

# Demande de prestations d'invalidité du Régime de rentes du Québec

## Renseignements concernant la demande

### Les prestations d'invalidité

Si vous êtes invalide, vous pourriez avoir droit aux prestations d'invalidité du Régime de rentes du Québec, c'est-à-dire :

- la rente d'invalidité;
- la rente d'enfant de cotisant invalide.

### Les conditions d'admissibilité

Retraite Québec peut vous déclarer invalide si vous répondez aux conditions suivantes :

- Vous avez moins de 65 ans.
- Vous avez suffisamment cotisé au Régime.
- Votre condition médicale est **grave** et **permanente**. Elle doit donc vous empêcher de faire à temps plein tout genre de travail et elle doit **durer pour toujours** sans aucune amélioration possible.

Nous ne considérons pas votre condition médicale comme grave si **depuis votre invalidité**, vous pouvez avoir un emploi adapté à vos limitations et que cet emploi vous rapporte 1 882 \$ ou plus par mois (montant pour 2026).

Si vous avez **entre 60 et 65 ans**, nous pouvons également vous déclarer invalide si votre état de santé vous empêche de faire votre travail habituel ou vous oblige à réduire votre temps de travail depuis au moins trois mois. Pour chacun de ces trois mois, votre revenu ne doit pas dépasser le maximum permis par mois. Vous devez toutefois démontrer un attachement récent au marché du travail, c'est-à-dire avoir cotisé au Régime pour au moins trois des six dernières années de votre période de cotisation. La période de cotisation se termine l'année où nous reconnaissons une cotisante ou un cotisant invalide.

Notez que vous pouvez recevoir une rente d'invalidité même si vous recevez la rente de retraite du Régime.

**Important :** Vous devez nous aviser si vous recommencez à travailler ou si vous augmentez votre nombre d'heures de travail pendant que nous étudions votre demande de prestations d'invalidité.

### La rente d'invalidité

La rente d'invalidité est :

- imposable. Elle s'ajoute à votre revenu annuel pour le calcul des impôts;
- payable à partir du quatrième mois qui suit celui où nous reconnaissons une cotisante ou un cotisant comme invalide. Ainsi, une cotisante ou un cotisant reconnu invalide en janvier reçoit le premier versement de sa rente en mai;
- indexée, donc réajustée en janvier de chaque année en fonction du coût de la vie.

### Le montant de la rente d'invalidité

Chaque versement mensuel de la rente d'invalidité se compose :

- d'un montant fixe (610,43 \$ par mois en 2026);
- d'un montant qui varie selon les revenus de travail inscrits au dossier de la cotisante ou du cotisant au Régime.

Pour les personnes âgées de 60 à 65 ans, chaque versement mensuel se compose :

- du montant fixe de la rente d'invalidité;
- de la rente de retraite du Régime. Vous la recevez automatiquement puisqu'elle remplace le montant variable de la rente d'invalidité qui arrête d'être versé à 60 ans.

### À partir de 65 ans

À 65 ans, vous arrêterez de recevoir votre rente d'invalidité. Cependant, votre rente de retraite du Régime augmentera. Vous recevrez alors 100 % de celle-ci. Vous n'avez aucune démarche à faire. Ce changement sera fait automatiquement.

Vous pourriez aussi recevoir la pension de la Sécurité de la vieillesse versée par le gouvernement du Canada. Vous devrez toutefois la demander.

## La rente d'enfant de cotisant invalide

Si la rente d'invalidité est accordée, les enfants de la cotisante ou du cotisant invalide pourraient avoir droit à une rente d'enfant de cotisant invalide jusqu'à l'âge de 18 ans à condition d'en faire la demande<sup>1</sup>.

Sont admissibles à cette rente :

- les enfants biologiques ou adoptifs de la cotisante ou du cotisant invalide;
- les enfants qui résident depuis au moins un an avec la cotisante ou le cotisant au moment où cette personne est déclarée invalide, si celle-ci leur tient lieu de mère ou de père.

Les enfants ne sont pas considérés comme ceux de la cotisante ou du cotisant invalide lorsqu'ils sont placés chez cette personne en famille d'accueil et que cette dernière reçoit des sommes à cette fin.

La rente d'enfant de cotisant invalide est payable en priorité à la cotisante ou au cotisant invalide si cette personne subvient aux besoins des enfants. Sinon, cette rente est versée à la personne qui a la charge des enfants. Notez que, peu importe à qui cette rente d'enfant est versée, celle-ci ne peut pas faire diminuer la rente d'invalidité. Elle est aussi imposable et doit faire partie du revenu personnel de l'enfant.

La rente d'enfant de cotisant invalide est versée chaque mois. Elle prend fin aux 18 ans de l'enfant ou lorsque la rente d'invalidité cesse d'être versée. Si la personne qui reçoit la rente d'enfant de cotisant invalide cesse d'avoir la charge des enfants, elle doit nous en aviser rapidement afin que nous puissions désigner une nouvelle ou un nouveau destinataire pour cette rente.

