Demande de prestations d'invalidité

Veuillez remplir et soumettre la section 1 et fournir l'**un** des documents médicaux énumérés ci-dessous pour présenter une demande de prestations d'invalidité auprès du Régime de retraite des soins de santé de l'Ontario (HOOPP).

Section 1 : Informations sur l'invalidité du participant

Prénom

Nom de famille

Veuillez choisir l'une des options suivantes à joindre à votre demande :

Option 1 : Approbation d'autres prestations d'invalidité

☐ Une copie d'une lettre ou d'un courriel d'approbation pour les prestations d'invalidité au travail **ou** une copie de votre avis de droit aux prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada (RPC).

Option 2 : Demande remplie pour d'autres prestations d'invalidité

☐ Une copie du formulaire rempli par votre médecin, votre infirmière praticienne ou votre psychologue à l'appui de votre demande de prestations d'invalidité, telles que les prestations d'invalidité au travail ou du RPC.

Option 3 : Formulaire rempli par votre médecin, infirmière praticienne ou psychologue

☐ Si vous ne disposez d'aucun des documents susmentionnés, veuillez demander à votre médecin, infirmier praticien ou psychologue de remplir la **Section 2** de cette demande.

Consentement du participant

Je certifie par les présentes que les renseignements fournis sont, à ma connaissance, complets et véridiques. Je consens à avertir le HOOPP de tout changement susceptible pouvant influer sur mon admissibilité aux prestations d'invalidité.

En remplissant ce formulaire, j'autorise le HOOPP à recueillir et à conserver mes renseignements personnels et médicaux à l'appui de cette demande et de la gestion continue de mes prestations d'invalidité. Je comprends que cela peut inclure la divulgation de ces renseignements à un tiers (tel qu'un médecin ou un examinateur médical indépendant) afin d'évaluer mon admissibilité continue aux prestations d'invalidité. Je reconnais que je suis responsable de tous les frais liés au remplissage de cette demande.

Je comprends que le HOOPP peut me demander des renseignements supplémentaires à tout moment, si nécessaire.

Signature

Date (MM/JJ/AAAA)

Référez-vous à la page 2 pour la Section 2 : Certificat médical

Section 2 : Certificat médical

Demandez à votre praticien (médecin, infirmière praticienne ou psychologue) de remplir cette section si vous ne soumettez **pas** l'un des documents mentionnés dans l'option 1 ou l'option 2 ci-dessus, puis renvoyez-la au HOOPP avec la Section 1.

Veuillez noter que toute modification apportée à la Section 2 doit être paraphée par le praticien qui l'a signée.

Prénom du participant

Nom de famille du participant

Nom du practicien

Spécialité (le cas échéant)

Numéro de téléphone

Je certifie par les présentes que le participant au HOOPP nommé ci-dessus répond à la définition suivante d'invalidité du HOOPP : (Veuillez cocher la case appropriée.)

- ☐ **Invalidité partielle** – Un problème médical causant une déficience physique ou mentale qui **empêche un participant d'exercer les fonctions liées à l'emploi** qu'il occupait avant la survenue de cette déficience.
- ☐ **Invalidité totale** – Une condition causant une déficience physique ou mentale qui **empêche un membre d'exercer tout emploi** pour lequel il est raisonnablement qualifié en raison de son éducation, de sa formation ou de son expérience.
- ☐ **Invalidité totale et permanente** – Une condition causant une déficience physique ou mentale qui **empêche un membre d'exercer tout emploi** pour lequel il est raisonnablement qualifié en raison de son éducation, de sa formation ou de son expérience, et dont **on peut raisonnablement s'attendre à ce qu'elle persiste pendant le reste de sa vie.**

Signature du practicien

Date (MM/JJ/AAAA)

Votre vie privée est importante pour nous! La protection de la vie privée des participants est une priorité pour le HOOPP. Nous recueillons, utilisons et divulguons les renseignements personnels des participants dans le seul but d'administrer le Régime; cela signifie principalement administrer les prestations de retraite et verser les rentes après le départ à la retraite. Pour en savoir plus sur les politiques et pratiques du HOOPP concernant la vie privée, visitez le **hoopp.com.**