

Veuillez écrire en lettres détachées.

Inscrivez le numéro d'assurance sociale du cotisant

--	--	--

1. Renseignements sur l'identité du cotisant

Sexe ☐ F ☐ M	Nom de famille	Prénom	Date de naissance		
			année	mois	jour
Adresse (numéro, rue, appartement)					
Ville		Province	Pays		Code postal
Téléphone					
Au domicile		ind. rég.	Autre		ind. rég.
					Poste

1.1 Renseignements sur l'identité de la personne qui fait la demande (si différent du cotisant)

Sexe ☐ F ☐ M	Nom de famille	Prénom	Date de naissance		
			année	mois	jour
Numéro d'assurance sociale		Nom de famille de votre mère à sa naissance (sans son prénom)			
Votre adresse (numéro, rue, appartement)					
Ville		Province	Pays		Code postal
Téléphone					
Au domicile		ind. rég.	Autre		ind. rég.
					Poste

2. Décision contestée

Date de la décision contestée	année	mois	jour
-------------------------------	-------	------	------

3. Raison de votre demande de révision

Si l'espace est insuffisant, joignez une autre feuille.

3.1 Veuillez expliquer pourquoi vous faites une demande de révision et fournir tous les documents utiles.

3.2 Si vous avez dépassé le délai de 90 jours prévu pour demander la révision de notre décision, veuillez indiquer les raisons qui justifient ce retard.

4. Date d'arrêt de travail

Veuillez indiquer la date de **votre dernière journée de présence** à votre lieu de travail : année mois jour

5. Questions complémentaires

Depuis notre décision au sujet de votre invalidité:

5.1 Avez-vous revu votre médecin traitant ou consulté un autre médecin? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez préciser le nom de chaque médecin et l'endroit de la rencontre :

Nom du médecin	Endroit du suivi (hôpital, clinique, CLSC, etc.)

ind. req.

Numéro de téléphone de votre pharmacie

5.2 Votre médication a-t-elle été modifiée (nouveau médicament, nouvelle posologie)? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez préciser le nom de chaque nouveau médicament ainsi que la posologie prescrite pour chacun :

Nom du médicament	Posologie (ex. : 10 mg 2 fois par jour)

5.3 Avez-vous commencé de nouveaux traitements (en physiothérapie, en psychothérapie, en chirurgie, dans une clinique de la douleur, etc.)? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez indiquer chaque nouveau traitement, la date de début, la fréquence et l'endroit du suivi:

Traitement	Date de début	Fréquence (n ^{bre} de fois par mois)	Endroit du suivi (hôpital, centre de réadaptation, clinique, CLSC, etc.)

5.4 Avez-vous subi des tests médicaux ou prévoyez-vous en subir? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez préciser le nom de chaque test, de même que la date et l'endroit où il a été effectué ou l'endroit prévu :

Nom du test	Date (test effectué ou prévu)	Endroit

5.5 Avez-vous été hospitalisé? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez préciser la raison, la date et l'endroit de chaque hospitalisation :

Raison de l'hospitalisation	Date	Endroit

--	--	--

5. Questions complémentaires (suite)

5.6 Avez-vous eu ou prévoyez-vous avoir une expertise à la demande de la CNESST, de la SAAQ ou d'une compagnie d'assurance? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez indiquer le nom de l'organisme ou de la compagnie et la date de chaque expertise effectuée ou prévue :

Nom de l'organisme ou de la compagnie	Date (expertise effectuée ou prévue)

6. Déclaration

Une fausse déclaration est une infraction et peut entraîner des conséquences.

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 vous informer de tout changement relatif à ma situation de travail ou à mon état de santé.

Si vous avez rempli ce formulaire pour une autre personne, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom de famille	Prénom
----------------	--------

Téléphone	ind. rég.	Autre	ind. rég.	Poste
Au domicile				

Pourquoi la personne qui conteste la décision prise à son sujet n'a-t-elle pas rempli ce formulaire?

Avez-vous un lien de parenté avec elle? ☐ Non
☐ Oui. Précisez: _____

À quel titre avez-vous rempli ce formulaire (héritier, mandataire, tuteur, etc.)? _____

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 en 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. Ces renseignements peuvent aussi servir aux fins de recherche, d'évaluation, d'enquête ou de sondage. 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.

Pour obtenir plus de renseignements**Par Internet**

MON DOSSIER
adapté à ma réalité

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 au www.retraitequebec.gouv.qc.ca/transmettre.
Votre 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 ce formulaire et les documents requis à l'adresse suivante :
Retraite Québec, Direction de la révision, case postale 5200, Québec (Québec) G1K 7S9