

Demande de prestations pour invalidité

Demande de prestations du Régime de rentes du Québec en vertu de l'entente en matière de sécurité sociale entre le gouvernement du Québec et le gouvernement de la République de Pologne.

Wniosek o przyznanie świadczeń z tytułu niepełnosprawności

Wniosek o przyznanie świadczeń w ramach systemu rentowego Quebec zgodnie z porozumieniem w sprawie zabezpieczenia społecznego zawartym między rządem Quebecu a rządem Rzeczypospolitej Polskiej

Prestations pour invalidité

Si vous avez moins de 65 ans, que vous avez suffisamment cotisé au Régime de rentes du Québec et que vous êtes invalide, vous pourriez avoir droit aux prestations pour invalidité de ce régime, c'est-à-dire :

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

Retraite Québec peut vous déclarer invalide si votre condition médicale est **grave** et vous empêche d'exercer, à temps plein, tout genre d'emploi. De plus, cette condition médicale doit être **permanente**, c'est-à-dire qu'elle doit **durer indéfiniment** sans aucune amélioration possible.

Cependant, si vous avez de 60 à 65 ans et que votre état de santé ne vous permet plus de faire le travail habituel que vous avez quitté en raison de votre invalidité, vous pourriez également avoir droit à la rente d'invalidité. Vous devez toutefois démontrer un attachement récent au marché du travail, c'est-à-dire avoir cotisé au Régime pour au moins quatre des six dernières années de votre période de cotisation. La période de cotisation se termine l'année où nous reconnaissons une personne invalide.

Si vous êtes un bénéficiaire de moins de 65 ans de la rente de retraite du Régime et que cette rente ne peut plus être annulée pour recevoir la rente d'invalidité, vous pourriez recevoir un montant additionnel pour invalidité, si vous êtes incapable d'exercer, à temps plein, tout genre d'emploi. Vous devez cependant démontrer un attachement récent au marché du travail.

Important : Vous devez nous aviser si vous recommencez à travailler durant l'étude de votre demande de prestations pour invalidité.

Rente d'invalidité ou montant additionnel pour invalidité

La rente d'invalidité ou le montant additionnel pour invalidité sont :

- payables le quatrième mois suivant celui où nous reconnaissons une personne invalide. Ainsi, une personne reconnue invalide en janvier reçoit le premier versement de sa rente en mai. Le dernier versement est fait le mois du 65^e anniversaire. La rente d'invalidité est alors automatiquement remplacée par une rente de retraite;
- indexés en janvier de chaque année en fonction du coût de la vie;
- imposables.

Rente d'enfant de personne invalide

Si la rente d'invalidité est accordée, les enfants de la personne invalide pourraient avoir droit à une rente d'enfant de personne invalide jusqu'à l'âge de 18 ans **à condition d'en faire la demande**¹.

Sont admissibles à cette rente :

- les enfants biologiques ou adoptifs de la personne invalide; ou
- les enfants qui résident depuis au moins un an avec la personne au moment où elle est déclarée invalide si elle leur tient lieu de père ou de mère.

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

La rente d'enfant est payable en priorité à la personne invalide si celle-ci 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.

Świadczenia z tytułu niepełnosprawności

Jeśli ma Pan(i) mniej niż 65 lat oraz opłacał(a) Pan(i) składki do systemu rentowego Quebecu przez wystarczająco długi okres oraz jest Pan(i) niepełnosprawny(-a), może Pan(i) mieć prawo do otrzymywania świadczeń z tytułu niepełnosprawności, czyli:

- *renty inwalidzkiej;*
- *renty dla dziecka osoby niepełnosprawnej.*

Retraite Québec może orzec Pana(-i) niepełnosprawność, jeśli Pana(i) przypadłość jest poważna i nie pozwala Panu(i) wykonywać na pełen etat jakiegokolwiek pracy. Ponadto przypadłość ta musi być trwała, czyli jej trwanie nie może być ograniczone w czasie i nie może dawać szans na jakąkolwiek poprawę.

Jeśli jednak jest Pan(i) w wieku od 60 do 65 lat i stan zdrowia nie pozwala już Panu(-i) na wykonywanie zwyczajowej pracy, którą opuścił(a) Pan(i) z powodu niepełnosprawności, również może Pan(i) kwalifikować się do renty inwalidzkiej. Musi Pan(i) jednak wykazać niedawne powiązanie z rynkiem pracy, czyli fakt wpłacania do systemu przez co najmniej cztery z ostatnich sześciu lat swojego okresu składkowego. Okres składkowy kończy się w roku, w którym uznamy czyjąś niepełnosprawność.

Jeśli jest Pan(i) w wieku poniżej 65 lat i otrzymuje Pan(i) emeryturę z systemu, a emerytura ta nie może już zostać anulowana w celu otrzymywania renty inwalidzkiej, może Pan(i) otrzymywać dodatek z tytułu niepełnosprawności, jeśli jest Pan(i) niezdolny(-a) do wykonywania dowolnej pracy na pełen etat. Musi Pan(i) jednak wykazać niedawne powiązanie z rynkiem pracy.

Ważne: Musi nas Pan(i) powiadomić w razie rozpoczęcia pracy w okresie rozpatrywania Pana(-i) wniosku o świadczenie z tytułu niepełnosprawności.

Renta inwalidzka lub dodatek z tytułu niepełnosprawności

Renta inwalidzka lub dodatek z tytułu niepełnosprawności:

- *sząplatne czwartego miesiąca pomiesiacu, w którym niepełnosprawność została przez nas uznana. Osoba uznana za niepełnosprawną w styczniu otrzymuje zatem pierwsze świadczenie w maju. Ostatnia wypłata świadczenia dokonywana jest w miesiącu jej 65 urodzin. Renta inwalidzka zastępowana jest wówczas automatycznie świadczeniem emerytalnym;*
- *są indeksowane w styczniu każdego roku na podstawie kosztów życia;*
- *podlegają opodatkowaniu.*

Renta dla dziecka osoby niepełnosprawnej

Jeśli renta inwalidzka zostanie przyznana, dzieci osoby niepełnosprawnej mogą mieć prawo do wypłaty renty dla dziecka osoby niepełnosprawnej aż do ukończenia przez nie 18 roku życia, pod warunkiem, że złożą odpowiedni wniosek¹.

Do wypłaty świadczeń kwalifikują się:

- *dzieci biologiczne oraz adopcyjne osoby niepełnosprawnej;*
lub
- *dzieci mieszkające co najmniej od roku z daną osobą w chwili orzeczenia jej niepełnosprawności, jeśli pełni ona wobec nich funkcję matki lub ojca.*
Dzieci nie są uznawane za dzieci osoby niepełnosprawnej, jeśli przebywają u niej na zasadzie rodziny zastępczej i osoba ta otrzymuje w tym celu pieniądze.

Świadczenie dla dzieci wypłacane jest w pierwszej kolejności osobie niepełnosprawnej, jeśli to ona zaspokaja potrzeby dzieci. W przeciwnym wypadku świadczenie to wypłacane jest osobie opiekującej się dziećmi. Proszę zauważyć, że niezależnie od tego, komu wypłacana jest renta dla dziecka, świadczenie to nie może pomniejszyć renty inwalidzkiej. Ta renta również podlega opodatkowaniu i powinna być częścią osobistych dochodów dziecka.

¹ Les enfants qui reçoivent déjà une rente d'orphelin ou d'enfant de personne invalide du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada ne peuvent pas en recevoir un deuxième. La rente d'enfant de personne invalide ne s'applique pas lorsque le bénéficiaire de la rente de retraite reçoit un montant additionnel pour invalidité.

