

**VEUILLEZ REMETTRE CE FORMULAIRE ACCOMPAGNÉ
DU RAPPORT MÉDICAL À VOTRE MÉDECIN****PROSIMY PRZEDŁOŻYĆ TEN FORMULARZ WRAZ Z
RAPORTEM LEKARSKIM SWOJEMU LEKARZOWI**

Formulaire de consentement autorisant Service Canada à obtenir des renseignements personnels

Formularz upoważnienia dla Service Canada do pozyskiwania danych osobowych

En vertu des articles 68 et 69 du *Règlement sur le Régime de pensions du Canada*, Service Canada peut obtenir des renseignements personnels (médicaux ou non) vous concernant afin d'être en mesure de déterminer si vous êtes admissible à des prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada ou continuez de l'être. Votre consentement est nécessaire afin que Service Canada puisse obtenir ce type de renseignements auprès des personnes et des organisations énumérées à la page suivante.

W myśl artykułów 68 i 69 *Rozporządzenia o Systemie rentowym Kanady* Service Canada może pozyskiwać informacje (medyczne i inne) dotyczące Twojej osoby w celu ustalenia, czy możesz ubiegać się o świadczenia inwalidzkie z Systemu rentowego Kanady lub czy nadal masz do nich prawo. Twoje upoważnienie jest niezbędne dla uzyskania przez Service Canada tego rodzaju informacji od osób i instytucji wymienionych na następnym stronie.

Protection de vos renseignements personnels :

Service Canada n'est pas autorisé à communiquer vos renseignements personnels à quiconque ou à quelque organisation que ce soit sans avoir obtenu votre consentement par écrit, sauf lorsque le *Régime de pensions du Canada* le permet. Vous (ou votre représentant) avez le droit de demander une copie des renseignements figurant dans votre dossier et de demander que certains renseignements soient corrigés, le cas échéant. Vos renseignements personnels peuvent être consultés en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*, et ils seront conservés dans le fichier de renseignements personnels RHDCC PPU 175. Les directives relatives à l'accès à vos renseignements personnels se trouvent dans l'Info Source et peuvent être consultées dans les bureaux de Service Canada ou à l'adresse suivante : **infosource.gc.ca**

Ochrona danych osobowych:

Service Canada nie ma prawa udostępniać Twoich danych komukolwiek bądź jakiegokolwiek instytucji bez otrzymania Twojego pisemnego upoważnienia, chyba że zezwala na to *System rentowy Kanady*. Ty (lub Twój pełnomocnik) masz prawo wystąpić o wydanie kopii informacji figurujących w Twoich aktach oraz zażądać, aby niektóre informacje zostały skorygowane, o ile jest to konieczne. Prawo wglądu w Twoje dane osobowe zapewnia *Ustawa o ochronie danych osobowych*, będą one przechowywane w kartotece danych osobowych RHDSC PPU 175. Wytyczne dotyczące dostępu do Twoich danych osobowych znajdują się w Info Source i można zapoznać się z nimi w biurach Service Canada lub na stronie internetowej: **infosource.gc.ca**

Service Canada assure la prestation des programmes et des services de Ressources humaines et Développement des compétences Canada pour le gouvernement du Canada.

Service Canada zapewnia świadczenia w ramach programu i usług Ressources humaines et Développement des compétences Canada w imieniu rządu Kanady.

Available in English

Consignes :

- Remplir les sections 1 et 2 du présent formulaire; et
- Veuillez remettre ce formulaire accompagné du rapport médical à **votre médecin**.

Instrukcje:

- Należy wypełnić część 1 i 2 niniejszego formularza oraz
- Przedłożyć ten formularz wraz z raportem lekarskim **swjemu lekarzowi**.

Section 1 - Renseignements sur le client		
Część 1 - Informacje dotyczące klienta		
<input type="checkbox"/> M. Pan <input type="checkbox"/> Mme. Pani <input type="checkbox"/> Mlle Panna		Numéro d'assurance sociale Numer ubezpieczenia społecznego
Prénom et initiale Imię i inicjał		Nom de famille Nazwisko
Adresse postale (Numéro, rue, appartement, case postale ou route rurale) Adres pocztowy (ulica i nr domu, nr mieszkania, skrytka pocztowa, R.R.)		Ville Miasto
Province ou territoire Prowincja lub terytorium	Pays - si ce n'est pas le Canada Państwo - jeżeli nie jest to Kanada	Code postal Kod pocztowy
Numéro de téléphone Numer telefonu () -	Numéro de télécopieur Numer faksu () -	

Consentement à obtenir des renseignements personnels

J'accorde mon consentement à Service Canada à obtenir des renseignements personnels me concernant dans le but de déterminer si je suis admissible à des prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada ou continue de l'être. Service Canada est donc autorisé à communiquer, au besoin, avec les personnes et les organisations suivantes :

