

**ENTENTE EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ SOCIALE  
ENTRE LE QUÉBEC ET LE ROYAUME DU MAROC**

**Demande de prestations  
du Régime de rentes du Québec**

**Rentes d'invalidité  
et d'enfant de personne invalide**

## IMPORTANT

**Aucune prestation ne peut être versée si vous avez quitté définitivement le Canada avant 1966.**

### **Demande de rente d'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 d'invalidité de ce régime, c'est-à-dire :

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

La Régie peut vous déclarer invalide si votre incapacité est grave et qu'elle doit durer indéfiniment. Vous devez être incapable, en raison de votre état de santé, d'exercer de façon régulière un emploi véritablement rémunérateur.

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 avoir droit à la rente d'invalidité.

### **Demande de rente d'enfant de personne invalide**

Si la rente d'invalidité vous est accordée, vos enfants ou les enfants dont vous avez la charge pourraient avoir droit à une rente d'enfant de personne invalide jusqu'à 18 ans :

- s'il s'agit de vos enfants, qu'ils habitent ou non avec vous;
- s'il s'agit de vos belles-filles ou de vos beaux-fils et qu'ils habitent avec vous;
- s'il s'agit d'autres enfants qui habitent avec vous ou dont vous assurez la subsistance;
- et s'ils ne reçoivent pas déjà une rente du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada.

La rente d'enfant de personne invalide est versée chaque mois et son montant est fixe.

### **Paiement des rentes**

Veuillez noter que les rentes sont :

- payables à la fin du mois à partir duquel vous y avez droit. Par exemple, si vous y avez droit à partir d'avril, le paiement sera fait à la fin d'avril;
- augmentées, en janvier de chaque année, en fonction du coût de la vie;
- imposables.

### **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 à des 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.

# DEMANDE DE PRESTATIONS DU RÉGIME DE RENTES DU QUÉBEC EN VERTU DE L'ENTENTE EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ SOCIALE ENTRE LE QUÉBEC ET LE ROYAUME DU MAROC

**Note :** Cette demande doit être remplie par le cotisant. Le terme « cotisant » désigne la personne qui a versé des cotisations au Régime de rentes du Québec.

**Veillez écrire en lettres détachées.**

**Partie**

**A**

## RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR LE COTISANT

Inscrire le numéro d'assurance sociale du cotisant au Canada

<b>1</b>	Langue de correspondance souhaitée <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	Indiquez la dernière province de résidence du cotisant au Canada.		
Date d'arrivée au Canada _____ année    _____ mois    _____ jour		Date de départ du Canada _____ année    _____ mois    _____ jour		
<b>2</b>	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nom de famille du cotisant	Prénom	
Nom de famille à la naissance si différent		Prénom à la naissance si différent		
<b>3</b>	Prénom du père		Prénom de la mère	
Nom de la mère à la naissance				
<b>4</b>	Numéro de carte d'identité nationale du Maroc		Numéro d'immatriculation au Maroc	
<b>5</b>	Adresse (numéro, rue, appartement, case postale)			
Ville		Province ou État	Pays	Code postal
Téléphone				
Au domicile			Autre	Poste
<b>6</b>	Date de naissance (année, mois, jour) _____		Lieu de naissance (ville, province ou État, pays)	
<b>7</b>	État matrimonial			
<input type="checkbox"/> Célibataire		<input type="checkbox"/> Marié depuis _____ année    _____ mois	<input type="checkbox"/> Veuf depuis _____ année    _____ mois	<input type="checkbox"/> Divorcé depuis _____ année    _____ mois
<input type="checkbox"/> Séparé légalement depuis _____ année    _____ mois				
<b>8</b>	Le cotisant reçoit-il ou a-t-il reçu ou demandé des prestations en vertu du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada? (Ne pas tenir compte de la pension de la Sécurité de la vieillesse du Canada)			
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, indiquez sous quel numéro d'assurance sociale au Canada : _____				

