

Avant de remplir ce formulaire, veuillez prendre connaissance de l'information suivante :

- En tant que personne atteinte d'une invalidité totale et permanente et ayant droit à une rente différée d'un régime de retraite du secteur public, vous pouvez obtenir une prestation d'invalidité.
- Votre consentement est obligatoire pour que nous ayons accès à des renseignements relatifs à votre état de santé. Un rapport médical doit être rempli par votre médecin, et vous devrez assumer les frais s'y rattachant. Toutefois, si une expertise médicale est nécessaire, les frais s'y rattachant seront assumés par Retraite Québec.
- Les renseignements demandés concernant votre formation et votre travail permettront au médecin de Retraite Québec de déterminer votre capacité à exercer votre emploi habituel ou tout autre emploi pour lequel vous avez une qualification acceptable.

Veuillez écrire en lettres détachées.

1. Renseignements sur l'identité de la personne qui demande une prestation d'invalidité

Inscrivez votre numéro d'assurance sociale ou le numéro d'identification qui est indiqué sur votre relevé de participation.

Numéro d'assurance sociale		Numéro d'identification	
		1 7	
Sexe	Nom de famille	Prénom	
<input type="checkbox"/> F	Nom de famille à la naissance, si différent	Date de naissance année mois jour	
<input type="checkbox"/> M			
Adresse (numéro, rue, appartement ou case postale)			
Ville	Province	Pays	Code postal
Téléphone		Langue de correspondance	
Au domicile	ind. rég.	Autre	ind. rég.
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	français
Au travail	ind. rég.	Poste	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>			anglais
Indiquez le régime de retraite auquel vous participiez avant votre invalidité.			

2. Renseignements sur votre formation et votre travail

2.1 Études et formation

2.1.1 Combien d'années d'études avez-vous terminées? _____

2.1.2 Quel est le dernier diplôme obtenu? _____

2.1.3 Veuillez énumérer les autres cours de formation ou de perfectionnement que vous avez suivis (y compris la formation en milieu de travail, les cours d'intérêt particulier, etc.).

3. Consentement et signature

En remplissant ce formulaire, je consens à ce que les médecins, les professionnels de la santé et les établissements de santé ou de services sociaux vous communiquent les renseignements médicaux et psychosociaux pertinents qu'ils détiennent à mon sujet. Ce consentement vaut aussi pour mes employeurs et, le cas échéant, pour d'autres organismes à qui j'ai fait une demande de prestations en raison de mon état de santé.

À moins d'une révocation écrite de ma part, le présent consentement demeure en vigueur, même en cas de décès, jusqu'à la décision définitive de Retraite Québec. Il vise les renseignements médicaux et psychosociaux présents à mon dossier de même que ceux qui seront obtenus par la suite jusqu'à la décision définitive.

J'atteste que les renseignements fournis sont complets et exacts.

Signature _____ Date

année	mois	jour

Si vous avez rempli ce formulaire pour une autre personne, veuillez fournir les renseignements demandés ci-après.

Avez-vous déjà fourni une procuration ou un mandat de protection? Oui Non

Si non, veuillez joindre ce document à la demande.

Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nom de famille	Prénom	
Adresse (numéro, rue, appartement ou case postale)			
Ville	Province	Pays	Code postal
Téléphone <small>ind. rég.</small>		Télécopieur <small>ind. rég.</small>	
Poste			

Important

Veuillez vous assurer que vous ou votre médecin nous transmettez les deux parties du présent formulaire (RSP-502), qui comprend vos renseignements personnels et la partie du médecin.