<sup>1</sup> Les enfants qui reçoivent déjà une rente d'orphelin ou une rente d'enfant de cotisant invalide ne peuvent pas en recevoir une deuxième.

## Effet sur d'autres prestations

### Rente de conjoint survivant

Le fait de recevoir des prestations d'invalidité peut faire diminuer le montant de la rente de conjoint survivant, si vous en recevez déjà une du Régime.

### Prestations d'invalidité – Canada

Vous ne pouvez pas recevoir des prestations d'invalidité du Régime de rentes du Québec si vous recevez déjà de telles prestations du Régime de pensions du Canada.

### Prestations d'invalidité – autres organismes publics ou privés

Si vous recevez ou devez recevoir des prestations d'autres organismes, publics ou privés, vérifiez auprès d'eux si la réception de prestations d'invalidité et de la rente de retraite (pour les 60 ans et plus) en vertu du Régime de rentes du Québec peut entraîner une réduction de vos autres prestations.

Si vous recevez ou avez reçu des prestations d'une compagnie d'assurance privée durant une période où nous vous reconnaissons ou reconnaissons comme invalide, certaines sommes pourraient devoir lui être remises de façon rétroactive.

Notez que pour établir l'invalidité, nous n'appliquons pas les mêmes critères que la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) ni le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS). Les critères utilisés par les compagnies d'assurance peuvent également différer de ceux de Retraite Québec.

## Comment faire votre demande

Veillez remplir le formulaire et nous le transmettre sans attendre le *Rapport médical*. La date à laquelle nous recevons votre demande peut influencer le début de votre prestation. En effet, nous ne pouvons pas reconnaître plus de 12 mois d'invalidité avant la date de réception de votre demande, même si vous êtes invalide depuis plus longtemps.

Vous devez faire remplir le *Rapport médical* par votre médecin et lui demander de nous le retourner dans les plus brefs délais. Pour rédiger ce rapport, votre médecin peut vous réclamer des honoraires, qui sont à vos frais.

## Travail à l'extérieur du Canada

Si vous avez participé à un régime de sécurité sociale à l'étranger, vous pourriez avoir droit à une pension de ce régime. Notez que la prestation du Régime de rentes du Québec n'est pas réduite si vous recevez une pension d'un autre pays.

## Marche à suivre – Demande de prestations d'invalidité du Régime de rentes du Québec

1. Répondez à toutes les questions de la *Demande de prestations d'invalidité – Régime de rentes du Québec*.
2. Remplissez et signez le *Consentement à la communication de renseignements médicaux, psychosociaux et administratifs*.
3. Joignez une copie de tout document médical ou résultat d'analyse en votre possession concernant votre invalidité. **(N'envoyez pas de radiographies.)**
4. **Transmettez-nous en ligne ce formulaire et les documents requis, s'il y a lieu, à [retraitequebec.gouv.qc.ca/transmettre](http://retraitequebec.gouv.qc.ca/transmettre) ou via Mon Dossier. Votre demande sera traitée plus rapidement, puisque le délai postal sera éliminé.** Si vous ne pouvez pas utiliser le service en ligne, veuillez nous envoyer vos documents à l'adresse suivante :

Retraite Québec  
Case postale 5200  
Québec (Québec) G1K 7S9

**Vérifiez le tarif postal, surtout si des documents sont joints, et postez votre demande le plus tôt possible.**

## Marche à suivre – Rapport médical

1. Remplissez vous-même les sections 1 et 2 du *Rapport médical*.
2. Remettez le *Rapport médical* à votre médecin, qui le remplira et nous le fera parvenir.

## Accès aux documents des organismes publics et protection des renseignements personnels

Les renseignements personnels recueillis dans ce formulaire sont nécessaires à l'étude de cette demande. Le fait de ne pas les fournir dans les sections obligatoires peut allonger le délai de traitement ou en entraîner le rejet. Seul notre personnel autorisé a accès à ces renseignements lorsqu'ils sont nécessaires à l'exercice de ses fonctions: leur communication à des tiers ne peut se faire que dans les cas prévus par la loi. La Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels permet à la personne concernée par ces renseignements de les consulter et de les faire rectifier.

## Délai de réponse

Dans notre *Déclaration de services aux citoyennes et citoyens*, nous nous engageons à répondre à une demande de prestations d'invalidité dans un délai de 150 jours si l'information reçue initialement suffit pour que nous prenions une décision. Le délai débute au moment où nous avons en main votre demande et le rapport de votre médecin.

De plus, vous pouvez consulter en tout temps le service en ligne Mon dossier pour suivre le cheminement de votre demande.