--	--	--

**9** Le cotisant a-t-il participé à un régime de sécurité sociale dans un pays autre que le Canada et le Maroc?

Oui. **Remplissez ce qui suit.**  Non. **Passez à la section 10.**

1<sup>er</sup> pays : \_\_\_\_\_ Numéro de sécurité sociale dans ce pays : \_\_\_\_\_

2<sup>e</sup> pays : \_\_\_\_\_ Numéro de sécurité sociale dans ce pays : \_\_\_\_\_

Nom de la caisse de retraite \_\_\_\_\_

**10** Certaines conditions peuvent aider une personne à devenir admissible à une rente ou à faire augmenter son montant :

- si le cotisant a reçu des prestations familiales pour un enfant (Soutien aux enfants, allocation familiale du Québec ou prestation fiscale canadienne pour enfants);
- si le cotisant était admissible à des prestations familiales, mais qu'il n'en a pas reçu en raison d'un revenu familial trop élevé.

**A.** Le cotisant a-t-il eu ou pris en charge des enfants nés après le 31 décembre 1958?

Oui. **Passez à la question B.**  Non. **Passez à la prochaine partie.**

**B.** Le cotisant a-t-il reçu À SON NOM des prestations familiales pour un enfant né après le 31 décembre 1958 ou, s'il n'en a pas reçu, était-ce en raison d'un revenu familial trop élevé? (Ces prestations sont habituellement versées à la mère.)

Oui. **Remplissez le tableau ci-dessous.**  Non. **Passez à la prochaine partie.**

**Renseignements sur les enfants nés après le 31 décembre 1958**

<b>1<sup>er</sup></b>	Nom de famille à la naissance		Prénom de l'enfant		Date de naissance année    mois    jour		
	Lieu de naissance (ville, province ou État, pays)		Date d'adoption ou de prise en charge (s'il y a lieu) année    mois		Date de décès (si l'enfant est décédé avant l'âge de 7 ans) année    mois		
	Si né hors du Canada	Date d'arrivée au Canada année    mois		Date de départ du Canada année    mois		Province de résidence lors de l'arrivée au Canada	
<b>2<sup>e</sup></b>	Nom de famille à la naissance		Prénom de l'enfant		Date de naissance année    mois    jour		
	Lieu de naissance (ville, province ou État, pays)		Date d'adoption ou de prise en charge (s'il y a lieu) année    mois		Date de décès (si l'enfant est décédé avant l'âge de 7 ans) année    mois		
	Si né hors du Canada	Date d'arrivée au Canada année    mois		Date de départ du Canada année    mois		Province de résidence lors de l'arrivée au Canada	
<b>3<sup>e</sup></b>	Nom de famille à la naissance		Prénom de l'enfant		Date de naissance année    mois    jour		
	Lieu de naissance (ville, province ou État, pays)		Date d'adoption ou de prise en charge (s'il y a lieu) année    mois		Date de décès (si l'enfant est décédé avant l'âge de 7 ans) année    mois		
	Si né hors du Canada	Date d'arrivée au Canada année    mois		Date de départ du Canada année    mois		Province de résidence lors de l'arrivée au Canada	

**C.** De la naissance de chacun des enfants jusqu'à son 7<sup>e</sup> anniversaire, y a-t-il des périodes pendant lesquelles le cotisant ne recevait pas de prestations familiales du Canada à son nom?

Oui  Non

**D.** Depuis sa naissance ou son arrivée au Canada jusqu'à son 7<sup>e</sup> anniversaire, chaque enfant a-t-il toujours résidé avec le cotisant au Canada?

Oui  Non

**Si l'espace est insuffisant, ajoutez une note à la page 11.**

--	--	--

**Partie B DEMANDE DE PRESTATIONS D'INVALIDITÉ**

**1** Avez-vous déjà fait une demande à la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) à la suite d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle?

Non
  Oui, mais je n'ai pas reçu de réponse.
  Oui, et la CSST a accepté ma demande.
  Oui, mais la CSST a refusé ma demande.

