



Questionnaire

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

カナダ年金制度の障害年金に関する 質問票

Fichier de renseignements personnels
RHDSC PPU 175

個人情報バンク

Le genre masculin est utilisé sans
aucune discrimination et dans le seul but
d'alléger le texte.

<p>Nom de famille du cotisant 被保険者の姓</p>	<p>Numéro d'assurance sociale du cotisant au Canada 被保険者のカナダの社会保険番号</p>
<p>Prénom du cotisant 被保険者の名</p>	

Renseignements sur vos études, vos antécédents professionnels, votre dossier de prestataire et votre état de santé

学歴・職歴・受給歴・健康状態に関する情報

Éducation

学歴

<p>1. Quelle a été la dernière année d'études que vous avez terminée? 最終学歴</p>	<p>2. Avez-vous fréquenté le collège ou l'université? 大学、短大、専門学校に就学しましたか？ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non はい いいえ</p> <p>Si vous avez répondu <<Oui>>, veuillez indiquer combien d'années ou le diplôme reçu. 「はい」の場合、就学年数又は取得免状/学位を記載してください。</p>																
<p>3. Avez-vous déjà suivi une formation technique ou commerciale ou un apprentissage? これまで技術・技能訓練又は実習を受けたことがありますか？ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non はい いいえ</p> <p>Si vous avez répondu <<Oui>>, veuillez indiquer le genre. 「はい」の場合、その種類を明示してください。</p>																	
<p>4. Au cours des deux dernières années, avez-vous suivi des cours de formation technique ou commerciale, d'apprentissage ou de perfectionnement? 過去2年間に技術・技能訓練、実習又は学力向上するものに参加したことがありますか？ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non はい いいえ</p> <p>Si vous avez répondu <<Oui>>, veuillez indiquer les dates, le nom et l'adresse de l'école (des écoles) et le genre de programme. 「はい」の場合、日付、学校の名称及び住所、プログラムの種類を記載してください。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Nom(s) de (des) l'école(s) 学校名</th> <th style="width: 35%;">Adresse(s) de (des) l'école(s) 学校の住所</th> <th style="width: 25%;">Genre de programme プログラムの種類</th> <th style="width: 15%;">Date 日付</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Nom(s) de (des) l'école(s) 学校名	Adresse(s) de (des) l'école(s) 学校の住所	Genre de programme プログラムの種類	Date 日付													
Nom(s) de (des) l'école(s) 学校名	Adresse(s) de (des) l'école(s) 学校の住所	Genre de programme プログラムの種類	Date 日付														
<p>5. Prévoyez-vous suivre des cours de formation ou de perfectionnement? 訓練又は学力向上の計画がありますか？ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non はい いいえ</p>	<p>Si vous avez répondu <<Oui>>, veuillez expliquer. 「はい」の場合には説明してください</p>																

Antécédents professionnels / 職歴

6. SI VOUS TRAVAILLEZ AU MOMENT DE VOTRE DEMANDE / 申請時の就労状況

Travaillez-vous actuellement?
現在就労していますか？
▶ Oui Non ▶
はい いいえ

Si vous avez répondu <<Non>>, passez à la question 7.
「いはい」の場合には質問7に進んでください。

Si vous avez répondu <<Oui>>, veuillez donner les détails suivants :
「はい」の場合には次の詳細情報を提供してください：

Genre de travail : _____
仕事の種類:

<input type="checkbox"/> Employé 被用者	<input type="checkbox"/> Autonome 自営業者	<input type="checkbox"/> Bénévole ボランティア
<input type="checkbox"/> Plein temps フルタイム	<input type="checkbox"/> Temps partiel パートタイム	<input type="checkbox"/> Saisonnier 季節労働者

Nombre d'heures par jour : 一日あたりの就労時間:	Nombre de jours par semaine : 週の就労日数:	Salaire horaire : 時給	ou quotidien : 又は日給
---	--	-------------------------	------------------------

Antécédents professionnels (suite)

職歴(続き)