Si vous ne répondez pas aux critères d'admissibilité de base, le refus de votre demande sera fondé exclusivement sur un traitement automatisé de certains de vos renseignements personnels.

## Traitement de votre demande

Nous effectuons les étapes de traitement suivantes :

- réception et analyse de votre demande. Vérification des critères administratifs pour établir votre admissibilité selon le Régime de rentes du Québec (votre nombre d'années de cotisation au Régime, votre date d'arrêt de travail ou de réduction du temps de travail, etc.) et obtention des renseignements manquants au besoin.

Si vous êtes admissible sur le plan administratif, d'autres étapes suivront alors :

- envoi de votre dossier à notre équipe de professionnelles et professionnels de la santé;
- vérification des renseignements médicaux contenus dans votre demande ainsi que dans le rapport médical. Obtention, au besoin, de renseignements médicaux complémentaires auprès de votre médecin traitant, de médecins spécialistes, d'hôpitaux, de compagnies d'assurance ou d'organismes gouvernementaux avec lesquels vous avez été en contact, pour compléter votre dossier médical;
- analyse du dossier par une ou un membre de notre équipe de professionnelles et professionnels de la santé pour déterminer si vous pouvez être reconnue ou reconnu invalide selon la Loi sur le régime de rentes du Québec. Dans certaines situations, une expertise médicale peut être demandée;
- décision rendue par Retraite Québec concernant votre demande.

## Pour obtenir plus de renseignements

Par Internet

Mon  dossier

Mon lien avec  
Retraite Québec

[retraitequebec.gouv.qc.ca/mondossier](https://retraitequebec.gouv.qc.ca/mondossier)

Par téléphone

Région de Québec : **418 643-5185**

Région de Montréal : **514 873-2433**

Sans frais : **1 800 463-5185**



**Transmettez-nous en ligne ce formulaire et les documents requis, s'il y a lieu, à [retraitequebec.gouv.qc.ca/transmettre](https://retraitequebec.gouv.qc.ca/transmettre) ou via Mon Dossier. Votre demande sera traitée plus rapidement, puisque le délai postal sera éliminé.**

Si vous ne pouvez pas utiliser le service en ligne, veuillez nous envoyer vos documents à l'adresse suivante :  
Retraite Québec, case postale 5200, Québec (Québec) G1K 7S9



**Afin d'éviter de retarder le traitement de votre demande, assurez-vous :**

- de bien remplir toutes les sections du formulaire;
- d'inscrire votre numéro d'assurance sociale à tous les endroits indiqués;
- de remplir et de signer le *Consentement à la communication de renseignements médicaux, psychosociaux et administratifs* ci-joint.

Si vous n'avez pas assez d'espace pour répondre à certaines questions, fournissez les renseignements additionnels sur une autre feuille et n'oubliez pas d'y inscrire votre numéro d'assurance sociale. Avant chaque renseignement fourni, indiquez le numéro de la question à laquelle il fait référence.

**Transmettez-nous en ligne ce formulaire et les documents requis, s'il y a lieu, à [retraitequebec.gouv.qc.ca/transmettre](https://retraitequebec.gouv.qc.ca/transmettre) ou via Mon dossier. Votre demande sera traitée plus rapidement, puisque le délai postal sera éliminé.**

Si vous ne pouvez pas utiliser le service en ligne, veuillez nous envoyer vos documents à l'adresse suivante :  
 Retraite Québec, case postale 5200, Québec (Québec) G1K 7S9.

Veuillez écrire en lettres détachées.

**Inscrivez votre numéro d'assurance sociale**

--	--	--

**1. Renseignements sur votre identité**

Sexe  <input type="checkbox"/> F  <input type="checkbox"/> M	Nom de famille	Prénom	
	Nom de famille à la naissance, si différent	Prénom à la naissance, si différent	
Date de naissance année    mois    jour		Lieu de naissance (ville, province, pays)	
Nom de famille de votre mère à sa naissance (sans son prénom)		Prénom de votre mère	
Nom de famille de votre père		Prénom de votre père	
Langue de correspondance <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais			
Adresse (numéro, rue, appartement ou case postale)			
Ville	Province	Pays	Code postal
Téléphone			
Au domicile <small>ind. rég.</small>		Autre <small>ind. rég.</small>	
		Poste	
Si vous résidez à l'extérieur du Canada, indiquez la dernière province du Canada où vous avez habité.			

**2. Participation à un régime de sécurité sociale à l'extérieur du Canada**

 Avez-vous participé à un régime de sécurité sociale à l'étranger?  Oui  Non

Si oui, indiquez le ou les pays : \_\_\_\_\_

Inscrivez le ou les numéros d'assurance sociale à l'étranger : \_\_\_\_\_

--	--	--

### 3. Renseignements sur les enfants

Certaines conditions peuvent vous aider à devenir admissible à la prestation ou à faire augmenter son montant :

- Si vous avez reçu des prestations familiales du Québec ou du Canada pour des enfants.
- Si vous étiez admissible à des prestations familiales, mais que vous n'en avez pas reçu en raison de votre revenu familial trop élevé.