¹ Dzieci, które otrzymują już rentę sierocą lub rentę dla dziecka osoby niepełnosprawnej z systemu rentowego Quebecu lub z systemu emerytalnego Kanady, nie mogą otrzymać drugiej renty. Renta dla dziecka osoby niepełnosprawnej nie przysługuje, jeśli beneficjent świadczenia emerytalnego otrzymuje dodatek z tytułu niepełnosprawności.

Important (suite) Ważne (kontynuacja)

La rente d'enfant de personne invalide est versée chaque mois. Elle prend fin aux 18 ans de l'enfant ou lorsque la rente d'invalidité cesse d'être versée. La personne qui reçoit la rente d'enfant doit nous aviser **dès** qu'elle cesse d'avoir la charge des enfants afin que nous puissions désigner un nouveau destinataire.

Prestations d'autres organismes

Pour reconnaître 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) ou le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale. Les critères utilisés par les compagnies d'assurance peuvent également différer de ceux de Retraite Québec.

Si vous recevez ou devez recevoir des prestations d'autres organismes, publics ou privés, vérifiez auprès d'eux si le fait de recevoir une prestation pour invalidité du Régime de rentes du Québec peut entraîner une réduction de ces prestations.

Prenez note que la réception d'une prestation pour invalidité pourrait réduire le montant de la rente de conjoint survivant, si vous en recevez déjà une du Régime.

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

Comment faire votre demande

Remplissez le formulaire et retournez-le-nous sans attendre un 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 un 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 pour invalidité

1. Répondez à toutes les questions de la *Demande de prestations pour invalidité*.
2. Assurez-vous de remplir et de signer les trois sections de la partie 4.
3. Joignez une copie de tout document médical ou résultat d'analyse en votre possession concernant votre invalidité. (**Ne pas envoyer de radiographies.**)
4. Vérifiez le tarif postal, surtout si des documents sont joints, et postez votre demande le plus tôt possible à :

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

*Renta dla dziecka osoby niepełnosprawnej wypłacana jest co miesiąc. Prawo do świadczenia ustaje, kiedy dziecko kończy 18 rok życia lub kiedy renta inwalidzka przestaje być wypłacana. Osoba odbierająca rentę dla dziecka ma obowiązek powiadomić nas **zaraz** po zaprzestaniu opiekowania się dziećmi, tak abyśmy mogli wskazać nowego odbiorcę.*

Świadczenia z innych źródeł

Przy orzekaniu niepełnosprawności nie stosujemy tych samych kryteriów, co Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) czy też ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale. Również kryteria stosowane przez towarzystwa ubezpieczeniowe mogą się różnić od tych stosowanych przez Retraite Québec.

Jeśli otrzymuje Pan(i) lub ma w przyszłości otrzymać świadczenia ze strony innych instytucji, publicznych lub prywatnych, proszę sprawdzić, czy fakt otrzymywania świadczenia z tytułu niepełnosprawności z systemu rentowego Quebecu nie pociąga za sobą zmniejszenia tych świadczeń.

Proszę zauważyć, że otrzymywanie świadczenia z tytułu niepełnosprawności może zmniejszyć wysokość renty współmałżonka pozostającego przy życiu, jeśli otrzymuje Pan(i) już taką z systemu.

Nie może Pan(i) otrzymać świadczeń z tytułu niepełnosprawności z systemu rentowego Quebecu, jeśli otrzymuje już Pan(i) takie świadczenia z systemu emerytalnego Kanady.

Jak złożyć wniosek

Proszę wypełnić formularz i odesłać nam go, nie czekając na zaświadczenie lekarskie. Data otrzymania przez nas wniosku z Pana(-i) strony może mieć wpływ na datę rozpoczęcia wypłaty świadczeń. Nie możemy uznać dłuższego niż 12 miesięcy okresu niepełnosprawności sprzed otrzymania Pana(-i) wniosku, nawet jeśli okres Pana(-i) niepełnosprawności był dłuższy.

Pana(-i) lekarz musi wypełnić zaświadczenie lekarskie i przesłać nam je jak najszybciej. Pana(-i) lekarz może zażądać wynagrodzenia za wypełnienie zaświadczenia, wówczas musi Pan(i) pokryć ten koszt.

Praca poza Kanadą

Jeśli wpłacał(a) Pan(i) składki do systemu ubezpieczenia społecznego za granicą, może Pan(i) mieć prawo do wypłaty świadczeń z tego tytułu. Proszę pamiętać, że świadczenia wypłacane przez system rentowy Quebecu nie zostają zmniejszone, jeśli otrzymuje Pan(i) rentę z innego kraju.

Sposób postępowania – Wniosek o przyznanie świadczeń z tytułu niepełnosprawności

1. Proszę odpowiedzieć na wszystkie pytania w formularzu Wniosek o przyznanie świadczeń z tytułu niepełnosprawności.
2. Proszę się upewnić, że wypełnił(a) Pan(i) trzy sekcje części 4.
3. Proszę dołączyć kopię wszelkich dokumentów medycznych lub wyników badań dotyczących Pana(-i) niepełnosprawności, jakie Pan(i) posiada. (**Proszę nie wysyłać zdjęć rentgenowskich.**)
4. Proszę sprawdzić taryfę pocztową, szczególnie jeśli załącza Pan(i) dokumenty, a następnie nadać wniosek w możliwie najszybszym terminie, na adres:

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

Important (suite) Ważne (kontynuacja)

Accès aux documents des organismes publics et protection des renseignements personnels

Les renseignements personnels recueillis dans le présent formulaire sont nécessaires à l'étude de votre demande. L'omission de les fournir peut entraîner un retard ou un rejet de traitement. Seuls les membres autorisés de notre personnel y ont accès. Ces renseignements sont communiqués à d'autres personnes ou organismes pour vérification auprès d'eux seulement dans les cas prévus par la loi. Ils 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 vous permet de consulter et de faire rectifier 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, 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 médicale;
- 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 un membre de notre équipe médicale pour déterminer si vous pouvez être 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

www.retraitequebec.gouv.qc.ca

Par téléphone

Région de Québec : 418 643-5185

Région de Montréal : 514 873-2433

Sans frais, du Canada : 1 800 463-5185

Dostępowość do dokumentów będących w posiadaniu instytucji publicznych oraz ochrona informacji osobistych

Informacje osobiste zebrane w niniejszym formularzu są niezbędne do rozpatrzenia Pana(-i) wniosku. Pominięcie takich informacji może spowodować opóźnienie w rozpatrywaniu wniosku lub jego odrzucenie. Wyłącznie upoważniony personel ma do tych informacji dostęp. Informacje te są przekazywane innym osobom lub instytucjom w celu dokonania weryfikacji jedynie w przypadkach przewidzianych przez prawo. Mogą one być również wykorzystywane do celów badawczych, ewaluacyjnych, sondażowych lub statystycznych. Ustawa o dostępie do dokumentów będących w posiadaniu instytucji publicznych oraz ochronie informacji osobistych pozwala Panu(-i) na dostęp do dotyczących Pana(-i) informacji oraz ich zmianę.

Rozpatrywanie wniosku

Wniosek rozpatrywany jest przez nas w następujących etapach:

- odbiór i analiza wniosku. Sprawdzenie kryteriów administracyjnych w celu ustalenia, czy kwalifikuje się Pan(i) do świadczeń z systemu rentowego Quebecu (liczba lat wpłacania przez Pana(-ią) składek do systemu, data zaprzestania pracy, itd.) oraz uzyskanie brakujących danych, jeśli zachodzi taka potrzeba.