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • médecins, médecins spécialistes ou professionnels de la santé • établissements de santé ou hôpitaux • établissements d'enseignement ou établissements de formation professionnelle • comptables ou commis à la comptabilité pour l'obtention de renseignements relatifs au travail autonome | <ul style="list-style-type: none"> • administrateurs de régimes d'assurance-invalidité • ministères et organismes centraux des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et administrations municipales • employeur et anciens employeurs • commissions des accidents du travail dans les provinces et les territoires • institutions financières (pour l'obtention de renseignements relatifs aux adresses seulement) |
|--|--|

Upoważnienie do pozyskiwania danych osobowych

Wyrażam zgodę, aby Service Canada pozyskiwała informacje dotyczące mojej osoby w celu ustalenia, czy mogę ubiegać się o świadczenia inwalidzkie z Systemu rentowego Kanady lub czy nadal mam do nich prawo. W związku z tym upoważniam Service Canada do kontaktowania się, o ile to konieczne, z następującymi osobami i instytucjami:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • lekarze, lekarze specjaliści lub pracownicy służby zdrowia • zakłady zdrowotne lub szpitale • placówki szkolne lub placówki kształcenia zawodowego • księgowi lub urzędnicy księgowości w celu otrzymania informacji dotyczących pracy na własny rachunek | <ul style="list-style-type: none"> • przedstawiciele systemów ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa • ministerstwa i centralne urzędy federalne, prowincji i terytorialne oraz urzędy miejskie • pracodawca oraz poprzedni pracodawcy • komisje prowincji oraz terytorialne ds. wypadków przy pracy • instytucje finansowe (wyłącznie w celu otrzymania informacji dotyczących adresów) |
|--|---|

Section 2 - Consentement ou refus**Część 2 - Zgoda lub odmowa**

J'accorde mon consentement à Service Canada à obtenir des renseignements médicaux ou tout autre renseignement me concernant auprès des personnes et des organisations susmentionnées. Je suis conscient(e) que ces renseignements pourraient aider Service Canada à déterminer si je suis admissible à des prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada ou continue de l'être.

Wyrażam zgodę, aby Service Canada pozyskiwała informacje lekarskie lub inne dotyczące mojej osoby od wyżej wymienionych osób lub instytucji. Jestem świadomy, że informacje te mogą być pomocne dla Service Canada w celu ustalenia, czy mogę ubiegać się o świadczenia inwalidzkie z Systemu rentowego Kanady lub czy nadal mam do nich prawo.

Je n'accorde pas mon consentement à Service Canada à obtenir des renseignements médicaux ou tout autre renseignement me concernant auprès des personnes et des organisations susmentionnées.

Nie wyrażam zgody, aby Service Canada pozyskiwała informacje lekarskie lub inne dotyczące mojej osoby od wyżej wymienionych osób lub instytucji.

Je suis conscient(e) que mon refus signifie que :
Jestem świadomy, że moja odmowa oznacza, iż:

- Service Canada prendra la décision en fonction des renseignements figurant dans mon dossier; Service Canada wyda decyzję w oparciu o informacje znajdujące się w moich aktach;
- si je reçois déjà des prestations d'invalidité, il est possible que Service Canada cesse de me les verser;
jeżeli otrzymuję świadczenia inwalidzkie, może nastąpić zaprzestanie ich wypłacania przez Service Canada;
- dans certaines circonstances, Service Canada peut exiger que je fournisse les renseignements nécessaires (en vertu du *Règlement sur le Régime de pensions du Canada* et des règles de procédure de la Commission d'appel des pensions).
w określonych okolicznościach Service Canada może zażądać dostarczenia przeze mnie niezbędnych informacji (w myśl *Rozporządzenia o Systemie rentowym Kanady* oraz procedur stosowanych przez Komisję odwoławczą ds. rentowych).

Signature: _____
Podpis: _____

Date de la signature : _____
Data złożenia podpisu: _____
Année Rok Mois Miesiąc Jour Dzień

À remplir par le témoin lorsque le demandeur signe au moyen d'un « X » ou lorsque le document est signé par le représentant du demandeur

Wypełnia świadek, jeżeli wnioskodawca podpisał się za pomocą znaku „X” lub jeżeli dokument został podpisany przez pełnomocnika wnioskodawcy.

Prénom et initiale Nom de famille
Imię i inicjał Nazwisko

Numéro de téléphone () -
Numer telefonu

Signature: _____
Podpis: _____
Signature du témoin
Podpis świadka

Date de la signature: _____
Data złożenia podpisu: _____
Année Rok Mois Miesiąc Jour Dzień

Le présent formulaire de consentement demeurera en vigueur pendant **trois ans** à partir de la date de signature, à moins qu'il ne soit révoqué par écrit. Toute reproduction par photocopieur ou par télécopieur du présent document rempli aura la même valeur que l'original.

Niniejszy formularz upoważnienia pozostaje ważny przez **trzy lata** od daty złożenia podpisu, o ile nie zostanie pisemnie odwołany. Kopia niniejszego wypełnionego formularza wykonana na fotokopiarce lub przekazana faksem jest równoważna z oryginałem.