**3.1** Au cours de votre vie, **avez-vous eu des enfants nés après 1958** (peu importe leur âge actuel)?  Oui  Non

**3.2** Au cours de votre vie, **avez-vous adopté ou pris en charge<sup>1</sup> des enfants nés après 1958** (peu importe leur âge actuel)?  
 Oui  Non

Si vous avez répondu **non** aux questions **3.1** et **3.2**, passez à la **section 4**.

**3.3** Avez-vous reçu à **votre nom** des prestations familiales pour ces enfants? (Ces prestations sont habituellement versées à la mère.)  Oui. Remplissez ce qui suit.  Non. Passez à la **section 4**.

Renseignements sur les enfants			
1 <sup>er</sup> enfant			
Nom de famille à la naissance		Prénom	Date de naissance année    mois    jour
Lieu de naissance (province, pays)	Date d'adoption ou de prise en charge (s'il y a lieu) année    mois	Date de décès (si l'enfant est décédé avant l'âge de 7 ans) année    mois	
Si l'enfant est né à l'extérieur du Canada	Date d'arrivée au Canada année    mois	Province de résidence lors de l'arrivée au Canada	
2 <sup>e</sup> enfant			
Nom de famille à la naissance		Prénom	Date de naissance année    mois    jour
Lieu de naissance (province, pays)	Date d'adoption ou de prise en charge (s'il y a lieu) année    mois	Date de décès (si l'enfant est décédé avant l'âge de 7 ans) année    mois	
Si l'enfant est né à l'extérieur du Canada	Date d'arrivée au Canada année    mois	Province de résidence lors de l'arrivée au Canada	
3 <sup>e</sup> enfant			
Nom de famille à la naissance		Prénom	Date de naissance année    mois    jour
Lieu de naissance (province, pays)	Date d'adoption ou de prise en charge (s'il y a lieu) année    mois	Date de décès (si l'enfant est décédé avant l'âge de 7 ans) année    mois	
Si l'enfant est né à l'extérieur du Canada	Date d'arrivée au Canada année    mois	Province de résidence lors de l'arrivée au Canada	
<b>S'il y a plus de trois enfants, inscrivez les renseignements additionnels dans un autre document.</b>			

**3.4** Depuis sa naissance (ou son arrivée au Canada) jusqu'à son 7<sup>e</sup> anniversaire, chaque enfant a-t-il **toujours résidé avec vous au Canada**?  Oui  Non

**3.5** De la naissance de chaque enfant jusqu'à son 7<sup>e</sup> anniversaire, avez-vous reçu les prestations familiales du gouvernement du Québec à **votre nom**, sans interruption?  Oui  Non

**Si non**, veuillez préciser la période d'interruption en complétant le tableau ci-dessous (exemples de raison : changement de garde, résidence dans une autre province canadienne, résidence dans un autre pays, etc.)

Nom du ou des enfant(s)	Raison	Début de la période année    mois	Fin de la période année    mois

1. Un adulte a la charge d'un enfant s'il s'occupe principalement de ses soins et de son éducation. L'enfant doit habituellement résider chez cet adulte.



--	--	--

## 6. Renseignements sur votre situation de travail

- 6.1 Date du début** de votre emploi actuel **ou** celle du dernier emploi occupé \_\_\_\_\_  
année      mois      jour
- 6.2** Avez-vous cessé **complètement** de travailler?  Oui  Non  
heures  
**Si non**, combien d'heures par semaine travaillez-vous actuellement? \_\_\_\_\_ Salaire brut par semaine: \_\_\_\_\_ \$  
année      mois      jour  
**Si oui**, quelle est la date de votre **dernière journée de présence** au travail? \_\_\_\_\_  
 Avant de cesser de travailler, avez-vous réduit votre temps de travail?  Oui. Poursuivez à 6.3.  Non. Passez à 6.4.
- 6.3** Si vous avez réduit votre temps de travail **ou** si vous l'avez réduit avant de cesser de travailler, précisez le nombre:  
heures  
 d'heures travaillées par semaine **avant la réduction**: \_\_\_\_\_ Salaire brut par semaine: \_\_\_\_\_ \$  
heures  
 d'heures travaillées par semaine **après la réduction**: \_\_\_\_\_ Salaire brut par semaine: \_\_\_\_\_ \$  
année      mois      jour  
 À partir de quelle date avez-vous réduit votre temps de travail? \_\_\_\_\_
- 6.4** Pour quelles raisons avez-vous cessé de travailler ou réduit votre temps de travail?  
 \_\_\_\_\_

**Note :** Veuillez nous aviser si vous recommencez à travailler ou si vous augmentez votre nombre d'heures de travail pendant que nous étudions votre demande de prestations d'invalidité.