Jeśli kwalifikuje się Pan(i) do świadczeń zgodnie z kryteriami administracyjnymi, przystępujemy do kolejnych etapów:

- przesłanie Pana(-i) wniosku naszemu zespołowi medycznemu;
- weryfikacja informacji medycznych zawartych w Pana(-i) wniosku, a także w zaświadczeniu lekarskim. Uzyskanie w razie potrzeby dodatkowych informacji medycznych od Pana(-i) lekarza prowadzącego, lekarzy specjalistów, szpitali, firm ubezpieczeniowych lub instytucji rządowych, z jakimi był(a) Pan(i) w kontakcie, w celu uzupełnienia Pana(-i) dokumentacji medycznej;
- analiza dokumentacji przez członka naszego zespołu medycznego, w celu ustalenia, czy można orzec Pana(-i) niepełnosprawność zgodnie z ustawą o systemie rentowym Quebecu. W niektórych sytuacjach możemy zażądać ekspertyzy medycznej;
- Retraite Québec wydaje decyzję odnośnie Pana(-i) wniosku.

Więcej informacji

Na witrynie internetowej

www.retraitequebec.gouv.qc.ca

Telefonicznie

W regionie Quebecu: 418 643-5185

W regionie Montrealu: 514 873-2433

Bezpłatnie, z Kanady: 1 800 463-5185



Demande de prestations du Régime de rentes du Québec en vertu de l'entente en matière de sécurité sociale entre le gouvernement du Québec et le gouvernement de la République de Pologne.

Wniosek o przyznanie świadczeń w ramach systemu rentowego Quebec zgodnie z porozumieniem w sprawie zabezpieczenia społecznego zawartym między rządem Quebecu a rządem Rzeczypospolitej Polskiej

Important: La présente demande doit être remplie par la personne qui a versé des cotisations au Régime de rentes du Québec.

Ważne: Niniejszy wniosek musi wypełnić osoba, która wpłacała składki do systemu rentowego Quebecu.

Veillez écrire en lettres détachées / Proszę wypełnić drukowanymi literami

Partie / Część 1

Renseignements généraux sur la personne qui fait la présente demande Ogólne informacje dotyczące osoby składającej wniosek

| | | |
|--|---|--|
| 1.1 Inscrivez votre numéro d'assurance sociale au Canada Proszę wpisać numer ubezpieczenia społecznego w Kanadzie | | |
| 1.2 Langue de correspondance Język do korespondencji <input type="checkbox"/> Français Francuski <input type="checkbox"/> Anglais Angielski | | Indiquez votre dernière province de résidence au Canada Proszę wskazać ostatnią prowincję zamieszkania w Kanadzie |
| Date d'arrivée au Canada Data przyjazdu do Kanady | année/rok mois/miesiąc jour/dzień | Date de départ du Canada Data wyjazdu z Kanady |
| 1.3 Sexe Płeć <input type="checkbox"/> F K <input type="checkbox"/> M M | Nom de famille Nazwisko | Prénom Imię |
| Nom de famille à la naissance, si différent Nazwisko nadane przy urodzeniu, jeśli różne | | Prénom à la naissance, si différent Imię nadane przy urodzeniu, jeśli różne |
| 1.4 Date de naissance Data urodzenia année/rok mois/miesiąc jour/dzień | | Lieu de naissance (ville, province ou État, pays) Miejsce urodzenia (miasto, prowincja lub stan, państwo) |
| 1.5 Nom de famille de votre père Nazwisko ojca | | Prénom de votre père Imię ojca |
| Nom de famille de votre mère à sa naissance Nazwisko matki nadane przy urodzeniu | | Prénom de votre mère Imię matki |
| 1.6 Numéro d'identification PESEL Numer PESEL | | |
| 1.7 Votre adresse (numéro, rue, appartement, case postale) Adres zamieszkania (numer, ulica, mieszkanie, skrzynka pocztowa) | | Ville Miasto |
| Province ou État Prowincja lub stan | Pays Państwo | Code postal Kod pocztowy |
| Téléphone au domicile Telefon domowy | Autre téléphone Inny numer telefonu | Poste Poczta |
| 1.8 Votre état matrimonial Stan cywilny | | |
| a) <input type="checkbox"/> Célibataire Kawaler / panna b) <input type="checkbox"/> Marié Żonaty / zamężna c) <input type="checkbox"/> Veuf Wdowiec / wdowa d) <input type="checkbox"/> Divorcé Rozwodnik / rozwódka e) <input type="checkbox"/> Séparé légalement W prawnej separacji f) <input type="checkbox"/> Union civile W związku cywilnym g) <input type="checkbox"/> Union civile dissoute Po rozwiązaniu związku cywilnego | | |
| Si vous avez coché la case b), c), d), e), f) ou g) , indiquez depuis quelle date: Jeśli zaznaczył(a) Pan(i) jedną z następujących opcji: b), c), d), e), f) lub g) , proszę wskazać datę początku tej sytuacji: | | |
| | | année/rok mois/miesiąc jour/dzień |

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

1.9

Certaines conditions peuvent vous aider à devenir admissible à la prestation ou à faire augmenter son montant :
 Niektóre okoliczności sprzyjają uzyskaniu przez Pana(-ią) świadczenia lub mogą zwiększyć ich wysokość:

- si vous avez reçu des prestations familiales du Québec ou du Canada pour des enfants;
 jeśli otrzymywa(a) Pan(i) świadczenia rodzinne na dzieci w Quebecu lub w Kanadzie;
- si vous étiez admissible à des prestations familiales, mais que vous n'en avez pas reçu en raison de votre revenu familial trop élevé.
 jeśli kwalifikowa(a) się Pan(i) do otrzymywania świadczeń rodzinnych, ale nie otrzyma(a) ich Pan(i) z racji zbyt wysokiego dochodu rodziny.

a) Au cours de votre vie, avez-vous eu, adopté ou pris en charge des enfants (peu importe leur âge actuel)?
 Czy kiedykolwiek, miał(a) Pan(i), zaadoptował(a) Pan(i) lub opiekował(a) się Pan(i) dziećmi (niezależnie od ich dzisiejszego wieku)?

Oui Non
 Tak Nie

Si non, passez à la partie 2.
 Jeśli nie, proszę przejść do części 2.

b) Avez-vous reçu à votre nom des prestations familiales pour des enfants OU, si vous n'en avez pas reçu, était-ce en raison d'un revenu familial trop élevé? (Ces prestations sont habituellement versées à la mère.)
 Czy otrzymywa(a) Pan(i) na swoje nazwisko świadczenia rodzinne na dzieci LUB, jeśli nie otrzymywa(a) Pan(i) takich świadczeń, czy było tak z powodu zbyt wysokiego dochodu rodziny? (Świadczenia te zwykle wypłacane są matce.)

Oui Non
 Tak Nie

Si oui, remplissez ce qui suit.
 Jeśli tak, proszę odpowiedzieć na poniższe pytania.