Numéro de votre dossier (CSST) : \_\_\_\_\_  
 Date de la réclamation  
 année      mois      jour  
 | | | | | | | | | |

**2** Avez-vous déjà fait une demande d'indemnité à la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ)?

Non
  Oui. Numéro de votre dossier (SAAQ) : \_\_\_\_\_ Date de la réclamation \_\_\_\_\_

année      mois      jour  
 | | | | | | | | | |

**3** Avez-vous fait au Canada une demande à une compagnie d'assurances ou à un autre organisme concernant votre invalidité?

Non
  Oui. Numéro de votre dossier : \_\_\_\_\_ Date de la réclamation \_\_\_\_\_

année      mois      jour  
 | | | | | | | | | |

Nom de la compagnie ou de l'organisme : \_\_\_\_\_

**Renseignements sur votre situation de travail**

**4 A.** Date du début de votre emploi actuel ou du dernier emploi occupé

année      mois      jour  
 | | | | | | | | | |

**B.** Avez-vous cessé complètement de travailler au Maroc ou dans tout autre pays?

Oui. Date de votre dernière journée de présence au travail.

année      mois      jour  
 | | | | | | | | | |

Non. Combien d'heures par semaine travaillez-vous? \_\_\_\_\_ Combien gagnez-vous par semaine (en monnaie du pays)? \_\_\_\_\_

heures

**C.** Pour quelles raisons avez-vous cessé partiellement ou complètement de travailler?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**D.** Quel est ou était le titre de votre emploi? \_\_\_\_\_

Décrivez brièvement votre travail : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**E.** Nom du dernier employeur : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_

Occupez-vous un 2<sup>e</sup> emploi?  Oui.  Non

--	--	--

**Renseignements sur votre situation de travail (Suite)**

**5**

Nom de l'employeur	Titre de l'emploi	Durée				Raison du départ
		De		À		
		année	mois	année	mois	

**6**

**Note :** Par "travailleur autonome", on entend la personne qui exécute un travail pour son compte ou qui est propriétaire d'une entreprise, enregistrée ou non. La personne propriétaire d'une compagnie (incorporée) n'est pas considérée comme un travailleur autonome, mais comme un salarié.

Êtes-vous ou étiez-vous un **travailleur autonome**?  Oui. **Remplissez ce qui suit.**  Non. **Passez à la section 7.**

**A.** Inscrivez le nom et l'adresse de votre entreprise.

Nom de votre entreprise			
Adresse (numéro, rue, bureau, case postale)			
Ville	Province ou État	Pays	Code postal

**B.** Indiquez la spécialité de l'entreprise et précisez vos fonctions.

Spécialité : \_\_\_\_\_

Fonctions : \_\_\_\_\_

**C.** Pourcentage de l'entreprise détenu :  100 %  Autre. Précisez : \_\_\_\_\_ %

**D.** Êtes-vous ou étiez-vous un travailleur à votre compte?  Oui  Non

**E.** Nombre d'employés : \_\_\_\_\_

--	--	--

**Renseignements sur votre situation de travail (Suite)**

**F.** Votre entreprise est-elle toujours en activité?

Oui       Non

**G.** Indiquez le nombre d'heures travaillées par mois :

\_\_\_\_\_   
 Avant votre invalidité

\_\_\_\_\_   
 Depuis votre invalidité

**H.** Indiquez par mois le nombre d'heures de travail des membres de votre famille qui ne reçoivent pas de salaire :

\_\_\_\_\_   
 Avant votre invalidité

\_\_\_\_\_   
 Depuis votre invalidité

**I.** Indiquez les revenus nets de ce travail :

\_\_\_\_\_   
 Avant votre invalidité

\_\_\_\_\_   
 Depuis votre invalidité

**Commentaires**

---



---



---



---

**Renseignements sur votre état de santé**

**7** Depuis quelle date votre état de santé vous rend-il incapable de travailler régulièrement?

\_\_\_\_\_ année      \_\_\_\_\_ mois      \_\_\_\_\_ jour

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

**8** Indiquez les maladies ou les déficiences qui vous empêchent de travailler régulièrement ou vous limitent dans votre travail. Si vous ne connaissez pas les termes médicaux, employez vos propres termes.

---



---



---



---



---

**9** Énumérez les médicaments que vous prenez actuellement.

Nom du médicament	Quelle dose prenez-vous?	Quand le prenez-vous?

