquer.
Si No In caso di risposta **affermativa**, si prega di fornire maggiori dettagli.

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

Data approssimativa in cui si è manifestata l'impossibilità di continuare a lavorare a causa delle condizioni di salute.

Année | Mois
Anno | Mese

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

Indicare se la causa maggiore di invalidità è il risultato di una lesione dovuta a un incidente.

Oui Non Si vous avez répondu « **Oui** », veuillez indiquer la date et décrire les circonstances de l'accident
Si No et les blessures qui en ont résulté.

Nel caso di risposta **affermativa**, si prega di indicare la data e di descrivere come si è prodotto l'incidente e le lesioni riportate.

Année | Mois | Jour
Anno | Mese | Giorno

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

Indicare se si sono dovute interrompere attività come passatempi, sport o attività di volontariato.

Oui Non Si vous avez répondu « **Oui** », veuillez expliquer et indiquer les dates dont vous pouvez vous souvenir.
Si No In caso di risposta **affermativa**, si prega di fornire maggiori dettagli e di indiquer la date che si ricordano.

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

Si prega di descrivere i problemi e/o limitazioni di cui si soffre rispetto a:

Être assis - Stare seduti	Entendre - Udito
Être debout - Stare in piedi	Parler - Parlare
Marcher - Camminare	Se souvenir - Ricordare
Soulever un objet - Sollevare oggetti	Se concentrer - Concentrarsi
Transporter un objet - Portare oggetti	Dormir - Dormire
Se pencher - Piegarsi in avanti	Respirer - Respirare
Besoins personnels (manger, se laver les cheveux, s'habiller, etc.) Cure personali (mangiare, lavarsi i capelli, vestirsi, ecc.)	Conduire une automobile - Guidare l'automobile
Voir - Vista	Utiliser les transports en commun - Usare i mezzi pubblici

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

Si prega di indicare il nome, l'indirizzo e il numero di telefono del medico che compila il rapporto medico.

Prénom et nom de famille du médecin - Nome completo del medico Ville ou Village - Città, paese o villaggio Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional ou urbain)
Adresse du domicile (N°, rue, app.) - Indirizzo domiciliare (strada, numero civico, interno) Numero di telefono (compreso il prefisso)

Code postal - CAP Province - Provincia Pays - Stato

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

Data della prima visita.

Année | Mois
Anno | Mese

Quelle est la date de votre dernière visite?

Data dell'ultima visita.

Année | Mois | Jour
Anno | Mese | Giorno

Quelles étaient les raisons de vos visites? - Ragioni delle visite.

29. Veuillez indiquer 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).

Si prega di indicare i nomi, gli indirizzi e i numeri di telefono di qualsiasi altro medico o specialista visto **negli ultimi due anni** (è disponibile lo spazio per due nomi).

1. Prénom et nom de famille du médecin - Nome completo del medico		Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional ou urbain) Numero di telefono (compreso il prefisso)	
Adresse (n°, rue, app.) - Indirizzo (strada, numero civico, interno)		Ville ou Village Città, paese o villaggio	
Code postal - CAP	Province - Provincia	Pays - Stato	
Quand avez-vous consulté ce médecin pour la première fois? Data della prima visita	Année Anno	Mois Mese	Quelle est la date de votre dernière visite? Data dell'ultima visita
		Année Anno	Mois Mese
		Jour Giorno	
Quelles étaient les raisons de vos visites? - Ragioni delle visite			

2. Prénom et nom de famille du médecin - Nome completo del medico		Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional ou urbain) Numero di telefono (compreso il prefisso)	
Adresse (n°, rue, app.) - Indirizzo (strada, numero civico, interno)		Ville ou Village Città, paese o villaggio	
Code postal - CAP	Province - Provincia	Pays - Stato	
Quand avez-vous consulté ce médecin pour la première fois? Data della prima visita	Année Anno	Mois Mese	Quelle est la date de votre dernière visite? Data dell'ultima visita
		Année Anno	Mois Mese
		Jour Giorno	
Quelles étaient les raisons de vos visites? - Ragioni delle visite			

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).
Ricoveri in ospedale **negli ultimi due anni.** Sì No
In caso di risposta **affermativa** indicare il nome e l'indirizzo dell'ospedale o ospedali (è disponibile lo spazio per due nomi).

1. Nom de l'hôpital - Nome dell'ospedale	
Adresse de l'hôpital - Indirizzo dell'ospedale	
Quand avez-vous été admis? Data del ricovero	Quand êtes-vous sorti? Data di dimissione
Année Anno	Année Anno
Mois Mese	Mois Mese
Jour Giorno	Jour Giorno
Pourquoi avez-vous été admis? Veuillez expliquer. Spiegare le cause del ricovero	Qui était le médecin traitant? Nome del medico che ha prestato le cure

2. Nom de l'hôpital - Nome dell'ospedale	
Adresse de l'hôpital - Indirizzo dell'ospedale	
Quand avez-vous été admis? Data del ricovero	Quand êtes-vous sorti? Data di dimissione
Année Anno	Année Anno
Mois Mese	Mois Mese
Jour Giorno	Jour Giorno
Pourquoi avez-vous été admis? Veuillez expliquer. Spiegare le cause del ricovero	Qui était le médecin traitant? Nome del medico che ha prestato le cure

Si vous manquez d'espace pour énumérer tous les hôpitaux auxquels vous avez été admis, veuillez utiliser une feuille de papier séparée. Se lo spazio è insufficiente per elencare tutti i ricoveri, si prega di usare un foglio di carta separato e di allegarlo.

31. Veuillez énumérer les médicaments que vous prenez actuellement. À quelle fréquence? Quelle est la dose?
Si prega di elencare tutti i farmaci che il richiedente sta prendendo, di indicare anche la frequenza di assunzione e il dosaggio.

32. Veuillez indiquer tout autre traitement, évaluation ou examen médical actuel ou futur.
Si prega di indicare anche trattamenti, esami, indagini cliniche attualmente in atto e/o futuri.

33. Veuillez indiquer les appareils médicaux que vous utilisez, par exemple : béquilles, canne, supports de membres, attelles, orthèses, fauteuil roulant, appareil auditif, stimulateur cardiaque, accessoire de stomie, prothèses.
Si prega di indicare gli ausili medici utilizzati (stampelle, bastone, ortesi per gli arti, stabilizzatori, carrozzina, ausili auditivi, pacemaker per il cuore, prodotti per stomia addominale, protesi, ecc.).

IMPORTANT IMPORTANTE

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.
Dichiaro che informerò il Ministero canadese per lo sviluppo delle risorse umane di eventuali miglioramenti nelle mie condizioni di salute e degli eventuali lavori che svolgerò.

Signature du cotisant/du demandeur
Firma dell'assicurato/richiedente

Année
Anno

Mois
Mese

Jour
Giorno



**Autorisation de dévoiler des renseignements /
Consentement à une évaluation médicale**

**Autorizzazione alla divulgazione di informazioni/
Consenso alla valutazione medica**

Le masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.
Il genere maschile è utilizzato senza intento discriminatorio ma al solo scopo di alleggerire il testo.