Si non, passez à la partie 2.
 Jeśli nie, proszę przejść do części 2.

| Renseignements sur les enfants Informacje dotyczące dzieci | | | |
|---|---|---|--|
| 1^{er} enfant / Pierwsze dziecko | | | |
| Nom de famille à la naissance Nazwisko nadane przy urodzeniu | | Prénom Imię | Date de naissance Data urodzenia <small>année / rok mois / miesiąc jour / dzień</small> |
| Lieu de naissance (province ou État, pays) Miejsce urodzenia (provincia lub stan, państwo) | Date d'adoption ou de prise en charge (s'il y a lieu) Data adopcji lub rozpoczęcia opieki <small>(jeśli dotyczy) année / rok mois / miesiąc</small> | Date de décès (si l'enfant est décédé avant l'âge de 7 ans) Data zgonu (jeśli dziecko zmarło przed ukończeniem 7 roku życia) <small>année / rok mois / miesiąc</small> | |
| Si l'enfant est né à l'extérieur du Canada Jeśli dziecko urodziło się poza Kanadą | Date d'arrivée au Canada Data przyjazdu do Kanady <small>année / rok mois / miesiąc</small> | Date de départ du Canada Data wyjazdu z Kanady <small>année / rok mois / miesiąc</small> | Province de résidence lors de l'arrivée au Canada Prowincja zamieszkania po przyjeździe do Kanady |
| 2^e enfant / Drugie dziecko | | | |
| Nom de famille à la naissance Nazwisko nadane przy urodzeniu | | Prénom Imię | Date de naissance Data urodzenia <small>année / rok mois / miesiąc jour / dzień</small> |
| Lieu de naissance (province ou État, pays) Miejsce urodzenia (provincia lub stan, państwo) | Date d'adoption ou de prise en charge (s'il y a lieu) Data adopcji lub rozpoczęcia opieki <small>(jeśli dotyczy) année / rok mois / miesiąc</small> | Date de décès (si l'enfant est décédé avant l'âge de 7 ans) Data zgonu (jeśli dziecko zmarło przed ukończeniem 7 roku życia) <small>année / rok mois / miesiąc</small> | |
| Si l'enfant est né à l'extérieur du Canada Jeśli dziecko urodziło się poza Kanadą | Date d'arrivée au Canada Data przyjazdu do Kanady <small>année / rok mois / miesiąc</small> | Date de départ du Canada Data wyjazdu z Kanady <small>année / rok mois / miesiąc</small> | Province de résidence lors de l'arrivée au Canada Prowincja zamieszkania po przyjeździe do Kanady |
| 3^e enfant / Trzecie dziecko | | | |
| Nom de famille à la naissance Nazwisko nadane przy urodzeniu | | Prénom Imię | Date de naissance Data urodzenia <small>année / rok mois / miesiąc jour / dzień</small> |
| Lieu de naissance (province ou État, pays) Miejsce urodzenia (provincia lub stan, państwo) | Date d'adoption ou de prise en charge (s'il y a lieu) Data adopcji lub rozpoczęcia opieki <small>(jeśli dotyczy) année / rok mois / miesiąc</small> | Date de décès (si l'enfant est décédé avant l'âge de 7 ans) Data zgonu (jeśli dziecko zmarło przed ukończeniem 7 roku życia) <small>année / rok mois / miesiąc</small> | |
| Si l'enfant est né à l'extérieur du Canada Jeśli dziecko urodziło się poza Kanadą | Date d'arrivée au Canada Data przyjazdu do Kanady <small>année / rok mois / miesiąc</small> | Date de départ du Canada Data wyjazdu z Kanady <small>année / rok mois / miesiąc</small> | Province de résidence lors de l'arrivée au Canada Prowincja zamieszkania po przyjeździe do Kanady |

Si l'espace est insuffisant, complétez vos réponses à la partie 3.
 Jeśli brakuje miejsca, proszę uzupełnić odpowiedzi w części 3.

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

1.9 (suite / kontynuacja)

- c) De la naissance de chaque enfant jusqu'à son 7^e anniversaire, y a-t-il eu des périodes où vous n'avez pas reçu de prestations familiales du Québec ou du Canada à votre nom?
 Od chwili urodzenia każdego dziecka aż do jego 7 urodzin, czy były okresy, w których nie otrzymywał(a) Pan(i) świadczeń rodzinnych Quebecu lub Kanady na swoje nazwisko?
- Oui / Tak Non / Nie
- d) Depuis sa naissance ou son arrivée au Canada jusqu'à son 7^e anniversaire, chaque enfant a-t-il toujours résidé avec vous au Canada?
 Od chwili urodzenia aż do 7 urodzin, czy każde dziecko zawsze mieszkało z Panem(-ią) w Kanadzie?
- Oui / Tak Non / Nie

Partie / Część 2

**Demande de prestations pour invalidité
 Wniosek o przyznanie świadczeń z tytułu niepełnosprawności**

**Prestations d'autres organismes
 Świadczenia z innych źródeł**

- 2.1** Avez-vous participé à un régime de sécurité sociale dans un pays autre que le Canada et la Pologne?
 Czy należał(a) Pan(i) do systemu zabezpieczenia społecznego w innym państwie niż Kanada i Polska? Oui / Tak Non / Nie
- Si oui**, remplissez ce qui suit.
Jeśli tak, proszę odpowiedzieć na poniższe pytania.
- 1^{er} pays : _____ Numéro de sécurité sociale dans ce pays : _____
 1. państwo : _____ Numer ubezpieczenia społecznego w tym państwie : _____
- 2^e pays : _____ Numéro de sécurité sociale dans ce pays : _____
 2. państwo : _____ Numer ubezpieczenia społecznego w tym państwie : _____
- Nom de la caisse de retraite : _____
 Nazwa funduszu emerytalnego : _____

- 2.2** Avez-vous déjà fait une demande d'indemnité à la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) à la suite d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle (concernant ou non votre invalidité actuelle)?
 Czy składał(a) już Pan(i) wniosek o odszkodowanie do Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) na skutek wypadku w pracy lub choroby zawodowej (która dotyczy lub nie Pana(-i) dzisiejszej niepełnosprawności)?
- Oui / Tak Non / Nie
- Si oui**, indiquez la date de réclamation : _____
Jeśli tak, proszę wpisać datę roszczenia: _____
année / rok mois / miesiąc jour / dzień
- Indiquez le numéro de dossier (CNESST) : _____
 Proszę wpisać numer sprawy (CNESST): _____
- Pour quel motif?
 Jaki był powód roszczenia? _____
- Indiquez la situation actuelle de votre dossier à la CNESST en cochant la case appropriée.
 Proszę zaznaczyć opis pasujący najlepiej do aktualnej sytuacji Pana(-i) sprawy w CNESST.
- Je n'ai pas encore reçu de réponse.
 Nie otrzymałem(-am) jeszcze odpowiedzi.
- La CNESST a accepté ma demande.
 CNESST przyjął mój wniosek.
- La CNESST a refusé ma demande.
 CNESST odrzucił mój wniosek.
- La CNESST a-t-elle demandé une expertise médicale?
 Czy CNESST zażądał wykonania ekspertyzy medycznej? Oui / Tak Non / No

- 2.3** Avez-vous déjà fait une demande d'indemnité à la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) à la suite d'un accident de la route (concernant ou non l'invalidité actuelle)?
 Czy zwracał(a) się już Pan(i) z wnioskiem o odszkodowanie do Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) na skutek wypadku drogowego (który dotyczy lub nie Pana(-i) dzisiejszej niepełnosprawności)?
- Oui / Tak Non / Nie
- Si oui**, indiquez la date de réclamation : _____
Jeśli tak, proszę wpisać datę roszczenia: _____
année / rok mois / miesiąc jour / dzień
- Indiquez le numéro du dossier (SAAQ) : _____
 Proszę wpisać numer sprawy (SAAQ): _____
- Pour quel motif ?
 Jaki był powód roszczenia? _____
- La SAAQ a-t-elle demandé une expertise médicale?
 Czy SAAQ zażądał wykonania ekspertyzy medycznej? Oui / Tak Non / Nie

¹ On entend par « expertise médicale » une rencontre avec un médecin ou un professionnel de la santé expert à la demande d'un tiers (ex.: CNESST, SAAQ, compagnie d'assurance, employeur ou autres). Contrairement au médecin traitant, l'expert n'a pas de lien thérapeutique avec la personne qu'il rencontre.