Avis aux médecins:

- Une prestation d'invalidité est payable à une personne atteinte d'une invalidité totale et permanente. Cette invalidité est définie, au sens de la Loi de l'impôt sur le revenu, comme une déficience physique ou mentale qui empêche une personne d'occuper l'emploi pour lequel elle est raisonnablement qualifiée par ses études, sa formation ou son expérience et qui durera vraisemblablement jusqu'à son décès.
- Les renseignements fournis dans ce rapport doivent permettre aux médecins de Retraite Québec de déterminer si la personne qui fait l'objet de ce rapport est incapable, en raison d'une invalidité totale et permanente, d'exercer son emploi habituel ou tout autre emploi pour lequel elle est raisonnablement qualifiée.
- Ce formulaire est également disponible dans notre site Web et peut être rempli à l'écran.
- Afin d'accélérer le traitement de la demande de prestation d'invalidité, veuillez nous retourner le plus rapidement possible ce rapport et les renseignements fournis par la personne.

Veuillez écrire en lettres détachées.

1. Renseignements sur l'identité de la ou du médecin

Nom de famille		Prénom	
Spécialité (s'il y a lieu)			Numéro de permis (C.M.Q.)
Adresse (numéro, rue, bureau, local ou case postale)			
Ville	Province	Pays	Code postal
Téléphone		Téléphone	
ind. rég.		ind. rég.	
Au travail	Poste	Autre	

2. Renseignements sur la personne qui demande une prestation d'invalidité d'un régime de retraite du secteur public

Numéro d'assurance sociale			
Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nom de famille		Prénom
	Nom de famille à la naissance, si différent		Date de naissance année mois jour

6. Investigation

6.1 Indiquez les résultats d'investigation et joignez une copie des documents pertinents à l'appui (imagerie médicale, pathologie, ECG d'effort, tests de fonction respiratoire, etc.).

6.2 Des consultations ou investigations additionnelles sont-elles prévues ou demandées? Oui Non

6.2.1 Si oui, lesquelles? Indiquez également la date.

Note: Vous pouvez joindre une page additionnelle si nécessaire.

7. Autres renseignements

À votre connaissance, existe-t-il d'autres documents médicaux que nous pourrions consulter? Oui Non

Si oui, précisez l'organisme concerné :

- Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST).
- Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ).
- Compagnie d'assurance. Indiquez-en le nom : _____
- Hôpital.

Nom de l'hôpital	Date approximative	
	année	mois

- Autres établissements (centre de réadaptation, clinique de physiothérapie, CLSC, etc.). Indiquez-en le nom :

Nom de l'établissement

8. Traitement

8.1 Cette personne prend-elle des médicaments actuellement? Oui Non

Si oui, indiquez la dose et la fréquence.

8.2 Suit-elle ou a-t-elle suivi d'autres traitements? Oui Non

Si oui, précisez.

8.3 Prévoyez-vous d'autres traitements? Oui Non

Si oui, précisez.

9. Capacité de travail

9.1 Cette personne peut-elle ou pourrait-elle reprendre éventuellement son emploi habituel? Oui Non

9.1.1 Pourquoi?

9.2 En tenant compte de sa scolarité, de sa formation ou de son expérience, cette personne peut-elle ou pourrait-elle occuper tout autre emploi?

9.3 Le cas échéant, depuis quand son état physique ou psychiatrique empêche-t-il cette personne d'occuper son emploi ou tout autre emploi?

11. Autres considérations

11.1 Indiquez, s'il y a lieu, les renseignements médicaux qui ne peuvent être communiqués à cette personne au risque de lui causer un préjudice grave.

11.2 À quel moment pourra-t-elle y avoir accès?

12. Attestation et signature de la ou du médecin

J'atteste que les renseignements fournis sont complets et exacts et qu'ils sont conformes aux observations faites lors des examens cliniques.

Signature _____

Date

année

mois

jour



Transmettez-nous en ligne les deux parties de ce formulaire et les documents requis au :

www.retraitequebec.gouv.qc.ca.

La demande sera ainsi traitée plus rapidement, puisque le délai postal sera éliminé.

Si vous ne pouvez pas utiliser le service en ligne, veuillez nous retourner les deux parties de ce formulaire et les documents requis à l'adresse suivante:
Retraite Québec, case postale 5500, succursale Terminus, Québec (Québec) G1K 0G9