Numéro d'assurance sociale du cotisant au Canada Numero canadese di assicurazione sociale dell'assicurato	
Nom de famille du cotisant Cognome dell'assicurato	Prénom du cotisant Nome dell'assicurato
Adresse du domicile (n°, rue, app.) Indirizzo domiciliare (strada, numero civico, interno)	
Ville ou Village - Città, paese o villaggio	
Code postal - CAP	Pays - Stato
Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional ou urbain) Numero di telefono (compreso il prefisso)	

Par les présentes, j'autorise les médecins, hôpitaux, employeurs, établissements scolaires, institutions étrangères compétentes et les autres organismes médicaux ou professionnels, ainsi que les Programmes provinciaux d'indemnités des accidents du travail et des maladies professionnelles ou les administrateurs de régimes privés d'assurance à divulguer à Développement des ressources humaines Canada les renseignements qu'ils possèdent afin d'aider à déterminer si je suis invalide aux termes du Régime de pensions du Canada.

En vue de fournir d'autres preuves médicales d'invalidité, je consens, sur demande de Développement des ressources humaines Canada, à être examiné par un médecin qualifié ou par un spécialiste consultant et à subir les tests de diagnostic que ce médecin ou ce spécialiste jugera nécessaires. J'autorise également Développement des ressources humaines Canada à fournir au médecin, pour les fins de cet examen, tout renseignement médical pertinent au sujet de mon invalidité.

Tout renseignement personnel que possède Développement des ressources humaines Canada est protégé aux termes de la loi régissant le Régime de pensions du Canada et de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. J'ai le droit de demander l'accès à ces renseignements.

J'ai lu les déclarations ci-dessus. Je comprends que cette information est essentielle pour établir si je suis touché ou continue d'être touché par une invalidité mentale ou physique grave et prolongée. De plus, cette information servira à établir la date de début et d'arrêt de mon invalidité aux termes du Régime de pensions du Canada. Je comprends également que, si je refuse d'y consentir, les renseignements contenus dans mon dossier serviront à prendre une décision qui pourra m'être défavorable.

Con la presente, il sottoscritto autorizza medici, ospedali, datori di lavoro, istituti di istruzione, organismi stranieri competenti o altri organismi medici o di formazione professionale, come pure le autorità dei programmi provinciali per il compenso di infortuni sul lavoro e malattie occupazionali o i responsabili di assicurazioni private, a divulgare le informazioni contenute nei loro archivi al Ministero canadese per lo sviluppo delle risorse umane (Développement des ressources humaines Canada) al fine di stabilire se il sottoscritto sia invalido ai sensi delle disposizioni del Canada Pension Plan.

Al fine di fornire ulteriori prove mediche per la valutazione dell'invalidità, accetta, dietro richiesta del ministero suddetto (Développement des ressources humaines Canada) di sottoporsi a visita di medico qualificato o di medico specialista e a quei test diagnostici che il dottore o lo specialista ritengano necessari. Autorizza inoltre il suddetto ministero a fornire tutte le informazioni mediche rilevanti, relative alla sua invalidità, al dottore che lo visiterà ai fini della visita stessa.

Tutte le informazioni personali ricevute dal ministero canadese Développement des ressources humaines Canada sono protette ai sensi delle disposizioni del Canada Pension Plan e della legge sulla privacy, *Privacy Act*. Il sottoscritto dichiara di avere diritto di accesso, dietro richiesta, a queste informazioni.

Il sottoscritto ha letto le dichiarazioni precedenti e comprende che queste informazioni sono essenziali per stabilire se egli soffre o continui a soffrire di una menomazione fisica o mentale grave e prolungata. Inoltre queste informazioni saranno usate per stabilire la data di decorrenza e fine dell'invalidità secondo le norme stabilite dal Canada Pension Plan. Dichiara inoltre di comprendere che qualora non dovesse dare il suo consenso sui punti precedenti, una decisione verrà presa sulla base della sola documentazione disponibile nella sua pratica, cosa che potrebbe risultare in un rifiuto della domanda.

Signature du cotisant/du demandeur Firma dell'assicurato/richiedente	<input type="text"/>	AAAA/MM/JJ AAAA/MM/GG
Doit être rempli par un témoin lorsque le cotisant/le demandeur signe au moyen d'une croix, ou par le représentant dans le but de déterminer si le cotisant est invalide. La parte che segue va compilata da un testimone qualora l'assicurato/richiedente abbia firmato con una croce, o da chi lo rappresenta allo scopo di stabilire se l'assicurato è invalido.		
Signature du témoin Firma del testimone	<input type="text"/>	AAAA/MM/JJ AAAA/MM/GG
Nom de famille du témoin - Cognome del testimone	Prénom du témoin - Nome del testimone	
Adresse du domicile (n°, rue, app.) - Indirizzo domiciliare (strada, numero civico, interno)		Village ou Village - Città, paese o villaggio
Code postal - CAP	Pays - Stato	Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional ou urbain) Numero di telefono (compreso il prefisso)

La présente autorisation et le présent consentement demeurent en vigueur pour deux ans à partir de la date de signature, à moins d'une révocation antérieure par écrit par le cotisant/le demandeur ou le représentant qui signe ce formulaire. Tout document reproduit par photocopieur ou béliographe est considéré comme étant l'original.
Il presente modulo di autorizzazione/consenso ha la validità di due anni dalla data della firma a meno che non venga revocato per iscritto dall'assicurato/richiedente o dalla persona che lo rappresenta e che firma il modulo. Le copie fotostatiche o telecopiate avranno la stessa validità dell'originale.



Le masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.
Il genere maschile è utilizzato senza intento discriminatorio ma al solo scopo di alleggerire il testo.

Formulaire d'autorisation et de consentement Autorizzazione / Modulo di consenso

Nom de famille du cotisant
Cognome dell'assicurato

Numéro d'assurance sociale du cotisant au Canada
Numero canadese di assicurazione sociale dell'assicurato

Prénom du cotisant
Nome dell'assicurato

Par les présentes, j'autorise _____ (Nom du médecin) - (nome del medico) à communiquer
Con la presente, il sottoscritto autorizza _____, la divulgazione di qualsiasi informazione medica

à Développement des ressources humaines Canada tout renseignement médical pertinent afin d'aider à déterminer si je suis invalide aux termes du Régime de pensions du Canada. Je comprends que cette information est essentielle pour établir si je suis touché ou continue d'être touché par une invalidité mentale ou physique grave et prolongée. De plus, cette information servira à établir la date de début et d'arrêt de mon invalidité aux termes du Régime de pensions du Canada. Je comprends également que, si je refuse d'y consentir, les renseignements contenus dans mon dossier serviront à prendre une décision qui pourra m'être défavorable.

relativa alla sua domanda, al Ministero canadese per lo sviluppo delle risorse umane (Développement des ressources humaines Canada) allo scopo di stabilire se il sottoscritto sia invalido ai sensi delle disposizioni del Canada Pension Plan. Dichiaro inoltre di comprendere che queste informazioni sono essenziali al fine di stabilire se il sottoscritto soffre, o continui a soffrire di una invalidità fisica o mentale grave e prolungata. Inoltre queste informazioni verranno utilizzate per stabilire la data di decorrenza o di fine dell'invalidità ai sensi delle disposizioni del Canada Pension Plan. Il sottoscritto comprende inoltre che qualora decidesse di non dare il proprio consenso, la decisione verrà presa sulla base della sola documentazione presente nella sua pratica, cosa che potrebbe risultare in un rifiuto della domanda.