¹ Przez „ekspertyzę medyczną” należy rozumieć spotkanie z lekarzem lub pracownikiem służby zdrowia na wniosek osoby trzeciej (np.: CNESST, SAAQ, firma ubezpieczeniowa, pracodawca lub inna). W przeciwieństwie do lekarza prowadzącego ekspert nie nawiązuje relacji terapeutycznej z osobą, którą spotyka.



Prestations d'autres organismes (suite)
Świadczenia z innych źródeł (kontynuacja)

2.4 Avez-vous déjà fait au Canada une demande de prestations à une compagnie d'assurance concernant votre invalidité?
 Czy zwrócił(a) się Pan(i) już do firmy ubezpieczeniowej w Kanadzie o wypłatę świadczeń w związku z niepełnosprawnością?

Oui Non
 Tak Nie

Si oui, indiquez la date de réclamation :
 Jeśli tak, proszę wpisać datę roszczenia:

Indiquez le numéro de dossier :
 Proszę wpisać numer sprawy:

Nom de la compagnie :
 Nazwa firmy:

Études et formation
Edukacja i szkolenia

2.5 Quel niveau de scolarité avez-vous atteint?
 Jaki osiągnął(-ęła) Pan(i) poziom wykształcenia?

Primaire Secondaire Collégial Universitaire
 Podstawowe Średnie Licencjat Studia magisterskie

Dernier diplôme obtenu ou dernière année d'étude complétée :
 Ostatnio ukończona szkoła lub ostatni zakończony rok nauki:

2.6 Veuillez énumérer les autres cours de formation ou de perfectionnement que vous avez suivis (y compris la formation en milieu de travail, les cours d'intérêt particulier, etc.).
 Proszę wyliczyć inne kursy i szkolenia, które Pan(i) ukończył(a), w tym kształcenie zawodowe uzyskane w miejscu pracy, kursy zainteresowań, itd.

2.7 Avez-vous un permis de conduire en règle?
 Czy posiada Pan(i) aktualne prawo jazdy?

Oui Non
 Tak No

Si oui, indiquez la ou les classes :

Jeśli tak, proszę wpisać posiadaną klasę lub klasy:

S'il y a des conditions inscrites sur le permis, indiquez lesquelles :

Jeśli prawo jazdy zawiera określone warunki, proszę je wpisać:

Renseignements sur votre situation de travail
Informacje dotyczące sytuacji zawodowej

2.8 Date du début de votre emploi actuel ou celle du dernier emploi occupé :
 Data rozpoczęcia pracy w aktualnym lub ostatnim miejscu zatrudnienia:

année / rok mois / miesiąc jour / dzień

Avez-vous cessé complètement de travailler en Pologne ou dans tout autre pays?
 Czy całkowicie zaprzestał(a) Pan(i) pracy w Polsce lub jakimkolwiek innym kraju?

Oui Non
 Tak No

Si oui, indiquez la date de votre dernière journée de présence au travail :
 Jeśli tak, proszę wpisać datę ostatniego dnia Pana(-i) obecności w pracy:

année / rok mois / miesiąc jour / dzień

Si non, combien d'heures par semaine travaillez-vous?
 Jeśli nie, przez ile godzin w tygodniu pracuje Pan(i)?

heures / godzin

Quel est votre salaire brut par semaine?

Jakie jest Pana(-i) tygodniowe wynagrodzenie brutto?

En quelle monnaie?

W jakiej walucie?

2.9 Pour quelles raisons avez-vous cessé partiellement ou complètement de travailler?
 Z jakich powodów całkowicie lub częściowo zaprzestał(a) Pan(i) pracy?

2.10 Quel est ou quel était votre emploi?
 Jakie jest lub było Pana(-i) stanowisko?

Décrivez brièvement votre travail :

Proszę krótko opisać Pana(-i) pracę:

Nom du dernier employeur :

Nazwa ostatniego pracodawcy:

Téléphone :

Numer telefonu:

Poste :

Poczta:

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Renseignements sur votre situation de travail (suite)
Informacje dotyczące sytuacji zawodowej (kontynuacja)

2.11 Occupez-vous un deuxième emploi?
 Czy posiada Pan(i) drugie miejsce pracy? Oui Non
 Tak Nie

Si oui, combien d'heures par semaine travaillez-vous? heures/godzin
 Jeśli tak, przez ile godzin w tygodniu pracuje Pan(i)?

Quel est votre salaire brut par semaine? En quelle monnaie?
 Jakie jest Pana(-i) tygodniowe wynagrodzenie brutto? W jakiej walucie?

Nom de l'employeur:
 Nazwa pracodawcy:

Téléphone: Poste:
 Numer telefonu: Poczta:

2.12 Actuellement, travaillez-vous à votre compte?
 Czy pracuje Pan(i) obecnie na własny rachunek? Oui Non
 Tak No

2.13 Actuellement, possédez-vous une entreprise?
 Czy prowadzi Pan(i) obecnie firmę? Oui Non
 Tak No

Si oui, indiquez le nom de l'entreprise:
 Jeśli tak, proszę wskazać nazwę firmy:

Participez-vous encore aux activités de l'entreprise de quelque façon que ce soit?
 Czy w jakikolwiek sposób uczestniczy Pan(i) jeszcze w pracach firmy? Oui Non
 Tak No

Si oui, quelles sont vos fonctions?
 Jeśli tak, jakie są Pana(-i) obowiązki?

2.14 Avez-vous déjà travaillé à votre compte ou possédé une entreprise dans le passé?
 Czy pracował(a) już Pan(i) na własny rachunek lub posiadał(a) Pan(i) firmę w przeszłości? Oui Non
 Tak No

Si oui, inscrivez la date à laquelle l'entreprise a été vendue, dissoute ou fermée:
 Jeśli tak, proszę wpisać datę sprzedaży, rozwiązania lub zamknięcia firmy: année/rok mois/miesiąc jour/jdzień

2.15 Avez-vous déjà été responsable d'une ressource intermédiaire ou de type familial (famille ou résidence d'accueil) au Québec?
 Czy prowadził(a) Pan(i) kiedyś placówkę pobytu czasowego lub typu rodzinnego (rodzinę zastępczą lub dom opieki) w Quebecu?

Oui Non
 Tak Nie

Si oui, avez-vous accueilli à votre lieu principal de résidence neuf usagers ou moins?
 Jeśli tak, czy przyjmował(a) Pan(i) w swoim głównym miejscu zamieszkania co najmniej dziewięciu użytkowników? Oui Non
 Tak No

Renseignements sur les emplois précédents
Informacje dotyczące poprzednich miejsc pracy

2.16 Énumérez les derniers emplois occupés avant celui qui est mentionné à la section 2.8.
 Proszę wymienić ostatnie miejsca pracy, zajmowane przed miejscem wymienionym w sekcji 2.8.

| Nom de l'employeur Nazwa pracodawcy | Titre de l'emploi Nazwa stanowiska | Durée / Czas trwania | | | | Raison du départ Powód odejścia |
|--|---------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| | | De / Od | | À / Do | | |
| | | <small>année/rok</small> | <small>mois/miesiąc</small> | <small>année/rok</small> | <small>mois/miesiąc</small> | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Renseignements sur votre état de santé
Informacje dotyczące stanu zdrowia

2.17 Depuis quelle date votre état de santé vous rend-il incapable de travailler régulièrement? année / rok mois / miesiąc jour / dzień
 Proszę podać datę, począwszy od której Pana(-i) stan zdrowia uniemożliwia Panu(-i) regularną pracę?