7. SI VOUS NE TRAVAILLEZ PAS AU MOMENT DE VOTRE DEMANDE / 申請時に就労していない場合

a) Indiquez le nom et l'adresse de votre employeur le plus récent. / 直近の雇用先の名称及び住所

Nom / 名称

Adresse / 住所

b) Date du début du travail (avec votre employeur le plus récent) : 就労開始時(直近の雇用先)

Date d'arrêt du travail (dernier jour avec votre employeur le plus récent) : 就労停止日(直近の雇用先での就労最終日)

Année / 年 Mois / 月

Année / 年 Mois / 月 Jour / 日

c) Quel genre de travail faisiez-vous? 職種

Pourquoi avez-vous arrêté de travailler? 就労を停止した理由

8. Avez-vous fait un autre genre de travail au cours des cinq dernières années?

過去5年間に他の種類の労働をしましたか?

Oui Non Si vous avez répondu <<Oui>>, indiquez le genre de travail et les dates (incluez tout travail fait à l'extérieur du Canada)
はい いいえ 「はい」の場合、職種と日付を記載してください(カナダ国外での仕事を含む)

Année / 年 Mois / 月

Année / 年 Mois / 月

Table with 5 rows for work history, including start and end dates.

Travail autonome 自営

Remarque : si vous n'êtes pas travailleur autonome, passez à la question 15.

注: 自営ではない場合には質問15に進んでください。

9. Veuillez décrire votre entreprise et indiquer le nombre d'employés. / 事業の内容(従業員数を含む)を説明してください。

10. Quand avez-vous lancé l'entreprise? 事業開始時期

Année / 年 Mois / 月

11. Quel genre de travail faisiez-vous dans l'entreprise? 当該事業におけるあなたの職種

12. L'entreprise est-elle actuellement en exploitation? その事業は現在も継続していますか?

Oui Non はい いいえ

Si vous avez répondu <<Non>>, qu'est devenue l'entreprise? 「いはい」の場合、事業はどうなりましたか?
Vendue Louée Participation aux bénéfices Transférée Autre
売却 賃貸 利益分配 譲渡 その他

Si vous avez répondu <<Oui>>, travaillez-vous dans l'entreprise? 「はい」の場合、あなたはこの事業で就労していますか?
Oui Non はい いいえ

Quel genre de travail faites-vous? それはどんな職種ですか?

Si vous ne travaillez pas dans l'entreprise, comment fonctionne-t-elle? この事業で就労していない場合、その事業はどのように運営されていますか?

13. À quelle année remonte la dernière déclaration de revenus de l'entreprise qui a été produite à votre nom?

当該事業の所得税申告書があなたの名前で提出された最後の年はいつですか?

Année / 年

14. Vous déclarerez-vous comme travailleur autonome aux fins de l'impôt cette année? 今年の所得税は自営業者として申告しますか?

Oui Non はい いいえ

Autre travail

その他の労働活動

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)?

過去2年間に、主な仕事と同時に他の仕事(半農、夜間就労又はその他の雇用)をしたことがありますか?

- Non
いいえ Si vous avez répondu <<Non>>, passez à la question 16. Genre de travail :
「はい」の場合には質問16に進んでください。 職種:
- Oui
はい Si vous avez répondu <<Oui>>, veuillez donner les détails suivants :
「はい」の場合に次の詳細情報を提供してください。 _____

Date de début du travail: / 就労開始時期: Année / 年 Mois / 月	Date d'arrêt du travail / 就労停止日: Année / 年 Mois / 月	Nombre d'heures de travail par jour : 一日あたりの労働
---	--	---

Nom de l'employeur (s'il y a lieu) / 雇用先の名称(該当する場合)

Adresse (n°, rue, app.) / 住所(番地及び通り、部屋番号)

Ville ou village / 市町村

Code postal / 郵便番号

Province / 州

Pays / 国

16. Avant d'arrêter de travailler, avez-vous été obligé d'assumer des fonctions moins lourdes ou de faire un genre de travail différent?

就労を停止する前に、仕事の軽減又は職種の変更をしなければなりませんでしたが?