Signature du cotisant / du demandeur
Firma dell'assicurato/richiedente

Année Mois Jour
Anno Mese Giorno

AVIS AU MÉDECIN - NOTA AL MEDICO

- Votre patient a présenté une demande de pensions d'invalidité aux termes du Régime de pensions du Canada et vous a autorisé à divulguer des renseignements à son sujet. Pour nous aider à déterminer son admissibilité, nous vous saurions gré de remplir le rapport médical au nom de votre patient **et de lui envoyer le plus tôt possible**. Veuillez écrire à l'encre et lisiblement. **Un retard pourrait influencer sur l'admissibilité de votre patient aux prestations.**

Il suo paziente ha presentato domanda di prestazioni di invalidità ai sensi delle disposizioni del Canada Pension Plan e le ha fornito l'autorizzazione a divulgare le informazioni richieste nel rapporto medico allegato. La preghiamo di voler completare il rapporto a nome del suo paziente per permetterci di stabilire il diritto alle prestazioni. Si prega di scrivere a penna e con calligrafia leggibile, e **di recapitare il rapporto compilato al paziente con la massima celerità in quanto un ritardo potrebbe influire sul diritto alle prestazioni.**

- Pour être admissible, une personne doit être invalide selon la définition du Régime de pensions du Canada.
Per avere diritto alle prestazioni la persona che fa domanda deve risultare invalida ai sensi delle disposizioni del Canada Pension Plan.
- L'invalidité est une déficience physique ou mentale grave et prolongée. « **Grave** » signifie que la personne est « **régulièrement incapable de détenir une occupation véritablement rémunératrice** ». « **Prolongée** » signifie que l'invalidité grave devrait persister longtemps et qu'on ne peut établir sa durée avec certitude ou qu'elle entraînera vraisemblablement le décès.
Per invalidità si intende una menomazione fisica o mentale che sia grave e prolungata. "**Grave**" vuol dire che la persona in causa è **incapace** di svolgere qualsiasi mansione sostanzialmente remunerativa; "**prolungata**" significa che si prevede che l'invalidità grave abbia un decorso lungo, che la sua durata non possa essere prevista con precisione o che potrebbe condurre alla morte.
- Il serait utile que vous nous fournissiez une évaluation des restrictions fonctionnelles du patient.
Sarebbe utile che lei fornisse qualche misura delle limitazioni funzionali del paziente.
- Les personnes qui font une demande peuvent être tenues de subir un examen médical indépendant par un médecin désigné par Développement des ressources humaines Canada.
Il ministero canadese competente (Développement des ressources humaines Canada) può designare un medico che sottoponga il richiedente ad esame medico indipendente.
- L'établissement de l'invalidité est une décision qui relève du Régime de pensions du Canada, d'après des preuves médicales objectives et d'autres facteurs.
La decisione sull'invalidità di una persona ricade sotto la responsabilità del Canada Pension Plan. Per stabilire il diritto del paziente alle prestazioni vengono tenuti in considerazione reperti medici obiettivi ed altri fattori.

LOI SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS - LEGGE SULLA PRIVACY

Conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels*, toute personne a le droit de consulter les renseignements ou dossiers, dont les rapports médicaux, que possède l'administration publique fédérale à son sujet. L'information contenue dans toutes les demandes au Régime de pensions du Canada qui sont présentées aux termes d'un accord réciproque de sécurité sociale figure dans les fichiers de renseignements personnels DRHC PPU 175.

La legge sulla privacy (*Privacy Act*) stabilisce che un individuo ha il diritto di richiedere qualsiasi informazione o documentazione che lo riguarda, compresi i rapporti medici, che si trovano negli archivi del governo federale. Le informazioni contenute nelle domande relative a prestazioni Canada Pension Plan, presentate in applicazione di un accordo reciproco sulla previdenza sociale, si trovano nella banca di informazioni personali DRHC PPU 175.

Remarques : Vous pouvez, à votre discrétion, remplacer ce rapport par une lettre ou un imprimé d'ordinateur décrivant le cas d'une façon générale.

Nota: Il medico ha la facoltà, a sua discrezione, di sostituire il presente rapporto con una lettera o stampato computerizzato in forma narrativa sulle condizioni del paziente.

**VEUILLEZ CONSERVER LE FORMULAIRE D'AUTORISATION ET DE CONSENTEMENT DANS VOS DOSSIERS
SI PREGA DI CONSERVARE IL PRESENTE FORMULARIO DI AUTORIZZAZIONE/CONSENSO NELLA PRATICA RELATIVA**



Rapport médical Rapporto medico

Le masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.
Il genere maschile è utilizzato senza intento discriminatorio ma al solo scopo di alleggerire il testo.



Doit être rempli par le cotisant/le requérant :
Parte riservata all'assicurato/richiedente:

Nom de famille du cotisant Cognome dell'assicurato		Numéro d'assurance sociale du cotisant au Canada Numero canadese di assicurazione sociale dell'assicurato	
Prénom du cotisant Nome dell'assicurato		Ville ou Village - Città, paese o villaggio	
Adresse du domicile (n°, rue, app.) Indirizzo domiciliare (strada, numero civico, interno)			
Code postal - CAP	Pays - Stato	Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional ou urbain) Numero di telefono (compreso il prefisso)	

Doit être rempli par le médecin :
Parte riservata al medico:

1. Date de la première visite du patient : Data della prima visita del paziente: Année Mois Jour Anno Mese Giorno _____	Date de la dernière visite du patient : Data dell'ultima visita del paziente: Année Mois Jour Anno Mese Giorno _____	
2. Diagnosis(es): Diagnosi (una o più): 		
3. Antécédents médicaux pertinents / importants : Aspetti rilevanti/significativi dell'anamnesi: 		
4. Hospitalisation : Nom des établissements, dates approximatives d'hospitalisation au cours des deux dernières années et raison(s) de l'admission et du traitement. Ricove ri in ospedale: Nome delle istituzioni, date approssimative di ricovero negli ultimi due anni, ragioni e trattamento. 		
5. Taille : Altezza: _____	Poids : Peso: _____	Tension artérielle Pressione sanguigna: _____

6. Observations et constatations positives sur le plus récent examen clinique : Veuillez indiquer toute restriction fonctionnelle mesurable. Osservazioni e reperti obiettivi del più recente esame clinico: Si prega di indicare eventuali limitazioni funzionali misurabili.	
7. Opinions de consultants, rapports de laboratoire, radiographies, etc., pertinents : Si vous avez joint des pièces, désirez-vous les ravoir? Reperti pertinenti come opinioni di specialisti, rapporti di laboratorio, radiografie: Indicare se si desidera che venga restituita l'eventuale documentazione allegata.	<input type="checkbox"/> Oui Si <input type="checkbox"/> Non No
8. Prévoyez-vous effectuer d'autres examens ou évaluations médicales? Si « Oui », veuillez indiquer la nature de l'examen, l'endroit, la date et par qui. Sono in programma future visite o indagini mediche? In caso di risposta affermativa, si prega di indicarne il tipo, il luogo, la data e da chi verranno condotte.	<input type="checkbox"/> Oui Sì <input type="checkbox"/> Non No
9. Médicaments actuels : Énumérez les médicaments par nom générique ou commercial et indiquez la dose et la fréquence. Farmaci attualmente prescritti: Si prega di indicarne il nome generico o commerciale, il dosaggio e la frequenza di assunzione.	
10. Traitement : Veuillez indiquer le genre et la réaction. Trattamento: Si prega di indicare il tipo di trattamento e la risposta del paziente.	
11. Résumé et pronostic : Sommario e prognosi:	