- 6.5** Quel est ou quel était votre emploi? \_\_\_\_\_  
 Décrivez brièvement votre travail: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Nom du dernier employeur: \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_ ind. rég. Poste \_\_\_\_\_

- 6.6** Occupez-vous un deuxième emploi?  Oui  Non  
heures  
**Si oui**, combien d'heures par semaine travaillez-vous? \_\_\_\_\_ Salaire brut par semaine: \_\_\_\_\_ \$  
 Nom de l'employeur: \_\_\_\_\_ ind. rég. Téléphone \_\_\_\_\_ Poste \_\_\_\_\_

- 6.7** Actuellement, travaillez-vous à votre compte?  Oui  Non
- 6.8** Actuellement, possédez-vous une entreprise?  Oui  Non  
**Si oui**, indiquez le nom de l'entreprise: \_\_\_\_\_  
 Participez-vous encore aux activités de l'entreprise de quelque façon que ce soit?  Oui  Non  
 Si oui, quelles sont vos fonctions? \_\_\_\_\_

- 6.9** Avez-vous déjà travaillé à votre compte **ou** possédé une entreprise dans le passé?  Oui  Non  
année      mois      jour  
**Si oui**, inscrivez la date à laquelle l'entreprise a été vendue, dissoute ou fermée. \_\_\_\_\_
- 6.10** Avez-vous déjà été ou êtes-vous responsable d'une ressource intermédiaire ou de type familial (famille ou résidence d'accueil)?  
 Oui  Non  
**Si oui**, avez-vous accueilli ou accueillez-vous à votre lieu principal de résidence neuf usagers ou moins?  Oui  Non

## 7. Renseignements sur les emplois précédents

Énumérez les derniers emplois occupés avant celui qui est mentionné à la section 6.

Nom de l'employeur	Titre de l'emploi	Durée de l'emploi				Raison du départ
		Date de début		Date de fin		
		année	mois	année	mois	

Si l'espace est insuffisant, inscrivez les renseignements additionnels dans un autre document.

--	--	--

**8. Renseignements sur votre état de santé**

8.1 Depuis quelle date votre état de santé vous rend-il incapable de travailler régulièrement? année      mois      jour

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

8.2 Indiquez les maladies ou les déficiences qui vous empêchent de travailler ou vous limitent dans votre travail. Si vous ne connaissez pas les noms médicaux, employez vos propres termes.

---



---



---

8.3 Énumérez tous les médicaments que vous prenez actuellement.

Nom du médicament	Quelle dose prenez-vous?	Quand le prenez-vous?

8.4 Précisez tout autre traitement (physiothérapie, psychothérapie, etc.) suivi actuellement et l'endroit où vous le suivez.

Traitement	Nom de l'établissement

8.5 Précisez, si possible, les examens spéciaux (radiographie, tapis roulant, imagerie par résonance magnétique, test de fonction respiratoire, etc.) que vous avez subis au cours des six derniers mois concernant le problème de santé qui cause votre invalidité.

Nom de l'examen	Lieu de l'examen

8.6 Pouvez-vous vous déplacer sans aide?  Oui  Non

**Si non**, indiquez le moyen utilisé pour faciliter vos déplacements:

Canne  Béquilles  Fauteuil roulant  Autre moyen. Précisez: \_\_\_\_\_

--	--	--

### 9. Renseignements sur vos médecins

Indiquez le nom des médecins qui vous soignent actuellement ainsi que le nom de celles ou de ceux que vous avez consultés au sujet de votre invalidité. Précisez également le type et le nom de l'établissement où vous les avez consultés.

<b>1<sup>er</sup> médecin</b>		
Nom de la ou du médecin		Téléphone <small>ind. rég.</small>
<input type="checkbox"/> Médecin de famille <input type="checkbox"/> Médecin spécialiste		S'il s'agit d'une ou d'un médecin spécialiste, indiquez sa spécialité
Type d'établissement <input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/> CLSC <input type="checkbox"/> Clinique	Nom de l'établissement	Date de votre dernière visite <small>année    mois    jour</small>
<b>2<sup>e</sup> médecin</b>		
Nom de la ou du médecin		Téléphone <small>ind. rég.</small>
<input type="checkbox"/> Médecin de famille <input type="checkbox"/> Médecin spécialiste		S'il s'agit d'une ou d'un médecin spécialiste, indiquez sa spécialité
Type d'établissement <input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/> CLSC <input type="checkbox"/> Clinique	Nom de l'établissement	Date de votre dernière visite <small>année    mois    jour</small>
<b>3<sup>e</sup> médecin</b>		
Nom de la ou du médecin		Téléphone <small>ind. rég.</small>
<input type="checkbox"/> Médecin de famille <input type="checkbox"/> Médecin spécialiste		S'il s'agit d'une ou d'un médecin spécialiste, indiquez sa spécialité
Type d'établissement <input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/> CLSC <input type="checkbox"/> Clinique	Nom de l'établissement	Date de votre dernière visite <small>année    mois    jour</small>
<b>Si l'espace est insuffisant, inscrivez les renseignements additionnels dans un autre document.</b>		