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Indiquez les maladies ou les déficiences qui vous empêchent de travailler ou vous limitent dans votre travail. Si vous ne connaissez pas les termes médicaux, employez vos propres termes.
 Proszę wskazać choroby lub przypadłości, które nie pozwalają Panu(-i) pracować lub ograniczają Pana(-i) możliwości w pracy. Jeśli nie zna Pan(i) terminów medycznych, proszę użyć własnych słów.

2.18 Énumérez tous les médicaments que vous prenez actuellement.
 Proszę wymienić wszystkie przyjmowane aktualnie leki.

| Nom du médicament Nazwa leku | Quelle dose prenez-vous? Jaką dawkę przyjmuje Pan(i)? | Quand le prenez-vous? Częstotliwość przyjmowania |
|---------------------------------|--|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

2.19 Précisez tout autre traitement (physiothérapie, psychothérapie, etc.) suivi actuellement et l'endroit où vous le suivez.
 Proszę wymienić wszelki inny rodzaj leczenia (fizjoterapia, psychoterapia, itd.) stosowany obecnie i miejsce stosowania.

| Traitement Leczenie | Nom de l'établissement Nazwa zakładu |
|------------------------|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Renseignements sur votre état de santé (suite)
Informacje dotyczące stanu zdrowia (kontynuacja)

2.20 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.
 Proszę w miarę możliwości wymienić specjalistyczne badania (badanie rentgenowskie, próba wysiłkowa, obrazowanie rezonansu magnetycznego, badanie układu oddechowego, itd.), jakie przeszedł(przeszła) Pan(i) w ciągu sześciu ostatnich miesięcy i dotyczące problemu zdrowotnego leżącego u podstaw Pana(-i) niepełnosprawności.

| Nom de l'examen Nazwa badania | Lieu de l'examen Miejsce wykonania badania |
|----------------------------------|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

2.21 Pouvez-vous vous déplacer sans aide? Oui Non
 Czy może się Pan(i) poruszać bez pomocy? Tak No

Si non, vous vous déplacez à l'aide: d'une canne de béquilles d'un fauteuil roulant
Jeśli nie, porusza się Pan(i) za pomocą: laski o kulach na wózek inwalidzkim

d'un autre accessoire, précisez: _____
 za pomocą innego sprzętu, proszę opisać: _____

Renseignements sur vos médecins
Informacje dotyczące lekarzy

2.22 a) Indiquez les renseignements sur votre médecin traitant actuel
 Proszę podać dane obecnego lekarza prowadzącego

| | |
|--|--|
| Nom du médecin Nazwisko lekarza | |
| <input type="checkbox"/> Médecin de famille Lekarz rodzinny <input type="checkbox"/> Spécialiste Specjalista | S'il s'agit d'un médecin spécialiste, indiquez sa spécialité Jeśli jest to lekarz specjalista, proszę wskazać jego specjalizację |
| Nom de l'hôpital ou de la clinique médicale Nazwa szpitala lub kliniki medycznej | Date de votre dernière visite chez ce médecin Data Pana(-i) ostatniej wizyty u tego lekarza <small>année/rok mois/miesiąc jour/dzień</small> |

b) Indiquez les renseignements sur les autres médecins que vous avez consultés
 Proszę podać dane innych lekarzy, z którymi się Pan(i) konsultował(a)

| | |
|--|--|
| 1^{er} médecin / 1. lekarz | |
| Nom du médecin Nazwisko lekarza | |
| <input type="checkbox"/> Médecin de famille Lekarz rodzinny <input type="checkbox"/> Spécialiste Specjalista | S'il s'agit d'un médecin spécialiste, indiquez sa spécialité Jeśli jest to lekarz specjalista, proszę wskazać jego specjalizację |
| Nom de l'hôpital ou de la clinique médicale Nazwa szpitala lub kliniki medycznej | Date de votre dernière visite chez ce médecin Data Pana(-i) ostatniej wizyty u tego lekarza <small>année/rok mois/miesiąc jour/dzień</small> |
| 2^e médecin / 2. lekarz | |
| Nom du médecin Nazwisko lekarza | |
| <input type="checkbox"/> Médecin de famille Lekarz rodzinny <input type="checkbox"/> Spécialiste Specjalista | S'il s'agit d'un médecin spécialiste, indiquez sa spécialité Jeśli jest to lekarz specjalista, proszę wskazać jego specjalizację |
| Nom de l'hôpital ou de la clinique médicale Nazwa szpitala lub kliniki medycznej | Date de votre dernière visite chez ce médecin Data Pana(-i) ostatniej wizyty u tego lekarza <small>année/rok mois/miesiąc jour/dzień</small> |

**Vous devez obtenir un rapport médical de chacun de ces médecins et nous le faire parvenir.
 Powinien(-na) Pan(i) uzyskać zaświadczenie lekarskie od każdego z tych lekarzy i przysłać nam je.**



Renseignements sur vos hospitalisations
Informacje dotyczące leczenia szpitalnego

2.23 Avez-vous été hospitalisé au cours des cinq dernières années? Oui Non
 Czy był(a) Pan(i) hospitalizowany(-a) w ciągu pięciu ostatnich lat? Tak Nie

Si oui, remplissez ce qui suit.
Jeśli tak, proszę odpowiedzieć na poniższe pytania.

| 1 ^{re} hospitalisation / 1. hospitalizacja | |
|---|------------------|
| Date approximative Przybliżona data année/rok mois/miesiąc jour/dzień | Raison Powód |
| Nom du centre hospitalier Nazwa szpitala | Adresse Adres |
| 2 ^e hospitalisation / 2. hospitalizacja | |
| Date approximative Przybliżona data année/rok mois/miesiąc jour/dzień | Raison Powód |
| Nom du centre hospitalier Nazwa szpitala | Adresse Adres |
| 3 ^e hospitalisation / 3. hospitalizacja | |
| Date approximative Przybliżona data année/rok mois/miesiąc jour/dzień | Raison Powód |
| Nom du centre hospitalier Nazwa szpitala | Adresse Adres |
| 4 ^e hospitalisation / 4. hospitalizacja | |
| Date approximative Przybliżona data année/rok mois/miesiąc jour/dzień | Raison Powód |
| Nom du centre hospitalier Nazwa szpitala | Adresse Adres |

Demande de rente d'enfant de personne invalide
Wniosek o rentę dla dziecka osoby niepełnosprawnej

2.24 Remplissez ce qui suit pour chacun des enfants pour lesquels vous demandez une rente d'enfant de personne invalide. Pour connaître les conditions d'admissibilité, consultez les renseignements à ce sujet au début du formulaire.
 Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania dla każdego z dzieci, dla których zwraca się Pan(i) o rentę dla dziecka osoby niepełnosprawnej. Aby poznać warunki kwalifikowania się do świadczeń, proszę zapoznać się z odpowiednimi informacjami na początku formularza.

a) Avez-vous des enfants qui répondent à ces conditions?
 Czy ma Pan(i) dzieci, które spełniają te warunki?

Oui Non
 Tak Nie

Si oui, remplissez ce qui suit.
Jeśli tak, proszę odpowiedzieć na poniższe pytania.

Si non, passez à la partie 4.
Jeśli nie, proszę przejść do części 4.

Si l'enfant est né à l'extérieur du Québec, veuillez fournir une preuve de naissance délivrée par les autorités civiles du lieu où il est né.
Jeśli dziecko urodziło się poza Quebeciem, proszę dołączyć dowód urodzenia wydany przez organy administracyjne miejsca urodzenia.