Nom du médecin Nome del medico		Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional ou urbain) Numero di telefono (compreso il prefisso)		
Adresse du domicile (n°, rue, app.) Indirizzo (strada, numero civico, interno)	Code postal CAP	Ville ou Village Città, paese o villaggio	Pays Stato	
<input type="checkbox"/> Médecin de famille Medico di famiglia	<input type="checkbox"/> Spécialité, le cas échéant Specializzazione (se applicabile)			
Signature Firma		Année Anno	Mois Mese	Jour Giorno
				



Guida per compilare la domanda e relativi moduli per le prestazioni d'invalidità erogate dal regime pensionistico canadese (RPC) in virtù dell'accordo di sicurezza sociale tra il Canada e l'Italia

Chi:

- è residente in Italia; e
- desidera fare domanda di prestazioni d'invalidità in base al regime pensionistico canadese (RPC),

deve completare la “Domanda di prestazioni di invalidità Régime de pension du Canada in virtù dell'Accordo di sicurezza sociale tra il Canada e l'Italia”*.

L'assicurato che ha interrotto il lavoro da almeno dodici mesi è pregato di presentare la domanda con la massima rapidità. Qualsiasi ritardo nella presentazione della domanda potrebbe significare la perdita del diritto alle prestazioni d'invalidità oppure la perdita di alcuni mesi di prestazioni qualora la domanda fosse approvata.

La presente guida è stata preparata per aiutare il richiedente a compilare la domanda ed i moduli relativi. Si prega di leggerla attentamente e di seguire le istruzioni in essa contenute. Per dare corso tempestivo alla domanda, il Ministero canadese per lo sviluppo delle risorse umane *deve* essere in possesso di tutte le informazioni richieste in questi moduli. Dall'accuratezza con cui è completato il modulo dipende la qualità del servizio fornito.

- * Chi desidera fare domanda di prestazioni canadesi di vecchiaia (SV), o di pensione di ritiro dal lavoro, prestazioni ai superstiti, ai figli superstiti, o prestazioni in caso di morte, deve compilare un modulo differente, denominato “Domanda di prestazioni canadesi di vecchiaia, ritiro dal lavoro e superstiti in virtù dell'Accordo di sicurezza sociale tra il Canada e l'Italia.” Il modulo è disponibile presso lo stesso ufficio dal quale si è ottenuta la presente guida.

Ce guide est également offert en français sous le titre
*Guide pour remplir une demande de prestations d'invalidité
et les formulaires pertinents du Régime de pensions du Canada
en vertu de l'Accord de sécurité sociale entre le Canada et l'Italie*
This guide is also available in English under the title
*Guide for Completing an Application and Supporting forms
for Canada Pension Plan Disability Benefits
under the Agreement on Social Security between Canada and Italy*

Criteri di ammissibilità

Per avere diritto alle prestazioni di invalidità in base al regime pensionistico canadese (RPC) il richiedente:

- non deve avere compiuto i 65 anni di età;

- deve essere invalido;
- deve aver versato contributi al regime pensionistico canadese (RPC) in qualsiasi momento successivo all'istituzione del regime stesso nel 1966;
- deve aver versato contributi al suddetto RPC o al sistema di previdenza sociale italiano per quattro dei sei anni immediatamente precedenti l'invalidità.

Per essere considerato invalido in conformità alle disposizioni del regime pensionistico canadese (RPC), il richiedente deve soffrire di un'invalidità fisica o mentale grave e prolungata. "Grave" significa che l'assicurato non può svolgere regolarmente un'attività adeguatamente retribuita; "prolungata" significa che si prevede che l'invalidità abbia durata lunga ed indefinita o conduca alla morte.

Prestazione al figlio di un assicurato invalido in base al regime pensionistico canadese (RPC)

Ha diritto a questa prestazione il figlio a carico (biologico o adottivo) dell'assicurato che ha diritto alle prestazioni d'invalidità, qualora:

- non abbia compiuto i 18 anni; oppure
- abbia compiuto il 18° ma non il 25° anno di età e frequenti corsi scolastici o universitari a tempo pieno.

Chi richiede questa prestazione per un figlio a carico sotto i 18 anni, può farlo utilizzando lo stesso modulo con il quale fa domanda per prestazioni di invalidità (vedere pagina 5 della Guida per maggiori dettagli).

Il figlio che ha compiuto i 18 anni deve presentare domanda per la prestazione separatamente, utilizzando il modulo denominato "Domanda per le prestazioni ai figli RPC in virtù dell'Accordo di sicurezza sociale tra il Canada e l'Italia". Questo modulo è reperibile su questo sito web oppure presso gli uffici della previdenza sociale.

Domanda e moduli relativi

Modulo di domanda

La corrispondenza relativa alla domanda inviata dal Ministero canadese per lo sviluppo delle risorse umane sarà in inglese o francese, secondo la preferenza espressa nel modulo. Si prega di indicare nella casella corrispondente in cima al modulo, la lingua in cui si desidera ricevere questa corrispondenza.

Sezione 1 – Informazioni di carattere generale sull'assicurato

- Chi compila la domanda a nome di qualcuno che è incapace di farlo da solo, deve fornire informazioni riguardanti la persona per la quale si presenta la domanda. Si prega di accludere una breve dichiarazione che spieghi la ragione per cui il richiedente non è in grado di presentare la domanda da solo.

Domanda 1

Si prega di indicare sia il numero italiano di previdenza sociale che il numero canadese di assicurazione sociale (NAS). Nei casi in cui non si ha o non si conosce il numero canadese, le informazioni fornite alle domande 2 e 4 dovrebbero essere sufficienti ad identificare il richiedente.

Domanda 2

Si prega di fornire il proprio nome per intero (nome o nomi, e cognome) e il cognome alla nascita (qualora sia differente). Il cognome alla nascita è necessario per la corretta identificazione del richiedente nel caso in cui il nome sia cambiato in seguito a matrimonio o per altre ragioni.

Domanda 3

Se il nome sulla carta canadese di assicurazione sociale è diverso da quello fornito alla domanda 2, si prega di indicare alla domanda 3 il nome completo *esattamente* come compare sulla carta. Questo serve a facilitare il controllo dei contributi versati e a stabilire il diritto alle prestazioni di invalidità da parte del Ministero canadese per lo sviluppo delle risorse umane.

Domanda 4

Si prega di indicare la data di nascita e di fornire il certificato di stato di famiglia, oppure il certificato di nascita o battesimo.

Domanda 5

Si prega di indicare lo stato civile attuale.

Domande 6 e 7

Per rispondere alla domanda 6 è necessario fornire l'indirizzo del domicilio attuale. Chi desidera ricevere sia la corrispondenza relativa alla domanda che il pagamento delle prestazioni presso un indirizzo diverso, è pregato di fornire questo indirizzo nella risposta alla domanda 7. In caso contrario, passare alla domanda 8.