--	--	--

**Renseignements sur votre état de santé (Suite)**

**10** Précisez tout autre traitement (physiothérapie, psychothérapie, etc.) suivi actuellement et l'endroit où vous le suivez.

Traitement	Nom de l'établissement

**11** Précisez, si possible, les examens spéciaux (radiographie, tapis roulant, 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.

Nom de l'examen	Lieu de l'examen

Pouvez-vous vous déplacer sans aide?

Oui   
  Non. Je me déplace à l'aide :   
  D'une canne   
  De béquilles   
  D'un fauteuil roulant  
 Autre. Précisez : \_\_\_\_\_

**Renseignements sur vos médecins**

**12** Médecin qui vous soigne actuellement      Nom du médecin : \_\_\_\_\_

Médecin de famille     
  Spécialiste. Précisez : \_\_\_\_\_

À quel hôpital ou à quelle clinique médicale? \_\_\_\_\_

année                  mois                  jour

Date de votre dernière visite à ce médecin : \_\_\_\_\_

**13** Autres médecins que vous avez consultés

Nom du médecin : \_\_\_\_\_

Médecin de famille     
  Spécialiste. Précisez : \_\_\_\_\_

À quel hôpital ou à quelle clinique médicale? \_\_\_\_\_

année                  mois                  jour

Date de votre dernière visite à ce médecin : \_\_\_\_\_

---

Nom du médecin : \_\_\_\_\_

Médecin de famille     
  Spécialiste. Précisez : \_\_\_\_\_

À quel hôpital ou à quelle clinique médicale? \_\_\_\_\_

année                  mois                  jour

Date de votre dernière visite à ce médecin : \_\_\_\_\_

**Vous devez obtenir et nous faire parvenir un rapport médical de chacun de ces médecins.**



--	--	--

### Renseignements sur vos hospitalisations

**14** Avez-vous été hospitalisé au cours des cinq dernières années?

Oui. **Remplissez ce qui suit.**

Non. **Passez à la section 15.**

**1**

Date approximative : année mois  

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

Nom du centre hospitalier : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Raisons de l'hospitalisation : \_\_\_\_\_

**2**

Date approximative : année mois  

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

Nom du centre hospitalier : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Raisons de l'hospitalisation : \_\_\_\_\_

**3**

Date approximative : année mois  

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

Nom du centre hospitalier : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Raisons de l'hospitalisation : \_\_\_\_\_

**4**

Date approximative : année mois  

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

Nom du centre hospitalier : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Raisons de l'hospitalisation : \_\_\_\_\_

--	--	--

**Demande de rente d'enfant de personne invalide**

**15** Remplissez le tableau ci-dessous 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.)

Avez-vous des enfants qui répondent à ces conditions?

Oui. **Remplissez ce qui suit.**       Non. **Passez à la partie C.**

**Si l'enfant est né à l'extérieur du Québec, veuillez fournir une preuve de naissance délivrée par les autorités civiles.**

<b>1</b>	Sexe	Nom de famille à la naissance	Prénom			
	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Date de naissance	année	mois	jour	Numéro d'assurance sociale
Lieu de naissance		Ville	Province ou État		Pays	
Adresse actuelle de l'enfant (numéro, rue, appartement, case postale, ville, province ou État, pays, code postal)						
Nom de la mère à la naissance			Prénom		Nom du père	Prénom
<b>2</b>	Sexe	Nom de famille à la naissance	Prénom			
	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Date de naissance	année	mois	jour	Numéro d'assurance sociale
Lieu de naissance		Ville	Province ou État		Pays	
Adresse actuelle de l'enfant (numéro, rue, appartement, case postale, ville, province ou État, pays, code postal)						
Nom de la mère à la naissance			Prénom		Nom du père	Prénom
<b>3</b>	Sexe	Nom de famille à la naissance	Prénom			
	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Date de naissance	année	mois	jour	Numéro d'assurance sociale
Lieu de naissance		Ville	Province ou État		Pays	
Adresse actuelle de l'enfant (numéro, rue, appartement, case postale, ville, province ou État, pays, code postal)						
Nom de la mère à la naissance			Prénom		Nom du père	Prénom

**Si l'espace est insuffisant, ajoutez une note à la page 11.**

Parmi les enfants que vous avez désignés plus haut, 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 de Canada?

