



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

個人情報バンク

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

情報開示許可 / 受診同意書

		Numéro d'assurance sociale du cotisant au Canada 被保険者のカナダの社会保険番号	
Nom de famille du cotisant / 被保険者の姓		Prénom du cotisant / 被保険者の名	
Adresse du cotisant (n ^o , rue, app.) / 自宅住所(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	
Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional ou urbain) 電話番号(市外局番号を含む) []			

Par les présentes, j'autorise les médecins, hôpitaux, employeurs, établissements scolaires, institutions étrangères compétentes et les autres organismes médicaux ou professionnels, ainsi que les commissions d'accidents du travail 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.

私は本書により、医師、病院、雇用者、教育機関、外国の権限ある機関又はその他の医療若しくは職業機関並びに職業保険事務所又は民間保険制度の管理者が、私がカナダ年金制度に基づく障害者であるかどうかを決定する目的で、本報告書の情報をカナダ人材開発省に開示することを認めます。

私の障害を評価するためのさらなる医学的証拠の提供を目的として、カナダ人材開発省の要請により、有資格の医師又はコンサルタント専門家による診察を受けること及び当該医師又は専門家が必要と見なす診断のため検査を受けることに同意します。また、カナダ人材開発省が私の障害に関する医学情報を、診察のための資料として、医師に提供することを認めます。

カナダ人材開発省が受理する個人情報はカナダ年金制度及び個人情報保護法により保護されています。私にはこの情報へのアクセス請求権があります。

私は上記の説明を読みました。私は、私が重度の長期に及び精神障害又は身体障害を負っていること又はこの状態が継続していることを明らかにするのに本情報が不可欠であることを理解しています。さらに、本情報は、カナダ年金制度の条件による私の障害の開始日又は終了日を決定するために使用されます。また、私は、私が上記のいずれかに同意しないことを選択した場合、私のファイルにある証拠に基づいて決定が下され、その結果私の請求が却下される可能性があることも理解しています。

Signature du cotisant/demandeur 被保険者 / 申請者の署名		Année / 年		Mois / 月	Jour / 日
Doit être rempli par un témoin lorsque le cotisant/demandeur signe au moyen d'une croix, ou par le représentant dans le but de déterminer si le cotisant est invalide. 被保険者 / 申請者が文字以外の記号によって署名する場合に証人が署名、又は被保険者が障害者であるか否かを決定する目的で代理人が署名。		Année / 年		Mois / 月	Jour / 日
Signature du témoin 証人の署名					
Nom de famille du témoin / 証人の姓		Prénom du témoin / 証人の名			
Adresse du domicile (no, rue, app.) / 自宅住所(番地及び通り、部屋番号私書箱)		Ville ou village / 市町村名			
Code postal / 郵便番号	Province / 州	Pays / 国	Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional ou urbain) 電話番号(市外局番号を含む) []		

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/demandeur ou le représentant qui signe ce formulaire. Tout document reproduit par photocopieur ou bélinographe est considéré comme étant l'original.

本書に署名する被保険者 / 申請者又は代理人が書面で撤回しない限り、本許可 / 同意書は署名日から2年間有効です。フォトコピー又は複写コピーは原本として有効であるものとします。