

Questionnaire pour personne à charge souffrant d'une invalidité totale

Prénom _____ Nom _____ Police _____ Division _____ Certificat _____
Prénom de la personne à charge _____ Nom de la personne à charge _____ Date de naissance / /
(JJ/MM/AAAA)

Section 1 À être remplie par l'employé(e)

1. La personne à charge habite: avec l'employé(e) dans un foyer à besoins spécialisés
 autre (préciser) : _____
2. La personne à charge a-t-elle un revenu? Oui Non
Si oui, le revenu provient : d'un employeur du RPC de la CSSIAT autre (préciser) : _____
3. La personne à charge a-t-elle un permis de conduire? Oui Non
Si non, veuillez en donner la raison : _____
Si oui, est-ce que son invalidité l'empêche de conduire? Oui Non
4. La personne à charge a-t-elle fréquenté l'école? Oui Non
Si oui, quel niveau de scolarité (grade) a-t-elle obtenu? _____
5. Est-ce que dans ses activités quotidiennes la personne à charge est : autonome nécessite de l'aide
Veuillez fournir des détails : _____
6. Est-ce que la personne à charge est autonome pour se déplacer, marcher et circuler dans son environnement? Oui Non
Veuillez fournir des détails : _____

Signature de l'employé(e) _____

Date (JJ/MM/AAAA) _____

Section 2 À être remplie par le médecin traitant de la personne à charge

7. À votre connaissance, les réponses données ci-dessus sont-elles exactes? Oui Non
Si non, prière de donner des explications : _____
8. Le diagnostic : _____
9. La date du diagnostic (JJ/MM/AAAA) : / /
10. La date du début de l'invalidité (JJ/MM/AAAA) : / /
11. Le genre de traitement : _____
12. Décrire ses limitations physiques et/ou mentales: _____
Décrire ses capacités physiques et/ou mentales : _____
13. Est-ce que vous considérez la personne totalement incapable d'exercer une occupation rémunératrice? Oui Non
Si oui, veuillez nous faire parvenir une copie des rapports de consultation, résultats de tests ou toute autre information qui pourrait nous appuyer dans notre évaluation.

Signature du médecin traitant _____

Date (JJ/MM/AAAA) _____