Non       Oui, sous le numéro d'assurance sociale suivant : \_\_\_\_\_

**N'oubliez pas de remplir et de signer la partie C.**

Form for social security number input, consisting of three adjacent boxes.

**Autres renseignements**

Utilisez cet espace au besoin. Indiquez le numéro de chaque question dont vous complétez la réponse ici.

Lined area for providing answers to questions, consisting of 33 horizontal lines.

--	--	--

**Partie C DÉCLARATION DE LA PERSONNE QUI FAIT LA DEMANDE**

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 cette demande sont véridiques et complets, et je m'engage à aviser la Régie des rentes du Québec de tout changement pouvant avoir un effet sur le droit à ces prestations.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : 

année	mois	jour

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.

Titre : \_\_\_\_\_ Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Adresse (numéro, rue, appartement, case postale, ville, province ou État, pays, code postal) : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance sociale au Canada (si vous en avez un) : \_\_\_\_\_

Langue de correspondance souhaitée :  Français  Anglais

Téléphone :

Au domicile \_\_\_\_\_ Autre \_\_\_\_\_ Poste \_\_\_\_\_

**Consentement à communiquer des renseignements médicaux et psychosociaux et signature**

Pour que la Régie des rentes du Québec dispose de toute l'information nécessaire à l'étude de ma demande de prestations d'invalidité, je consens à ce que tout médecin, tout professionnel de la santé et tout établissement de santé ou de services sociaux communiquent à la Régie les renseignements médicaux et psychosociaux pertinents qu'ils détiennent à mon sujet.

Ce consentement vaut aussi pour la Commission 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, la Commission administrative des régimes de retraite et d'assurances 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.

**À moins d'une révocation écrite de ma part, le présent consentement demeure en vigueur jusqu'à la décision finale de la Régie.** Il vise les renseignements médicaux et psychosociaux déjà détenus de même que ceux qui seront obtenus par la suite jusqu'à la décision finale.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : 

année	mois	jour

**Autorisation de divulguer la décision**

J'autorise la Régie des rentes du Québec à transmettre les renseignements concernant sa **décision**, c'est-à-dire l'acceptation ou le refus de la demande, le montant de la rente et la date de son début s'il y a lieu, à l'institution compétente ou à l'organisme de liaison du Maroc.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : 

année	mois	jour

--	--	--

**Partie D PARTIE À FAIRE REMPLIR PAR L'ORGANISME COMPÉTENT DU MAROC**

Date de présentation de la demande

année	mois	jour
_	_	_

**Renseignements sur le cotisant**

Nom du cotisant

Date de naissance	Date du mariage	Date du divorce	Date de la séparation légale
année    mois    jour	année    mois    jour	année    mois    jour	année    mois    jour
_   _   _	_   _   _	_   _   _	_   _   _
<input type="checkbox"/> Vérifiée	<input type="checkbox"/> Vérifiée	<input type="checkbox"/> Vérifiée	<input type="checkbox"/> Vérifiée

**Renseignements sur les enfants - Date de naissance**

Nom et prénom	année	mois	jour	<input type="checkbox"/> Vérifiée
	_	_	_	
Nom et prénom	année	mois	jour	<input type="checkbox"/> Vérifiée
	_	_	_	
Nom et prénom	année	mois	jour	<input type="checkbox"/> Vérifiée
	_	_	_	
Nom et prénom	année	mois	jour	<input type="checkbox"/> Vérifiée
	_	_	_	

**J'atteste que les données relatives à l'état civil inscrites sur le présent formulaire ont été tirées des documents originaux fournis par le requérant.**

Nom de l'organisme \_\_\_\_\_

Date: 

année	mois	jour
_	_	_

 Signature : \_\_\_\_\_

Prénom, nom de famille et titre du fonctionnaire autorisé

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cachet