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Demande de rente d'enfant de personne invalide (suite)
Wniosek o rentę dla dziecka osoby niepełnosprawnej (kontynuacja)

2.24 (suite / kontynuacja)

| 1^{er} enfant / Pierwsze dziecko | | | |
|--|---|--|---|
| Sexe Płeć <input type="checkbox"/> F K <input type="checkbox"/> M M | Nom de famille à la naissance Nazwisko nadane przy urodzeniu | Prénom Imię | |
| Date de naissance Data urodzenia année / rok mois / miesiąc jour / dzień | | Numéro d'assurance sociale au Canada Numer ubezpieczenia społecznego w Kanadzie | |
| Lieu de naissance Miejsce urodzenia | Ville Miasto | Province ou État Prowincja lub stan | Pays Państwo |
| Adresse actuelle de l'enfant (numéro, rue, appartement, case postale, ville, province ou État, pays, code postal) Aktualny adres dziecka (numer, ulica, mieszkanie, skrzynka pocztowa, miasto, prowincja lub stan, państwo, kod pocztowy) | | | |
| Nom de famille de la mère à la naissance Nazwisko matki nadane przy urodzeniu | | Prénom Imię | Nom de famille du père Nazwisko ojca |
| Cet enfant est-il votre enfant biologique ou adoptif? Czy dziecko to jest Pana(-i) dzieckiem biologicznym lub adopcyjnym? | | <input type="checkbox"/> Oui Tak <input type="checkbox"/> Non No | |
| Si oui , pour un enfant adoptif, inscrivez la date d'adoption: Jeśli tak , w przypadku dziecka adoptowanego proszę wpisać datę adopcji: | | année / rok mois / miesiąc jour / dzień | |
| Si non , si l'enfant réside avec vous (personne invalide) depuis au moins un an, indiquez depuis quelle date: Jeśli nie , jeśli dziecko mieszka z Panem(-ią) (osobą niepełnosprawną) co najmniej od roku, proszę wskazać, od kiedy: | | année / rok mois / miesiąc jour / dzień | |
| S'il ne réside pas avec vous, précisez-en la raison: Jeśli nie mieszka z Panem(-ią), proszę wskazać powód: | | | |
| 2^e enfant / Drugie dziecko | | | |
| Sexe Płeć <input type="checkbox"/> F K <input type="checkbox"/> M M | Nom de famille à la naissance Nazwisko nadane przy urodzeniu | Prénom Imię | |
| Date de naissance Data urodzenia année / rok mois / miesiąc jour / dzień | | Numéro d'assurance sociale au Canada Numer ubezpieczenia społecznego w Kanadzie | |
| Lieu de naissance Miejsce urodzenia | Ville Miasto | Province ou État Prowincja lub stan | Pays Państwo |
| Adresse actuelle de l'enfant (numéro, rue, appartement, case postale, ville, province ou État, pays, code postal) Aktualny adres dziecka (numer, ulica, mieszkanie, skrzynka pocztowa, miasto, prowincja lub stan, państwo, kod pocztowy) | | | |
| Nom de famille de la mère à la naissance Nazwisko matki nadane przy urodzeniu | | Prénom Imię | Nom de famille du père Nazwisko ojca |
| Cet enfant est-il votre enfant biologique ou adoptif? Czy dziecko to jest Pana(-i) dzieckiem biologicznym lub adopcyjnym? | | <input type="checkbox"/> Oui Tak <input type="checkbox"/> Non No | |
| Si oui , pour un enfant adoptif, inscrivez la date d'adoption: Jeśli tak , w przypadku dziecka adoptowanego proszę wpisać datę adopcji: | | année / rok mois / miesiąc jour / dzień | |
| Si non , si l'enfant réside avec vous (personne invalide) depuis au moins un an, indiquez depuis quelle date: Jeśli nie , jeśli dziecko mieszka z Panem(-ią) (osobą niepełnosprawną) co najmniej od roku, proszę wskazać, od kiedy: | | année / rok mois / miesiąc jour / dzień | |
| S'il ne réside pas avec vous, précisez-en la raison: Jeśli nie mieszka z Panem(-ią), proszę wskazać powód: | | | |

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Demande de rente d'enfant de personne invalide (suite)
Wniosek o rentę dla dziecka osoby niepełnosprawnej (kontynuacja)

2.24 (suite/kontynuacja)

| 3^e enfant / Trzecie dziecko | | | |
|--|---|--|-----------------|
| Sexe Płeć <input type="checkbox"/> F K <input type="checkbox"/> M M | Nom de famille à la naissance Nazwisko nadane przy urodzeniu | Prénom Imię | |
| Date de naissance Data urodzenia année/rok mois/miesiąc jour/dzień | | Numéro d'assurance sociale au Canada Numer ubezpieczenia społecznego w Kanadzie | |
| Lieu de naissance Miejsce urodzenia | Ville Miasto | Province ou État Prowincja lub stan | Pays Państwo |
| Adresse actuelle de l'enfant (numéro, rue, appartement, case postale, ville, province ou État, pays, code postal) Aktualny adres dziecka (numer, ulica, mieszkanie, skrzynka pocztowa, miasto, prowincja lub stan, państwo, kod pocztowy) | | | |
| Nom de famille de la mère à la naissance Nazwisko matki nadane przy urodzeniu | Prénom Imię | Nom de famille du père Nazwisko ojca | Prénom Imię |
| Cet enfant est-il votre enfant biologique ou adoptif? Czy dziecko to jest Pana(-i) dzieckiem biologicznym lub adopcyjnym? <input type="checkbox"/> Oui Tak <input type="checkbox"/> Non No | | | |
| Si oui , pour un enfant adoptif, inscrivez la date d'adoption: Jeśli tak , w przypadku dziecka adoptowanego proszę wpisać datę adopcji: | | année/rok mois/miesiąc jour/dzień | |
| Si non , si l'enfant réside avec vous (personne invalide) depuis au moins un an, indiquez depuis quelle date: Jeśli nie , jeśli dziecko mieszka z Panem(-ią) (osobą niepełnosprawną) co najmniej od roku, proszę wskazać, od kiedy: | | année/rok mois/miesiąc jour/dzień | |
| S'il ne réside pas avec vous, précisez-en la raison: Jeśli nie mieszka z Panem(-ią), proszę wskazać powód: | | | |

b) Parmi les enfants nommés ci-dessus, y en a-t-il qui reçoivent déjà une rente d'orphelin ou une rente d'enfant de personne invalide du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada?
 Czy spośród wymienionych wyżej dzieci są takie, które otrzymują już rentę sierocą lub rentę dla dziecka osoby niepełnosprawnej z systemu rentowego Quebecu lub z systemu emerytalnego Kanady?

Oui Tak Non Nie

Si oui, inscrivez sous quel numéro d'assurance sociale:
Jeśli tak, proszę wpisać numer odpowiedniego ubezpieczenia społecznego:

c) S'il s'agit de vos propres enfants, mais qu'ils n'habitent pas avec vous (personne 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.).
 Jeśli są to Pana(-i) własne dzieci, ale nie mieszkają z Panem(-ią) (osobą niepełnosprawną), proszę wskazać sumę pieniędzy, jaką wydaje Pan(i) w miesiącu na ich potrzeby (świadczenia alimentacyjne, jeśli dotyczy, wydatki na kształcenie, wydatki na leczenie, w tym dentystyczne, ubrania, przybory szkolne, itd.).

_____ par mois En quelle monnaie?
 _____ miesięcznie W jakiej walucie? _____

Si l'espace est insuffisant, complétez vos réponses à la partie 3.
Jeśli brakuje miejsca, proszę uzupełnić odpowiedzi w części 3.

N'oubliez pas de remplir et de signer la partie 4.
Proszę nie zapomnieć wypełnić i podpisać części 4.