Domanda 8

Le informazioni ottenute con questa domanda permetteranno al Ministero canadese per lo sviluppo delle risorse umane di stabilire se la domanda è di pertinenza del regime pensionistico canadese o di quello del Quebec (RPC oppure RRQ)¹.

Nei casi in cui l'assicurato ha versato contributi ad entrambi i regimi pensionistici suddetti, è la provincia di residenza al momento della partenza dal Canada che determina quale piano pensionistico si applichi al caso. Chi ha versato contributi ad entrambi i regimi ed ha diritto a prestazioni di invalidità, riceverà l'intero importo della prestazione dal regime pertinente sulla base dei contributi totali ad entrambi i regimi.

Domanda 9

Chi ha periodi di residenza o ha versato contributi in paesi diversi dal Canada e dall'Italia, potrebbe aver diritto a prestazioni sulla base del sistema di previdenza sociale del paese in questione. È importante, perciò, rispondere nel modo più completo alla domanda 9 per ricevere tutte le prestazioni cui si ha diritto.

¹ Il regime pensionistico canadese si applica su tutto il territorio canadese ad eccezione della provincia del Quebec dove è in vigore il piano pensionistico del Quebec (Régie des rentes du Québec).

Domanda 10

Secondo le disposizioni del regime pensionistico canadese (RPC), i periodi di remunerazione ridotta o nulla in cui l'assicurato si è preso cura di figli in giovane età possono essere eliminati dal calcolo delle prestazioni. Questo produce spesso un aumento nell'importo della prestazione. Per usufruire di questa disposizione, va dimostrato il diritto agli assegni familiari o al credito di imposta per i figli, dopo il 1° gennaio 1966, per figlio o figli di età inferiore ai 7 anni. Se il coniuge di diritto o di fatto ha ricevuto assegni familiari o crediti d'imposta per quel figlio dopo il 1° gennaio 1966, si prega di segnalare il fatto in risposta alla domanda 10. In caso di risposta affermativa, invieremo un modulo specifico nel quale il richiedente potrà fornire tutte le informazioni più specifiche necessarie per usufruire di questa maggiorazione.

Sezione 2 - Riservata alla domanda di prestazioni al figlio di un assicurato invalido (per un figlio minore di 18 anni)

- La prestazione per conto del figlio minore di 18 anni è pagata all'assicurato qualora si tratti di figlio biologico o legalmente adottato, che è ancora a carico o sotto la tutela del richiedente. **Nei casi in cui il figlio sia a carico o sotto la tutela di persona diversa dall'assicurato, è questa persona che deve fare domanda per la prestazione a nome del figlio.**

Domanda 11

Il richiedente deve elencare tutti i figli minori di 18 anni per i quali fa domanda di prestazioni, indicarne la data di nascita e fornire un certificato di nascita o di battesimo per ciascuno dei figli. Il richiedente dovrebbe anche indicare se si tratta di figli biologici o legalmente adottati. Se la risposta fornita è "altro", si prega di spiegare brevemente le circostanze (come ad esempio se si tratta dei figli biologici o adottivi del coniuge di diritto o di fatto).

Domanda 12

Nel caso in cui il figlio dell'assicurato sia a carico e sotto la tutela di un'altra persona, è quella persona che deve presentare domanda per la prestazione a nome del figlio. Si prega di elencare i nomi del figlio o figli e di indicare il nome e l'indirizzo della persona in questione. Il Ministero canadese per lo sviluppo della risorse umane provvederà poi ad inviare un modulo di domanda direttamente a quella persona.

Domanda 13

Si prega di indicare se siano state richieste o ricevute prestazioni per i figli elencati alla domanda 11 dal regime pensionistico canadese (RPC) o da quello del Quebec (RRQ). In caso di risposta affermativa, si prega di fornire il numero di assicurazione sociale con il quale si sono richieste o ricevute le prestazioni.

In base alle disposizioni del regime pensionistico canadese (RPC) i figli possono ricevere fino ad un massimo di due prestazioni forfetarie se entrambi i genitori erano assicurati e sono defunti, oppure sono invalidi, e se il richiedente soddisfa i criteri stabiliti per entrambe le prestazioni.

Sezione 3 - Dichiarazione

- Si prega di firmare il modulo di domanda.

L'apposizione della firma alla domanda costituisce dichiarazione che le informazioni in essa contenute sono vere. È dovere del richiedente notificare il Ministero canadese per lo sviluppo della risorse umane di tutti quei cambiamenti che possano far decadere il diritto alla prestazione, come ad esempio un miglioramento nelle condizioni di salute; il ritorno al lavoro a tempo pieno o parziale, o per un periodo di prova; la frequenza di scuola o università, corsi di formazione professionale o riabilitazione. La firma costituisce anche autorizzazione all'organismo di previdenza sociale italiano di fornire al Ministero canadese per lo sviluppo della risorse umane tutte le informazioni che possano modificare il diritto alle prestazioni canadesi per le quali si presenta la domanda.

- La dichiarazione del testimone è necessaria *solo* quando l'assicurato/richiedente firma con una croce.

Questionario

Nel questionario è necessario fornire informazioni sulla propria situazione. Fornendo i dettagli sul livello di studi, il lavoro svolto, le prestazioni percepite e le condizioni di salute, il richiedente fa in modo che il regime pensionistico canadese abbia in suo possesso tutte le informazioni necessarie alla valutazione della domanda.

Autorizzazione a divulgare informazioni/ Modulo di consenso alla visita medica

Il modulo autorizza il regime pensionistico canadese (RPC) ad ottenere informazioni sul richiedente relative alle condizioni mediche, alla formazione professionale e agli studi svolti. Il modulo va completato, firmato e datato.

Autorizzazione/Modulo di consenso

Il modulo permette al medico curante di divulgare informazioni al regime pensionistico canadese (RPC). Una volta completato, il modulo va consegnato al medico curante al momento della richiesta di preparazione del rapporto medico.

Rapporto medico

Il rapporto medico deve essere preparato dal medico che meglio conosce l'invalidità del richiedente.

- Scrivere a stampatello il nome, l'indirizzo ed il numero di telefono nello spazio fornito alla prima pagina del modulo. Scrivere anche il numero di assicurazione sociale canadese in cima ad ogni pagina.
- Al medico va richiesto di completare il resto del modulo e restituirlo al richiedente.

Una volta ricevuto il modulo col referto medico, allegarlo alla domanda debitamente compilata e alla documentazione richiesta, e mettere il tutto in una busta da recapitare a mano o per posta all'Ufficio di Sicurezza sociale più vicino .

Informazioni supplementari

Documenti richiesti

Alla domanda vanno allegati i seguenti documenti:

- certificato di nascita o di battesimo, oppure certificato di stato di famiglia;
- certificato di nascita o battesimo per ogni figlio a carico o sotto tutela, elencato alla domanda 11;
- rapporti medici, cartelle ospedaliere o altre informazioni sull'invalidità che il richiedente ritiene utili ai fini della valutazione dell'invalidità da parte dei funzionari del regime pensionistico canadese.

