Information

Retraite Québec

Demande de révision

Invalidité
Régime de rentes du Québec

Inscrivez votre numéro d'assurance sociale

1. Renseignements sur votre identité (demandeur)

Sexe ☐ F ☐ M

Nom de famille

Prénom

Date de naissance (année mois jour)

Nom de famille de votre mère à sa naissance (sans son prénom)

Votre adresse (numéro, rue, appartement)

Ville | Province | Pays | Code postal

Téléphone

Au domicile (ind. rég.) | Autre (ind. rég.) | Poste

1.1 Renseignements sur l'identité du cotisant (si différent du demandeur)

Sexe ☐ F ☐ M

Nom de famille | Prénom | Date de naissance (année mois jour)

Adresse (numéro, rue, appartement)

Ville | Province | Pays | Code postal

Téléphone

Au domicile (ind. rég.) | Autre (ind. rég.) | Poste

2. Décision contestée

Date de la décision contestée (année mois jour)

3. Raison de votre demande de révision

Si l'espace est insuffisant, joignez une autre feuille.

3.1 Veuillez expliquer pourquoi vous faites une demande de révision et fournir tous les documents utiles.

3.2 Si vous avez dépassé le délai de 90 jours prévu pour demander la révision de notre décision, veuillez indiquer les raisons qui justifient ce retard.

Inscrivez votre numéro d'assurance sociale

4. Date d'arrêt de travail

Veuillez indiquer la date de **votre dernière journée de présence** à votre lieu de travail : année mois jour

5. Questions complémentaires

Depuis notre décision au sujet de votre invalidité :

5.1 Avez-vous revu votre médecin traitant ou consulté un autre médecin? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez préciser le nom de chaque médecin et l'endroit de la rencontre :

Nom du médecin	Endroit du suivi (hôpital, clinique, CLSC, etc.)

Numéro de téléphone de votre pharmacie ind. rég.

5.2 Votre médication a-t-elle été modifiée (nouveau médicament, nouvelle posologie)? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez préciser le nom de chaque nouveau médicament ainsi que la posologie prescrite pour chacun :

Nom du médicament	Posologie (ex. : 10 mg 2 fois par jour)

5.3 Avez-vous commencé de nouveaux traitements (en physiothérapie, en psychothérapie, en chirurgie, dans une clinique de la douleur, etc.)? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez indiquer chaque nouveau traitement, la date de début, la fréquence et l'endroit du suivi :

Traitement	Date de début	Fréquence (nbre de fois par mois)	Endroit du suivi (hôpital, centre de réadaptation, clinique, CLSC, etc.)

5.4 Avez-vous subi des tests médicaux ou prévoyez-vous en subir? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez préciser le nom de chaque test, de même que la date et l'endroit où il a été effectué ou l'endroit prévu :

Nom du test	Date (test effectué ou prévu)	Endroit

5.5 Avez-vous été hospitalisé? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez préciser la raison, la date et l'endroit de chaque hospitalisation :

Raison de l'hospitalisation	Date	Endroit

Inscrivez votre numéro d'assurance sociale

5. Questions complémentaires (suite)

5.6 Avez-vous eu ou prévoyez-vous avoir une expertise à la demande de la CNESST, de la SAAQ ou d'une compagnie d'assurance? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez indiquer le nom de l'organisme ou de la compagnie et la date de chaque expertise effectuée ou prévue :

Nom de l'organisme ou de la compagnie	Date (expertise effectuée ou prévue)

6. Déclaration et signature

Une fausse déclaration est une infraction et peut entraîner des conséquences.

Je déclare que les renseignements fournis dans ce formulaire sont complets et exacts. D'ici à ce qu'une décision soit rendue, je m'engage à vous informer de tout changement relatif à ma situation de travail ou à mon état de santé.

Signature _____ Date année mois jour

Si vous avez rempli ce formulaire pour une autre personne, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom de famille | Prénom

Téléphone

Au domicile ind. rég. | Autre ind. rég. | Poste

Pourquoi la personne qui conteste la décision prise à son sujet n'a-t-elle pas signé ce formulaire?

_____

_____

_____

Avez-vous un lien de parenté avec elle? ☐ Non

☐ Oui. Précisez : _____

À quel titre avez-vous signé (héritier, mandataire, tuteur, etc.)? _____

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.

Pour obtenir plus de renseignements

Par Internet

Mon dossier

Accédez à votre dossier **en tout temps**

www.retraitequebec.gouv.qc.ca

Par téléphone

Région de Québec : 418 643-5185
Région de Montréal : 514 873-2433
Sans frais : 1 800 463-5185

Imprimer

Retournez à : Retraite Québec, Service de la révision RRQ-SAE, C. P. 5200, Québec (Québec) G1K 7S9