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Partie / Część 4

Déclaration de la personne qui fait la présente demande Oświadczenie osoby składającej wniosek

4.1 Par la présente, je demande, en vertu du Régime de rentes du Québec, les prestations indiquées précédemment. Je déclare que, à ma connaissance, les renseignements fournis dans la présente demande sont véridiques et complets, et je m'engage à aviser Retraite Québec de tout changement pouvant avoir un effet sur le droit à ces prestations.

Niniejszym zwracam się na mocy systemu rentowego Quebecu o przyznanie wskazanych wyżej świadczeń. Oświadczam, że według mojej najlepszej wiedzy podane w niniejszym wniosku informacje są prawdziwe i kompletne oraz zobowiązuję się do poinformowania Retraite Québec o wszelkiej zmianie, która mogłaby mieć wpływ na moje prawo do uzyskania tych świadczeń.

Signature: _____ Date:

| | | | | | | | | | |
|-----------|--------------|------|--------|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
| année/rok | mois/miesiąc | jour | dizien | | | | | | |

Si la présente demande n'est pas signée par la personne à qui les prestations seront versées, veuillez indiquer à quel titre vous l'avez signée.
Jeśli niniejszy wniosek nie jest podpisany przez osobę, której mają zostać wypłacone świadczenia, proszę wskazać, jaki posiada Pan(i) tytuł do złożenia podpisu.

Titre: _____ Nom et prénom: _____
 Tytuł: _____ Nazwisko i imię: _____

Adresse (numéro, rue, appartement, case postale, ville, province ou État, pays, code postal): _____
Adres (numer, ulica, mieszkanie, skrzynka pocztowa, miasto, prowincja lub stan, państwo, kod pocztowy): _____

Numéro d'assurance sociale au Canada (si vous en avez un): _____
Numer ubezpieczenia społecznego w Kanadzie (jeśli Pan(i) taki posiada): _____

Langue de correspondance: Français Anglais
Język do korespondencji: Francuski Angielski

Téléphone au domicile: _____
Telefon domowy: _____

Autre téléphone: _____ Poste: _____
Inny numer telefonu: _____ Poczta: _____

Consentement à la communication des renseignements médicaux, psychosociaux et administratifs Zgoda na podanie informacji medycznych, psychospołecznych i administracyjnych

4.2 Pour que Retraite Québec dispose de toute l'information nécessaire à l'étude de la présente demande de prestations pour invalidité, je consens à ce que tout médecin, professionnel de la santé et établissement de santé ou de services sociaux communiquent à Retraite Québec les renseignements médicaux, psychosociaux et administratifs pertinents qu'ils détiennent à mon sujet.

Aby Retraite Québec mogła dysponować wszystkimi informacjami niezbędnymi do rozpatrzenia niniejszego wniosku o świadczenie z tytułu niepełnosprawności, zgadzam się, by każdy lekarz, pracownik służby zdrowia, instytucji zajmującej się opieką zdrowotną lub socjalną dostarczył Retraite Québec odpowiednich informacji medycznych, psychospołecznych i administracyjnych na mój temat, które są w ich posiadaniu.

Ce consentement vaut aussi pour mes employeurs ainsi que pour la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, la Société de l'assurance automobile du Québec, le Secrétariat du Conseil du trésor, le Secrétariat de la santé et des services sociaux, les Services-conseils aux gestionnaires des réseaux de l'éducation ainsi que pour les administrateurs de régimes d'assurance invalidité à qui j'ai fait une demande de prestations en raison de mon état de santé.

Zgoda ta dotyczy również moich pracodawców, a także Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, Société de l'assurance automobile du Québec, Secrétariat du Conseil du trésor, Secrétariat de la santé et des services sociaux, Services-conseils aux gestionnaires des réseaux de l'éducation, a także wszystkich zarządców systemów ubezpieczenia inwalidzkiego, do których skierowałem(-am) wniosek o przyznanie świadczeń w związku z moim stanem zdrowia.

À moins d'une révocation écrite de ma part, le présent consentement demeure en vigueur, même en cas de décès, jusqu'à la décision définitive de Retraite Québec. Il vise les renseignements médicaux, psychosociaux et administratifs présents à mon dossier de même que ceux qui seront obtenus par la suite jusqu'à la décision définitive.

O ile nie odwołam mojej zgody na piśmie, zgoda ta pozostaje w mocy, nawet w przypadku śmierci, do czasu podjęcia ostatecznej decyzji przez Retraite Québec.. Zgoda ta dotyczy informacji medycznych, psychospołecznych i administracyjnych obecnych w moich dokumentach, a także informacji, które zostaną uzyskane później, do czasu podjęcia ostatecznej decyzji.

Signature: _____ Date:

| | | | | | | | | | |
|-----------|--------------|------|--------|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
| année/rok | mois/miesiąc | jour | dizien | | | | | | |

Autorisation de divulguer la décision Zgoda na ujawnienie decyzji

4.3 J'autorise Retraite Québec à transmettre les renseignements concernant sa **décision**, c'est-à-dire l'acceptation ou le refus de la présente demande, le montant de la prestation et la date de son début s'il y a lieu, à l'institution compétente ou à l'organisme de liaison de la Pologne.

Upoważniam Retraite Québec do przekazania informacji dotyczących jej decyzji, tj. przyjęcia lub odrzucenia niniejszego wniosku, wysokości świadczenia oraz daty ewentualnego rozpoczęcia jego wypłacania właściwej instytucji lub instytucji łącznikowej w Polsce.

Signature: _____ Date:

| | | | | | | | | | |
|-----------|--------------|------|--------|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
| année/rok | mois/miesiąc | jour | dizien | | | | | | |

N'oubliez pas de faire remplir et signer la partie 5 par un fonctionnaire autorisé de l'institution compétente.

Proszę nie zapomnieć przekazać części 5 do wypełnienia i podpisania upoważnionemu urzędnikowi właściwej instytucji.

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Partie / Część 5

Partie à faire remplir par l'institution compétente de la Pologne Część wypełnia właściwa instytucja w Polsce

5.1 Date de présentation de la demande
 Data otrzymania wniosku

année / rok mois / miesiąc jour / dzień

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Renseignements sur le cotisant Informacje dotyczące płatnika składek

5.2 Nom et prénom du cotisant
 Nazwisko i imię płatnika składek

Date de naissance
 Data urodzenia

année / rok mois / miesiąc jour / dzień

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Date du mariage

Data zawarcia związku małżeńskiego

année / rok mois / miesiąc jour / dzień

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Date du divorce

Data uzyskania rozwodu

année / rok mois / miesiąc jour / dzień

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Date de la séparation légale

Data rozpoczęcia prawnej separacji

année / rok mois / miesiąc jour / dzień

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Renseignements sur les enfants Informacje dotyczące dzieci

5.3 Noms et prénoms
 Nazwiska i imiona

Dates de naissance

Daty urodzenia

année / rok mois / miesiąc jour / dzień

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Attestation de l'organisme Zaświadczenie instytucji

5.4 J'atteste que les données relatives à l'état civil inscrites sur le présent formulaire ont été tirées des documents originaux fournis par le demandeur.
 Zaświadczam, że dane związane ze stanem cywilnym wpisane w niniejszym formularzu pochodzą z oryginalnych dokumentów przedstawionych przez osobę składającą wniosek.

Nom de l'organisme :
 Nazwa instytucji: _____

Signature :
 Podpis: _____

Date: _____
 Data: _____

Prénom, nom de famille et titre du fonctionnaire autorisé
 Imię, nazwisko i tytuł upoważnionego urzędnika

| |
|--|
| |
| |
| |

Cachet
 Pieczęć