Per tutti i documenti richiesti è possibile presentare la copia originale oppure una fotocopia autenticata come conforme all'originale. Tutti i documenti originali saranno restituiti al richiedente tempestivamente. Le copie di documenti originali devono essere autenticate da una delle persone seguenti: contabile, chiropratico, funzionario addetto alle dichiarazioni giurate, dentista, medico, funzionario di ministero federale o provinciale o di ente ministeriale, direttore di pompe funebri, giudice di pace, avvocato, magistrato, direttore di istituto finanziario, membro del parlamento federale o provinciale, o suo dipendente, sacerdote o ministro del culto, impiegato municipale, notaio, rappresentante ufficiale di stato con cui il Canada ha firmato un accordo di sicurezza sociale, rappresentante di ambasciata, consolato o alto commissariato, farmacista, agente di polizia, direttore di ufficio postale, ingegnere iscritto all'albo, assistente sociale o insegnante.

La persona che autentica la fotocopia deve indicare il proprio titolo ufficiale, il numero di telefono, la data in cui il documento è stato autenticato, scrivere il proprio nome a stampatello, firmare ed aggiungere la frase che segue: "La presente fotocopia è conforme al documento originale che non è stato alterato in alcuna maniera."

Pagamento delle prestazioni di invalidità

Le prestazioni d'invalidità sono pagabili a partire dal quarto mese dalla data della decisione favorevole; è possibile ricevere fino ad un massimo di 12 mesi di pagamenti retroattivi.

Al compimento del 65° anno di età, la pensione d'invalidità, qualora fosse ancora in pagamento, è rimpiazzata da una pensione di ritiro dal lavoro pagabile a partire dal mese successivo al compimento dei 65 anni. (Non è necessario presentare alcuna domanda in quanto la pensione è convertita automaticamente. All'assicurato sarà inviata comunicazione scritta dell'importo della pensione di ritiro dal lavoro).

L'importo della pensione d'invalidità e della prestazione per il figlio che siano già in pagamento viene adeguato ogni anno a gennaio per riflettere i cambiamenti nel costo della vita, secondo le stime dell'Indice dei prezzi al consumo canadese.

Divisione dei crediti del regime pensionistico canadese (RPC)

Nel caso di divorzio o annullamento di matrimonio successivo al 1° gennaio 1987, i crediti pensionistici accumulati da entrambi i coniugi durante gli anni di vita insieme sono divisi in parti uguali tra i due. Questa divisione è obbligatoria non appena il Ministro canadese per lo sviluppo delle risorse umane abbia ricevuto le informazioni necessarie per procedere. Disposizioni diverse si applicano se il divorzio o l'annullamento hanno avuto luogo prima del 1° gennaio 1987, e la divisione dei contributi non è obbligatoria. Se un matrimonio, legalmente valido, si è concluso con una separazione dopo il 1° gennaio 1987 e se la separazione ha avuto durata di un anno, entrambi i coniugi possono chiedere la divisione dei crediti pensionistici. Non è stato fissato un limite di tempo per la domanda di divisione dei crediti a seguito di separazione, tranne che nel caso di decesso di uno dei due coniugi separati. Anche i coniugi di fatto separati possono fare

domanda per una divisione dei contributi pensionistici entro quattro anni dalla separazione, dopo una separazione di un anno.

Chi ritiene di aver diritto alla divisione dei crediti e desidera richiederla è pregato di allegare alla domanda di prestazioni d'invalidità una breve dichiarazione scritta a questo riguardo. Il Ministero canadese per lo sviluppo della risorse umane invierà in un secondo momento un modulo speciale per ottenere le informazioni necessarie a stabilire se è possibile procedere alla divisione.

Tutela delle informazioni personali

Le informazioni richieste nel modulo di domanda saranno utilizzate per stabilire il diritto alle prestazioni di invalidità in base al regime pensionistico canadese (RPC). In conformità alle disposizioni di legge, le informazioni relative al richiedente possono essere fornite soltanto agli organismi direttamente interessati. Inoltre, la legge canadese sulla tutela delle informazioni personali vieta la divulgazione di informazioni di archivio senza il previo consenso dell'interessato, salvo in occasioni del tutto specifiche (come in caso di mandato di arresto o di comparizione, o ai fini dell'applicazione di una legge).

Le informazioni fornite dal richiedente nella domanda per le prestazioni d'invalidità in base al regime pensionistico canadese saranno conservate nella banca dati di informazioni personali DRHC PPU 175; il richiedente ha diritto di accesso a tutte le informazioni che lo riguardano presenti negli archivi del governo federale. Per facilitare l'accesso dei diretti interessati a queste informazioni, il governo canadese ha pubblicato un Indice delle informazioni personali. Sia l'indice che i moduli per richiedere le informazioni sono disponibili presso le Ambasciate, gli Alti commissariati e i Consolati canadesi.



Guide pour remplir une demande de prestations d'invalidité et les formulaires pertinents du Régime de pensions du Canada en vertu de l'Accord de sécurité sociale entre le Canada et l'Italie

Si vous :

- résidez en Italie; et
- souhaitez présenter une demande de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada,

vous devez remplir une « Demande de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada en vertu de l'Accord de sécurité sociale entre le Canada et l'Italie »*.

Si vous ne travaillez plus depuis au moins 12 mois, veuillez présenter votre demande le plus tôt possible. Si vous tardez à présenter votre demande, vous n'aurez peut-être plus droit à une prestation d'invalidité ou vous perdrez peut-être plusieurs mois de prestations si votre demande est approuvée.

Ce guide a été préparé pour vous aider à remplir le formulaire de demande et les formulaires pertinents. Veuillez lire le guide attentivement et suivre les instructions qui y sont données. Pour que votre demande puisse être traitée le plus rapidement possible, Développement des ressources humaines Canada *doit* avoir toute l'information qui est demandée sur les formulaires. Nous vous offrirons un meilleur service si les formulaires sont dûment remplis.

- * Si vous souhaitez présenter une demande de pension de la Sécurité de la vieillesse du Canada ou une demande de prestations de retraite, de survivant, d'enfant survivant ou de décès du Régime de pensions du Canada, vous devrez remplir un formulaire intitulé « Demande de prestations canadiennes de vieillesse, de retraite et de survivants en vertu de l'Accord de sécurité sociale entre le Canada et l'Italie ». Vous pouvez obtenir ce formulaire sur ce site et à votre bureau de sécurité sociale le plus près.

This guide is also available in English under the title
*Guide for Completing an Application and Supporting Forms
for Canada Pension Plan Disability Benefits under the Agreement on
Social Security between Canada and Italy*
Questa guida è anche disponibile in italiano col titolo di
*Guida per compilare la Domanda e relativi moduli per
le Prestazioni d'Invalidità erogate dal Regime Pensionistico Canadese (RPC)
in virtù dell'Accordo di Sicurezza Sociale tra il Canada e l'Italia*

Conditions d'admissibilité

Pour avoir droit à une pension d'invalidité du Régime de pensions du Canada, vous devez :

- avoir moins de 65 ans;

- être invalide;
- avoir cotisé au Régime de pensions du Canada à n'importe quel moment depuis l'entrée en vigueur du Régime en 1966;
- avoir cotisé au Régime de pensions du Canada ou au système de sécurité sociale de l'Italie durant quatre des six années précédant immédiatement votre invalidité.

Pour être considérée comme une personne invalide aux termes du Régime de pensions du Canada, vous devez avoir une invalidité physique ou mentale qui est grave et prolongée. Une invalidité « grave » signifie que vous êtes régulièrement incapable de détenir une occupation véritablement rémunératrice. Une invalidité « prolongée » signifie qu'elle durera vraisemblablement pendant une période longue et indéfinie ou qu'elle entraînera vraisemblablement le décès.