### 10. Renseignements sur vos hospitalisations

Avez-vous fait l'objet d'une hospitalisation au cours des cinq dernières années?  Oui. Remplissez ce qui suit.  Non

<b>1<sup>re</sup> hospitalisation</b>		
Date approximative <small>année    mois</small>	Raison de l'hospitalisation	
Nom du centre hospitalier		Endroit
<b>2<sup>e</sup> hospitalisation</b>		
Date approximative <small>année    mois</small>	Raison de l'hospitalisation	
Nom du centre hospitalier		Endroit
<b>3<sup>e</sup> hospitalisation</b>		
Date approximative <small>année    mois</small>	Raison de l'hospitalisation	
Nom du centre hospitalier		Endroit

--	--	--

### 11. Demande de rente d'enfant de cotisant invalide

Pour connaître les conditions d'admissibilité, référez-vous à la partie « Renseignements concernant la demande » qui est jointe au formulaire.

**11.1** Remplissez ce qui suit pour chacun des enfants pour lesquels vous demandez une rente d'enfant de cotisant invalide. N'oubliez pas d'inscrire le **numéro d'assurance sociale des enfants** s'ils en ont un.

Si l'enfant est né à l'extérieur du Québec, veuillez fournir une copie d'un document de preuve de naissance délivré par les autorités civiles du lieu où il est né. Au besoin, nous pourrions exiger l'original ou une copie certifiée conforme.

#### 1<sup>er</sup> enfant

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

Nom de famille et prénom de sa mère à la naissance	Nom de famille et prénom de son père
--	--------------------------------------

Adresse de l'enfant  Même adresse que vous (personne invalide)

Autre adresse: \_\_\_\_\_

Cet enfant est-il votre enfant **biologique ou adoptif**?  Oui  Non

année      mois      jour

**Si oui**, pour un enfant adoptif, inscrivez la date d'adoption: \_\_\_\_\_

**Si non**, si l'enfant **réside** avec vous depuis au moins un an au moment où l'on vous a déclarée ou déclaré invalide, indiquez depuis quelle date: \_\_\_\_\_

année      mois      jour

S'il **ne réside pas** avec vous, précisez la raison: \_\_\_\_\_

#### 2<sup>e</sup> enfant

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

Nom de famille et prénom de sa mère à la naissance	Nom de famille et prénom de son père
--	--------------------------------------

Adresse de l'enfant  Même adresse que vous (personne invalide)

Autre adresse: \_\_\_\_\_

Cet enfant est-il votre enfant **biologique ou adoptif**?  Oui  Non

année      mois      jour

**Si oui**, pour un enfant adoptif, inscrivez la date d'adoption: \_\_\_\_\_

**Si non**, si l'enfant **réside** avec vous depuis au moins un an au moment où l'on vous a déclarée ou déclaré invalide, indiquez depuis quelle date: \_\_\_\_\_

année      mois      jour

S'il **ne réside pas** avec vous, précisez la raison: \_\_\_\_\_

**Si l'espace est insuffisant, inscrivez les renseignements additionnels dans un autre document.**

**11.2** Parmi les enfants que vous avez nommés, y en a-t-il qui reçoivent déjà une rente d'orphelin ou une rente d'enfant de cotisant invalide du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada?  Oui  Non

**Si oui**, indiquez sous quel numéro d'assurance sociale: \_\_\_\_\_

**11.3** S'il s'agit de vos propres enfants, **mais qu'ils n'habitent pas avec vous** (cotisante ou cotisant invalide), indiquez les sommes que vous déboursez par mois pour subvenir à leurs besoins (pension alimentaire s'il y a lieu, frais de scolarité, frais médicaux et dentaires, vêtements, fournitures scolaires, etc.). \_\_\_\_\_ \$ par mois.

--	--	--

## 12. Inscription au dépôt direct

Veillez fournir vos coordonnées bancaires pour adhérer au dépôt direct. Vous recevrez le versement de vos prestations directement dans votre compte d'un établissement financier canadien.

Le compte indiqué doit être à votre nom, ou au nom de la ou du bénéficiaire si vous faites la demande à sa place.

Si vous recevez déjà une rente du Régime de rentes du Québec par dépôt direct, vos prestations seront versées dans le même compte bancaire. Dans ce cas, vous n'avez pas à remplir cette section.