- Oui Non Si vous avez répondu <<Oui>>, veuillez expliquer, en donnant les dates, si cela est possible.
はい いいえ 「はい」の場合、説明をして、可能ならば日付を記載してください。

17. Votre médecin vous a-t-il dit quand vous pourriez retourner travailler? / 医師から仕事に復帰できる時期を聞いていますか?

- Oui Non Si vous avez répondu <<Oui>>, veuillez indiquer la date. Année / 年 Mois / 月 Jour / 日
はい いいえ 「はい」の場合、日付を記載してください。 _____

18. Prévoyez-vous retourner travailler ou chercher du travail dans un proche avenir? / 近い将来仕事に復帰するか又は仕事を探す計画ですか?

- Oui Non Si vous avez répondu <<Oui>>, veuillez expliquer, en donnant tout date connue.
はい いいえ 「はい」の場合、説明をし、わかっている日付を記載してください。

Dossier de prestataire

受給歴

19. Votre état actuel est-il couvert par : / あなたの現状は次のいずれかの対象になっていますか:

Des prestations de congé de maladie versées par l'employeur? Oui Non Un régime d'assurance-invalidité? Oui Non
雇用先の病気休暇給付 はい いいえ なんらかの障害保険 はい いいえ

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.
上記のいずれかが「はい」の場合には、保険会社の名称を記載してください。

Indemnités pour accident de travail

労働災害保険

20. Vos problèmes de santé sont-ils couverts par des indemnités pour accident du travail?

あなたの健康問題は労災保険の適用対象になっていますか?

- Oui Non Si vous avez répondu <<Oui>> veuillez donner des détails dans chaque cas.
はい いいえ 「はい」の場合、1件ごとに詳細を記載してください

Numéro de la demande 請求番号	Province 州	Année 年	Raison 理由	Genre de prestation 給付の種類

État de santé / 健康状態

21. Indiquez votre :

Taille : / 身長

Poids : / 体重

22. Quelle est votre principale incapacité? / あなたの主な障害はどのような状態ですか?

État de santé (suite)

健康状態(続き)

23. Avez-vous d'autres incapacités ou déficiences liées à votre santé? 他に健康に関連した状態又は機能障害がありますか?

Oui Non Si vous avez répondu <<Oui>> veuillez expliquer.
はい いいえ 「はい」の場合、説明をしてください。

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

障害状態のために就労できないと感じたのはいつ頃ですか?

Année / 年 Mois / 月

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

25. Votre principale invalidité résulte-t-elle d'une blessure causée par un accident? あなたの主な障害は事故による傷害に起因するものですか?

Oui Non Si vous avez répondu <<Oui>>, veuillez indiquer la date et décrire les circonstances de l'accident et les blessures qui en ont résulté. 「はい」の場合、日付を書き、事故の起こった状況とその結果の傷害を説明してください。

Année / 年 Mois / 月 Jour / 日

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

趣味、スポーツ、ボランティアなどの活動を止めなければなりませんでしたか?

Oui Non Si vous avez répondu <<Oui>>, veuillez expliquer et indiquer les dates dont vous pouvez vous souvenir.
はい いいえ 「はい」の場合、説明し、思い出せる日付を記載してください。

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

次の事項に伴う問題(制約)がある場合には記載してください:

Être assis / 座ること	Entendre / 聞くこと
Être debout / 立つこと	Parler / 話すこと
Marcher / 歩くこと	Se souvenir / 思い出すこと
Soulever un objet / 持ち上げること	Se concentrer / 集中すること
Transporter un objet / 運ぶこと	Dormir / 眠ること
Se pencher / 屈伸すること	Respirer / 呼吸すること
Besoins personnels (manger, se laver les cheveux, s'habiller, etc.) 日常生活の基本動作(飲食、洗髪、着衣など)	Conduire une automobile / 車を運転すること
Voir / 見ること	Utiliser les transports en commun / 公共交通機関を利用すること

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

診断書を記入する医師の氏名、住所、電話番号を記載してください。

Prénom et nom de famille du médecin / 医師の氏名		Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional ou urbain) 電話番号(市外局番号を含む) []
Adresse (no, rue, app.) / 住所(番地及び通り、部屋番号)	Ville ou village / 市町村	
Code postal / 郵便番号	Province / 州	
Pays / 国		
Quand avez-vous consulté ce médecin pour la première fois? 初診日	Année / 年 Mois / 月	Quelle est la date de votre dernière visite? 最後の受診日
		Année / 年 Mois / 月 Jour / 日

Quelles étaient les raisons de vos visites? / 受診の理由

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).