Prestation d'enfant de cotisant invalide du Régime de pensions du Canada

Si vous avez droit à une pension d'invalidité et si vous occupez d'un enfant à charge (y compris un enfant adopté), cet enfant peut avoir droit à une prestation d'enfant de cotisant invalide si cet enfant a :

- moins de 18 ans; ou
- entre 18 et 25 ans et fréquente une école ou une université à temps plein.

Vous pouvez présenter une demande de prestations pour un enfant à votre charge âgé de moins de 18 ans sur le même formulaire que vous utilisez pour demander votre propre pension d'invalidité. (On trouve de plus amples renseignements à la page 4 du présent guide).

Si votre enfant a 18 ans ou plus, il devrait présenter une demande *distincte* pour recevoir cette prestation. L'enfant doit remplir un formulaire intitulé « Demande de prestations d'enfant du Régime de pensions du Canada en vertu de l'Accord de sécurité sociale entre le Canada et l'Italie ». Ce formulaire est offert sur ce site et à votre bureau de sécurité sociale le plus près.

Pour remplir votre formulaire de demande et les formulaires pertinents

Formulaire de demande

La correspondance concernant votre demande qu'enverra Développement des ressources humaines Canada sera rédigée en français ou en anglais, selon votre choix. Dans la partie supérieure du formulaire, à la section prévue, veuillez indiquer la langue dans laquelle vous souhaitez recevoir cette correspondance.

Section 1 - Renseignements généraux sur le cotisant

- Si vous présentez une demande de prestations au nom d'une personne qui est incapable de le faire elle-même, vous devriez fournir des renseignements concernant cette personne. Veuillez joindre une déclaration qui explique brièvement la raison pour laquelle le demandeur est incapable de présenter une demande.

Question 1

Veuillez indiquer votre numéro d'assurance sociale de l'Italie ainsi que votre numéro d'assurance sociale au Canada. Si vous n'avez pas de numéro d'assurance sociale au Canada ou si vous ne connaissez pas ce renseignement, l'information que vous donnerez aux questions 2 et 4 du formulaire de demande peut suffire à vous identifier.

Question 2

Donnez le nom au complet (prénom et nom de famille) de même que le nom de famille à la naissance (s'il est différent). Le nom de famille à la naissance permettra d'identifier correctement le demandeur si le nom a été changé à la suite d'un mariage ou pour toute autre raison.

Question 3

Si le nom figurant sur la carte d'assurance sociale du Canada est différent du nom indiqué à la question 2, veuillez indiquer à la question 3 le nom au complet, *exactement* comme il figure sur la carte. Ainsi, nous pourrons plus facilement vérifier les cotisations au Régime de pensions du Canada.

Question 4

Veuillez indiquer votre date de naissance et présenter votre certificat d'état de famille, votre acte de naissance ou votre extrait de baptême.

Question 5

Veuillez indiquer votre état civil actuel.

Questions 6 et 7

L'adresse de votre domicile actuel est demandée à la question 6. Si vous souhaitez recevoir la correspondance concernant votre demande ainsi que les prestations à une autre adresse, veuillez indiquer cette adresse à la question 7; sinon, passez à la question 8.

Question 8

L'information demandée à cette question est nécessaire pour que Développement des ressources humaines Canada puisse déterminer si votre demande relève de l'autorité du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec¹.

Si vous avez cotisé au Régime de rentes du Québec et au Régime de pensions du Canada, c'est la province de résidence au moment de votre départ du Canada qui détermine le régime qui s'applique à vous. Si vous avez cotisé aux deux régimes et si vous avez droit à une prestation d'invalidité, le régime applicable paiera le montant total de la prestation d'après les cotisations totales aux deux régimes.

Question 9

Si vous avez résidé dans un pays autre que le Canada et l'Italie ou si vous avez versé des cotisations de sécurité sociale dans un autre pays, vous pouvez avoir droit à des prestations dans le cadre du système de sécurité sociale de ce pays-là. Par conséquent, vous devez donner une réponse complète à la question 9 pour que vous receviez toutes les prestations auxquelles vous avez droit.

¹

Le Régime de pensions du Canada est appliqué dans tout le Canada, sauf dans la province de Québec où il existe un programme semblable, le Régime de rentes du Québec.

Question 10

En vertu du Régime de pensions du Canada, les périodes de gains nuls ou peu élevés pendant lesquelles vous avez pris soin de jeunes enfants peuvent ne pas être prises en considération au moment du calcul d'une prestation; cela fera souvent augmenter le montant de la prestation. Pour que cette disposition s'applique, il faut avoir été admissible aux Allocations familiales ou à la prestation fiscale pour enfants du Canada après le 1^{er} janvier 1966 pour des enfants de moins de 7 ans. Si vous ou votre époux ou conjoint de fait avez été admissible aux Allocations familiales ou à la prestation fiscale pour enfants du Canada pour un enfant de moins de 7 ans après le 1^{er} janvier 1966, veuillez l'indiquer à la question 10. Si votre réponse est « Oui », nous vous enverrons un formulaire distinct sur lequel vous pourrez donner tous les renseignements particuliers dont nous aurons besoin pour que cette disposition s'applique.

Section 2 - À remplir si vous présentez une demande de prestation d'enfant de cotisant invalide pour un enfant de moins de 18 ans

- Une prestation pour un enfant de moins de 18 ans peut vous être versée si cette personne est votre enfant naturel ou un enfant adopté légalement et si vous en avez la garde et la surveillance. **Cependant, si une autre personne a la garde et la surveillance de cet enfant, elle devrait présenter une demande de prestations pour l'enfant.**

Question 11

Veillez dresser une liste de tous vos enfants de moins de 18 ans pour lesquels vous présentez une demande de prestation, indiquer leur date de naissance et présenter un acte de naissance ou un extrait de baptême pour chaque enfant. Vous devriez également indiquer s'ils sont vos enfants naturels ou des enfants adoptés légalement. Si vous avez répondu « AUTRE », veuillez expliquer les circonstances (c'est-à-dire, s'agit-il d'enfants naturels ou d'enfants adoptés légalement de votre époux ou conjoint de fait?).

Question 12

Si une autre personne a la garde et la surveillance des enfants, elle devrait présenter une demande de prestations pour eux. Veuillez indiquer le nom des enfants ainsi que le nom et l'adresse de la personne. Développement des ressources humaines Canada enverra par la suite un formulaire de demande directement à cette personne.

Question 13

Veillez indiquer si une demande de prestations a été présentée ou si des prestations ont été reçues dans le cadre du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec pour les enfants indiqués à la question 11. Si votre réponse est « Oui », veuillez indiquer le numéro d'assurance sociale sous lequel les prestations ont été demandées ou reçues.

Un enfant peut recevoir jusqu'à deux prestations uniformes en vertu du Régime de pensions du Canada si les deux parents étaient des cotisants au Régime de pensions du Canada et s'ils sont décédés ou invalides, et si toutes les conditions d'admissibilité sont respectées à l'égard des deux prestations.

Section 3 - Partie réservée aux déclarations

- Veuillez signer le formulaire de demande.

