



Certificat d'incapacité

Renseignements sur le bénéficiaire de la Sécurité de la vieillesse et/ou du Régime de pensions du Canada

Numéro d'assurance sociale
du bénéficiaire

M. Mme Prénom habituel et initiale Mlle	Nom de famille	
Adresse du domicile (N°, rue, app., C.P., R.R. et ville)	Province ou territoire	
	Pays - si ce n'est pas le Canada	Code postal

Remarque : Si vous présentez une demande au nom d'une personne qui est sans abri ou à risque imminent de l'être, veuillez indiquer la communauté où réside la personne.

Veillez noter qu'une personne peut être considérée comme étant incapable de gérer ses propres affaires lorsqu'elle souffre d'une déficience mentale ou physique causée par une maladie. (Veillez consulter les questions ci-dessous.) Si vous êtes lié par le sang ou le mariage à la personne inapte ou à la personne demandant de gérer les prestations de cette personne, vous ne pouvez pas attester l'incapacité de la personne.

Est-ce que la personne nommée ci-dessus :

1. A une bonne connaissance générale de ce qui arrive à son argent ou à ses placements?	Oui Non	Commentaires
2. A une connaissance adéquate des délais à respecter de manière à régler les comptes rapidement?	Oui Non	Commentaires
3. A une mémoire suffisante pour se tenir au courant des décisions et des transactions financières?	Oui Non	Commentaires
4. A la capacité de tenir ses comptes à jour?	Oui Non	Commentaires
5. A une perte de jugement importante puisque ses facultés intellectuelles sont touchées?	Oui Non	Commentaires

De plus :

6A. Depuis combien de temps connaissez-vous cette personne?	6B. Indiquez la date de naissance de cette personne.
7. Estimez-vous que cette personne est capable de gérer ses propres affaires? Oui Non	Si non , prévoyez-vous une amélioration? (Soumettre une date)

Répondez aux questions 8 et 9 si vous êtes un professionnel de la santé (médecin, infirmier autorisé, infirmier praticien, psychologue ou psychiatre).

8. Diagnostic de la déficience	Date du début de la déficience
9. Commentaires	

Service Canada assure la prestation des programmes et des services d'Emploi et Développement social Canada pour le gouvernement du Canada.

Numéro d'assurance sociale du bénéficiaire

Répondez aux questions 10 et 11 si vous êtes un professionnel désigné autre qu'un professionnel de la santé (travailleur social, avocat ou membre du clergé).

10. Description de la déficience	Date du début de la déficience
11. Commentaires	

Doit être rempli par un professionnel de la santé et un professionnel désigné autre qu'un professionnel de la santé si ceux-ci attestent l'incapacité d'un aîné sans abri ou à risque de l'être.

<p>12. Veuillez remplir l'attestation qui suit :</p> <p>Je suis un membre en règle de _____ « Nom de l'association professionnelle ou de l'organisme professionnel »</p> <p>Numéro d'adhérent ou d'inscription : _____</p>

NOTE : Si vous faites une déclaration fautive ou trompeuse, vous vous exposez à une pénalité administrative et à des intérêts, le cas échéant, en vertu du Régime de pensions du Canada ou de la Loi sur la sécurité de la vieillesse, ou à une poursuite pour infraction. Si vous recevez ou obtenez des prestations auxquelles vous n'êtes pas admissible, elles devraient être remboursées.

Nom et signature de la personne désignée (professionnel de la santé, travailleur social, avocat ou membre du clergé) qui remplit ce formulaire.

Prénom (lettres moulées)	Deuxième prénom	Nom(s) de famille	Profession
Adresse (N°, rue, app., C.P., R.R.)		Ville ou village	
Province ou territoire		Pays autres que le Canada	Code postal
Numéro de téléphone pendant la journée	Signature		Date (AAAA-MM-JJ)



Service
Canada

Bureaux de Service Canada

Sécurité de la vieillesse

Envoyer vos formulaires :

Au bureau de Service Canada le plus près de chez vous.

De l'extérieur du Canada : Au bureau de Service Canada de votre **dernière province de résidence**.

Besoin d'aide à remplir les formulaires?

Canada ou États-Unis : **1-800-277-9915**

Tous les autres pays : **613-957-1954** (nous acceptons les frais virés)

ATS : **1-800-255-4786**

Important : Ayez votre numéro d'assurance sociale à portée de la main.

TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR

Service Canada
CP 9430 Succursale A
St. John's NL A1A 2Y5
CANADA

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Service Canada
CP 8000 Succursale Central
Charlottetown PE C1A 8K1
CANADA

NOUVELLE-ÉCOSSE

Service Canada
CP 1687 Succursale Central
Halifax NS B3J 3J4
CANADA

NOUVEAU-BRUNSWICK

Service Canada
CP 250
Fredericton NB E3B 4Z6
CANADA

QUÉBEC

Service Canada
CP 1816 Succursale Terminus
Québec QC G1K 7L5
CANADA

ONTARIO

**Pour les codes postaux commençant par
« L, M ou N »**

Service Canada
CP 5100 Succursale D
Scarborough ON M1R 5C8
CANADA

ONTARIO

**Pour les codes postaux commençant par
« K ou P »**

Service Canada
CP 2013 Succursale Main
Timmins ON P4N 8C8
CANADA

MANITOBA ET SASKATCHEWAN

Service Canada
CP 818 Succursale Main
Winnipeg MB R3C 2N4
CANADA

ALBERTA / TERRITOIRES DU NORD-OUEST ET NUNAVUT

Service Canada
CP 2710 Succursale Main
Edmonton AB T5J 2G4
CANADA

COLOMBIE-BRITANNIQUE ET YUKON

Service Canada
CP 1177 Succursale CSC
Victoria BC V8W 2V2
CANADA

Available in English