Nom de l'établissement financier	Succursale (transit) n°	Établissement financier	Compte (folio) n°
Adresse de l'établissement financier	↖	↑	↗
	" 8 9 0 "	: 1 2 3 4 5 6 7 8 :	9 0 1 2 3 4 5 "

## 13. Déclaration

**En transmettant le présent formulaire, je déclare que les renseignements fournis sont complets et exacts.**

D'ici à ce qu'une décision soit rendue, je m'engage à informer Retraite Québec de tout changement relatif à ma situation de travail ou à mon état de santé.

**Si vous avez rempli ce formulaire pour la personne qui demande les prestations,** veuillez fournir les renseignements demandés ci-après.

Pourquoi la personne qui demande les prestations n'a-t-elle pas rempli elle-même le formulaire?

Avez-vous un lien de parenté avec elle?  Non  Oui. Précisez: \_\_\_\_\_

À quel titre avez-vous rempli le formulaire (tutrice ou tuteur, mandataire, etc.)? \_\_\_\_\_

Sexe	Nom de famille	Prénom	
<input type="checkbox"/> F	Adresse		
<input type="checkbox"/> M			
Ville	Province	Pays	Code postal
Téléphone			
Au domicile	Autre	Poste	
<small>ind. rég.</small>	<small>ind. rég.</small>		
<b>Si vous êtes un particulier,</b> indiquez également les renseignements suivants.			
Votre numéro d'assurance sociale	Votre date de naissance	Nom de famille de votre mère à sa naissance (sans son prénom)	
	<small>année      mois      jour</small>		





# Rapport médical

## Avis à la requérante ou au requérant

Avant de remettre ce rapport au médecin, **remplissez les sections 1 « Raison de votre demande » et 2 « Renseignements sur l'identité de la requérante ou du requérant »** et inscrivez votre numéro d'assurance sociale en haut des pages.

**Note :** Veuillez ne pas détacher cette page de renseignements du rapport médical avant de le transmettre à votre médecin, car ces renseignements lui seront nécessaires pour remplir le rapport.

## Avis au médecin

Une prestation d'invalidité est payable à la personne âgée de moins de 65 ans si elle a suffisamment cotisé au Régime de rentes du Québec et si elle est déclarée invalide.

Selon l'article 95 de la Loi sur le régime de rentes du Québec, une personne peut être reconnue invalide si elle remplit les deux conditions suivantes :

- sa condition médicale est **grave** et l'empêche d'exercer, à temps plein, tout genre d'emploi;
- de plus, cette condition médicale doit être **permanente**. Une invalidité est permanente si elle doit **durer indéfiniment** sans aucune amélioration possible.

Cependant, une personne âgée de 60 à 65 ans, bénéficiaire ou non de la rente de retraite du Régime, peut également avoir droit à la rente d'invalidité si son état de santé ne lui permet plus de faire son travail habituel. Elle doit toutefois avoir quitté ce travail, ou réduit son temps de travail, en raison de son invalidité. Elle doit aussi démontrer un attachement récent au marché du travail.

Le fait d'être reconnu invalide par une compagnie d'assurance, un autre organisme ou un ministère ne donne pas droit automatiquement à une prestation d'invalidité du Régime de rentes du Québec, car leurs critères peuvent être différents.

Notez que les personnes qui travaillent comme ressource intermédiaire ou de type familial et qui accueillent à leur lieu principal de résidence des enfants ou des adultes peuvent maintenant cotiser au Régime et donc être admissibles aux prestations d'invalidité.

Les renseignements que vous fournirez dans ce rapport permettront à notre médecin évaluateur de juger si la requérante ou le requérant répond aux exigences de la Loi sur le régime de rentes du Québec.

### Facturation

L'examen médical nécessaire pour remplir ce rapport est assuré en conformité avec l'article 22f du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie.

Les honoraires pour la rédaction de ce rapport, s'il y a lieu, doivent être facturés à la requérante ou au requérant.

### Renseignements supplémentaires

Pour vous aider à rédiger le rapport médical, vous pouvez consulter l'ouvrage intitulé ***L'invalidité dans le Régime de rentes – Guide du médecin traitant***. Ce guide précise les éléments nécessaires au médecin évaluateur pour étudier la demande de prestations d'invalidité. Si vous ne l'avez pas reçu, vous pouvez le consulter sur notre site.

**Si vous avez des questions, communiquez avec l'un de nos médecins aux numéros suivants** (notez que ces numéros sont à l'usage des médecins uniquement) :

Région de Québec : 418 657-8709, poste 3252

Sans frais : 1 888 249-5137, poste 3252

**Note :** Ce rapport médical se trouve également sur notre site à [retraitequebec.gouv.qc.ca](http://retraitequebec.gouv.qc.ca) et peut être rempli à l'écran.

Transmettez-nous en ligne ce formulaire et les documents requis, s'il y a lieu, à [retraitequebec.gouv.qc.ca/transmettre](http://retraitequebec.gouv.qc.ca/transmettre).