En signant la demande, vous atteste la vérité de l'information qui y est fournie. Vous devez informer Développement des ressources humaines Canada de tout changement qui pourrait modifier la continuité de votre admissibilité ou de celle du cotisant aux prestations. Il peut s'agir

de l'amélioration de votre état de santé ou de celui du cotisant; du retour à un travail à temps plein, à temps partiel, ou à une période de travail d'essai; de la fréquentation d'une école ou d'une université; de la formation dans les métiers ou de la formation technique; ou d'une réadaptation. Vous autorisez également l'institution de sécurité sociale de l'Italie à fournir à Développement des ressources humaines Canada l'information qui peut modifier votre admissibilité ou celle du cotisant aux prestations canadiennes demandées.

- La déclaration du témoin est nécessaire *seulement* lorsque le cotisant, ou le demandeur, signe au moyen d'une croix.

Questionnaire

Sur le questionnaire, vous devriez donner des renseignements sur votre situation. Si vous fournissez des détails sur vos études, vos antécédents professionnels, vos prestations et votre état de santé, le Régime de pensions du Canada aura toutes les données nécessaires lors de l'examen de votre demande.

Formulaire d'autorisation de dévoiler des renseignements/ Consentement à une évaluation médicale

Ce formulaire autorise le Régime de pensions du Canada à obtenir des renseignements sur votre état de santé, vos activités professionnelles et vos études. Vous devez remplir, signer et dater ce formulaire.

Formulaire d'autorisation et de consentement

Ce formulaire permet à votre médecin de communiquer des renseignements au Régime de pensions du Canada. Ce formulaire rempli doit être remis à votre médecin au moment où vous lui demandez de remplir votre rapport médical.

Rapport médical

Le Rapport médical doit être rempli par le médecin qui connaît le mieux votre état de santé incapacitant.

- Inscrivez en majuscules votre nom, votre adresse et votre numéro de téléphone à l'espace prévu, à la page couverture du formulaire. Indiquez votre numéro d'assurance sociale à la partie supérieure de chaque page.
- Demandez au médecin qu'il remplisse le reste du formulaire et qu'il vous le retourne.

Dès que le rapport médical rempli vous est retourné, mettez-le dans une enveloppe avec le formulaire de demande et les documents pertinents remplis et apportez ou postez le tout à votre bureau de sécurité sociale le plus près

Renseignements supplémentaires

Documents nécessaires

Il est nécessaire de joindre les documents suivants à votre demande :

- votre acte de naissance ou votre extrait de baptême;

- un acte de naissance ou un extrait de baptême pour chaque enfant sous votre garde et votre surveillance que vous avez inscrit à la question 11;
- tout rapport médical, document de sortie d'hôpital ou autre renseignement qui, à votre avis, pourrait aider l'administration du Régime de pensions du Canada à déterminer la nature de votre invalidité.

Pour chacun des documents requis, vous pouvez présenter l'original ou une photocopie certifiée conforme. Tous les documents originaux vous seront retournés dans les meilleurs délais. Si vous présentez des photocopies de documents, elles doivent être certifiées par : un avocat, un chiropraticien, un commissaire à l'assermentation, un comptable, un dentiste, un député fédéral ou provincial ou un de ses employés, un directeur d'institution financière, un directeur funéraire, un employé d'un ministère fédéral ou provincial ou une de ses agences, un enseignant, un greffier municipal, un ingénieur professionnel, un juge de paix, un magistrat, un maître de poste, un médecin, un ministre de culte, un notaire, un pharmacien, un policier, un représentant d'une ambassade, d'un consulat ou d'un haut-commissariat, un représentant d'un pays avec lequel le Canada a un accord de sécurité social ou un travailleur social.

La personne qui certifie la photocopie doit indiquer son poste officiel, son numéro de téléphone, la date de certification, elle doit aussi y indiquer son nom et la signer, enfin elle doit ajouter : « Cette photocopie est conforme au document original, laquelle n'a été modifiée d'aucune façon ».

Versement des prestations d'invalidité

Des prestations d'invalidité sont versées à partir du quatrième mois suivant la date à laquelle vous êtes réputé être devenu invalide. Vous pouvez recevoir des versements rétroactifs pour un maximum de 12 mois.

Si vous recevez encore une pension d'invalidité au moment où vous atteignez l'âge de 65 ans, la pension est remplacée par une pension de retraite, qui est versée à partir du mois suivant votre 65^e anniversaire de naissance. (La présentation d'une demande n'est pas nécessaire; la pension est convertie automatiquement. On vous informera par écrit du taux de votre pension de retraite.)

Dès que votre pension et que toute prestation d'enfant commencent à être versées, le montant sera rajusté en janvier de chaque année. Ce rajustement tient compte des fluctuations du coût de la vie selon l'indice des prix à la consommation au Canada.

Partage des crédits de pension du Régime de pensions du Canada

Si un mariage se termine par un divorce ou une annulation à partir du 1^{er} janvier 1987, les crédits de pension du Régime de pensions du Canada accumulés par les deux époux durant leur vie ensemble sont partagés également entre ces personnes. Ce partage est obligatoire dès que le ministre du Développement des ressources humaines reçoit l'information lui permettant de prendre cette mesure. Si le divorce ou l'annulation a eu lieu avant le 1^{er} janvier 1987, d'autres conditions s'appliquent, et le partage des crédits de pension n'est pas obligatoire. De même, si un mariage légal s'est terminé par une séparation après le 1^{er} janvier 1987 et si la séparation a duré une année, l'un ou l'autre des époux peut présenter une demande de partage des crédits de pension. Aucun délai n'est fixé pour la présentation d'une demande de partage des crédits de pension après la séparation, sauf dans le cas du décès de l'un des époux séparés. De plus, les anciens conjoints de fait peuvent présenter une demande de partage des crédits de pension dans les quatre années suivant leur séparation, s'ils vivent séparément depuis un an.

Si vous pensez avoir droit à un partage des crédits de pension du Régime de pensions du Canada et si vous voulez en faire la demande, veuillez joindre à votre demande une courte déclaration écrite à cet effet. Développement des ressources humaines Canada vous enverra par la suite un formulaire spécial sur lequel vous pourrez fournir les renseignements nécessaires pour déterminer si un partage des crédits de pension peut être fait.

Protection des renseignements personnels

Les renseignements demandés sur le formulaire de demande serviront à déterminer votre admissibilité à une prestation d'invalidité en vertu du Régime de pensions du Canada. Les dispositions législatives du Régime prévoient que les renseignements à votre sujet peuvent être fournis seulement aux organismes qui ont le droit de les recevoir. De plus, la Loi sur la protection des renseignements personnels (Canada) interdit la divulgation de vos dossiers sans votre consentement, sauf dans des circonstances particulières (comme pour respecter un mandat ou une citation à comparaître, ou pour faire appliquer une loi).

Les renseignements à votre sujet qui portent sur votre demande de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada seront versés aux fichiers de renseignements personnels DRHC PPU 175. Vous avez le droit de demander à consulter tout renseignement à votre sujet que possède le gouvernement fédéral. Pour vous aider à obtenir ces renseignements, le gouvernement a publié un Répertoire des renseignements personnels. Vous pouvez vous procurer le répertoire et les formulaires de demande de renseignements aux ambassades, aux haut-commissariats et aux consulats du Canada.