過去2年間に診察を受けた他の医師又は他の医療専門家の氏名、住所、電話番号を記載してください(医師二人分の記入欄があります)。

1. Prénom et nom de famille du médecin / 医師の氏名		Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional ou urbain) 電話番号(市外局番号を含む) []
Adresse (nº, rue, app.) / 住所(番地及び通り、部屋番号)		Ville ou village / 市町村
Code postal / 郵便番号	Province / 州	Pays / 国
Quand avez-vous consulté ce médecin pour la première fois? 初診日	Année / 年 Mois / 月	Quelle est la date de votre dernière visite? 最後の受診日
Quelles étaient les raisons de vos visites? / 受診の理由		

2. Prénom et nom de famille du médecin / 医師の氏名		Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional ou urbain) 電話番号(市外局番号を含む) []
Adresse (nº, rue, app.) / 住所(番地及び通り、部屋番号)		Ville ou village / 市町村
Code postal / 郵便番号	Province / 州	Pays / 国
Quand avez-vous consulté ce médecin pour la première fois? 初診日	Année / 年 Mois / 月	Quelle est la date de votre dernière visite? 最後の受診日
Quelles étaient les raisons de vos visites? / 受診の理由		

30. Au cours des deux dernières années, avez-vous été admis à l'hôpital? Oui Non
はい いいえ

過去2年間に入院しましたか?

Si vous avez répondu <<Oui>>, indiquez le nom et l'adresse de l'hôpital (des hôpitaux) (espace fourni pour deux hôpitaux).

「はい」の場合、病院名及び住所を記載してください(病院二件分の記入欄があります)

1. Nom de l'hôpital 病院名		Adresse de l'hôpital 病院の所在地	
Quand avez-vous été admis? 入院日	Année / 年 Mois / 月 Jour / 日	Quand êtes-vous sorti? 退院日	Année / 年 Mois / 月 Jour / 日
Pourquoi avez-vous été admis? Veuillez expliquer. 入院理由		Qui était le médecin traitant? 担当医	

2. Nom de l'hôpital 病院名		Adresse de l'hôpital 病院の所在地	
Quand avez-vous été admis? 入院日	Année / 年 Mois / 月 Jour / 日	Quand êtes-vous sorti? 退院日	Année / 年 Mois / 月 Jour / 日
Pourquoi avez-vous été admis? Veuillez expliquer. 入院理由		Qui était le médecin traitant? 担当医	

Si vous manquez d'espace pour énumérer tous les hôpitaux auxquels vous avez été admis, veuillez utiliser une feuille de papier séparée.
入院歴の記入スペースが足りない場合、別紙を使用してください。

31. Veuillez énumérer les médicaments que vous prenez actuellement. À quelle fréquence? Quelle est la dose?
現在投与されている薬剤を挙げてください。投与の頻度、投与量はどのくらいですか?

32. Veuillez indiquer tout autre traitement, évaluation ou examen médical actuel ou futur.
現在受けている及び又は将来受ける治療、検査又は調査を挙げてください。

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.
あなたが使用している医療器具を挙げてください。例: 松葉杖、杖、腕や脚のサポーター、副木、ギプス、車椅子、補聴器、ペースメーカー、造瘻器具、義手・義足類

IMPORTANT / 重要

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. / 私は、今後の健康状態の改善及び就労についてカナダ人材開発省に通知することに同意します。

Signature du cotisant/demandeur
被保険者/申請者の署名

Année / 年 Mois / 月 Jour / 日

[]