Si vous ne pouvez pas utiliser le service en ligne, veuillez nous envoyer vos documents à l'adresse suivante :  
Retraite Québec, case postale 5200, Québec (Québec) G1K 7S9



## 1. Raison de votre demande

Pour quelle raison souhaitez-vous utiliser ce formulaire?

- Nouvelle demande de rente d'invalidité  
 Réévaluation médicale

Écrire en lettres détachées

Numéro d'assurance sociale de la requérante ou du requérant

## 2. Renseignements sur l'identité de la requérante ou du requérant

Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nom de famille	Prénom		
	Nom de famille à la naissance, si différent	Prénom à la naissance, si différent		
Date de naissance année    mois    jour		Numéro d'assurance maladie		
Adresse (numéro, rue, appartement)				
Ville		Province	Pays	Code postal
Téléphone				
Au domicile <small>ind. rég.</small>		Autre <small>ind. rég.</small>		Poste

## 3. Antécédents médicaux et anamnèse

Depuis quand la personne nommée à la section 2 est-elle votre patiente?

---

Énumérez ses antécédents médicaux pertinents.

---



---

Décrivez les problèmes physiques ou mentaux actuels qui sont de nature à entraîner une incapacité de travailler (symptômes, **début de l'affection**, évolution, thérapeutiques appliquées à ce jour). **Indiquez toutes les dates importantes.**

---



---



---



---



---



---



---



---



---

Si l'espace est insuffisant, inscrivez les renseignements additionnels à la section 10.



--	--	--

### 7. Diagnostic et pronostic

Diagnostic	Pronostic

### 8. Traitement

La personne prend-elle des médicaments actuellement?  Non  Oui. Indiquez la dose et la fréquence.

---



---

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

---



---

Prévoyez-vous d'autres consultations, investigations ou traitements?  Non  Oui. Précisez.

---



---

### 9. Capacité de travail

Cette section doit être remplie même si votre patiente ou patient est à la retraite (voir l'« Avis au médecin » au début du formulaire).

La personne est-elle apte à conduire un véhicule automobile?  Non  Oui

Lui avez-vous recommandé de cesser de travailler ou de réduire son temps de travail?

Non  Oui. Pour quelle raison et quelle durée?

---



---

Si la personne a cessé son **travail habituel**, peut-elle le reprendre ou le pourra-t-elle **éventuellement**?

Oui  Non. Pourquoi?

---



---

Si elle a réduit son temps de travail, **cette réduction** peut-elle prendre fin ou le pourra-t-elle **éventuellement**?

Oui  Non. Pourquoi?

---



---

--	--	--

### 9. Capacité de travail (suite)

Sur le plan strictement médical, cette personne peut-elle ou pourra-t-elle faire un autre travail?  Oui  Non. Pourquoi?

---



---



---

Le cas échéant, depuis quand son état physique ou mental l'empêche-t-elle de travailler? \_\_\_\_\_

### 10. Observations ou commentaires

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Si l'espace est insuffisant, inscrivez les renseignements additionnels sur une autre feuille en y indiquant le numéro d'assurance sociale de la requérante ou du requérant.

### 11. Autres considérations

Indiquez, s'il y a lieu, les renseignements médicaux qui ne peuvent pas être communiqués à votre patiente ou patient au risque de lui causer un préjudice grave.

---



---

À quel moment cette personne pourra-t-elle y avoir accès? \_\_\_\_\_

### 12. Déclaration du médecin

Nom de famille	Prénom	Numéro de permis						
Adresse		Code postal						
Téléphone <small>ind. rég.</small>	Poste	Télécopieur <small>ind. rég.</small>						
<input type="checkbox"/> Omnipraticienne ou omnipraticien <input type="checkbox"/> Spécialiste. Précisez : _____								
Je déclare que les renseignements fournis dans ce rapport sont complets et exacts et que l'état de la patiente ou du patient est tel que je l'ai constaté au moment de mon examen clinique.								
Signature du médecin _____	Date <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;"><small>année</small></td><td style="width: 20px; text-align: center;"><small>mois</small></td><td style="width: 20px; text-align: center;"><small>jour</small></td></tr><tr><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td><td style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></td></tr></table>		<small>année</small>	<small>mois</small>	<small>jour</small>			
<small>année</small>	<small>mois</small>	<small>jour</small>						

**Transmettez-nous en ligne ce formulaire et les documents requis, s'il y a lieu, à [retraitequebec.gouv.qc.ca/transmettre](http://retraitequebec.gouv.qc.ca/transmettre).**

Si vous ne pouvez pas utiliser le service en ligne, veuillez nous envoyer vos documents à l'adresse suivante :

Retraite Québec, case postale 5200, Québec (Québec) G1K 7S9