

# Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide

## Instructions portant sur le formulaire de demande de réévaluation

Les survivants canadiens de la thalidomide confirmés ont accès au Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide qui comprend un paiement annuel continu exempt d'impôt pour les aider à répondre à leurs besoins en soins de santé et de subsistance et pour les aider à vieillir dans la dignité. Le montant annuel que chaque survivant reçoit repose sur son degré d'invalidité lié à la thalidomide tel qu'évalué par Santé Canada en 1991 ou au moment de sa dernière réévaluation.

| Degré d'invalidité   | Montant du paiement de soutien continu en 1991 | Montant du paiement de soutien continu en 2021-2022 FY |
|----------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Degré d'invalidité 1 | 25 000 \$                                      | 28 154.06 \$                                           |
| Degré d'invalidité 2 |                                                | 84 462.18 \$                                           |
| Degré d'invalidité 3 | 75 000 \$                                      | 112 616.24 \$                                          |

Les paiements continus sont indexés au taux d'inflation annuel de 2 % et peuvent être versés par mensualités ou comme montant forfaitaire annuel au choix du survivant. Les paiements continus sont versés durant toute la vie du survivant sans qu'il ait à présenter une nouvelle demande ou soumettre des reçus, sauf si le survivant présente une demande de réévaluation ou si le survivant demande de modifier son mode de paiement.

**Les survivants peuvent demander une réévaluation une fois par exercice ou plus fréquemment si cette dernière nécessaire de toute urgence, au cas par cas. Toute modification apportée au niveau d'incapacité d'une personne prendra effet le 1<sup>er</sup> avril de l'exercice suivant l'année au cours de laquelle la décision finale sera prise à l'égard de la demande de réévaluation du survivant.**

Pour demander une modification de vos préférences de paiement, veuillez remplir et transmettre un formulaire de demande de paiement de soutien financier continu que vous pourrez obtenir en communiquant avec l'Administrateur ou en le téléchargeant à partir du site [www.pcsstcanada.ca](http://www.pcsstcanada.ca).

### Réévaluation :

Si un survivant de la thalidomide croit que son état de santé s'est détérioré depuis l'évaluation de 1991 ou depuis sa dernière réévaluation suite à des déficiences liées à la thalidomide, le survivant peut demander que son état de santé soit réévalué. La réévaluation peut, selon les résultats, entraîner la hausse du degré d'invalidité du survivant.

### Pour que son degré d'invalidité soit réévalué, le survivant de la thalidomide doit :

1. remplir au complet la demande de réévaluation ci-jointe.
2. fournir les dossiers médicaux requis tel qu'indiqué dans le formulaire de demande de réévaluation ou remplir le formulaire de consentement à la divulgation de renseignements médicaux ci-joint afin de permettre à l'Administrateur d'obtenir les documents en son nom. L'Administrateur lui remboursera le coût d'obtention de tels dossiers si le survivant choisit de les obtenir par lui-même.
3. fournir une photocopie de la pièce d'identité requise telle qu'émise par un gouvernement.
4. transmettre à l'Administrateur le formulaire de demande de réévaluation rempli et accompagné des dossiers médicaux et la pièce d'identité par courriel, ou par télécopieur, ou encore par la poste, à l'adresse qui suit :

**Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide**

**CP 507 SUCC B**

**Ottawa (Ontario), K1P 5P6**

**info@pcsstcanada.ca; Télécopieur : 1-866-262-0816**

**QUESTIONS ? BESOIN D'AIDE ?**

**1-877-507-7706 • 1-877-627-7027 (ATS) • [www.pcsstcanada.ca](http://www.pcsstcanada.ca)**

**Énoncé de confidentialité :**

Les renseignements requis dans le formulaire de demande de réévaluation présenté dans le cadre du Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide sont recueillis, utilisés et conservés par l'Administrateur du Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide et par ses agents aux fins de l'exploitation et de l'administration du Programme canadien soutien aux survivants de la thalidomide en vertu de *la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques*, S.C. 2000, c. 5 (LPRPDE). Les renseignements peuvent être fournis au gouvernement du Canada afin de faciliter l'administration du Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide. Les renseignements personnels sont protégés en vertu de la législation fédérale, y compris *la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques* (LPRPDE) et *la Loi sur la protection de la vie privée*. Les renseignements personnels peuvent être utilisés ou divulgués conformément à la législation pertinente. Vous avez le droit de présenter une demande d'accès à vos renseignements personnels. Pour ce faire, veuillez composer le 1-877-507-7706 ou le 1-877-627-7027 (ATS).

| <b>Section 1 : Coordonnées du survivant de la thalidomide</b> |                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Langue préférée :                                             | <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais                                                                                       |
| Mode de communication préféré :                               | <input type="checkbox"/> Poste <input type="checkbox"/> Courriel                                                                                         |
| Sexe à la naissance :                                         | <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin                                                                                       |
| Identité de genre :                                           | <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Autre : _____<br><input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre |
| Prénom :                                                      |                                                                                                                                                          |
| Second(s) prénom(s) :                                         |                                                                                                                                                          |
| Nom de famille :                                              |                                                                                                                                                          |
| Date de naissance<br>(mm/jj/aaaa) :                           |                                                                                                                                                          |
| Adresse postale :                                             |                                                                                                                                                          |
| Ville/Municipalité :                                          |                                                                                                                                                          |
| Province/Territoire/État/Pays :                               |                                                                                                                                                          |
| Code postal/Code Zip :                                        |                                                                                                                                                          |
| Numéro de téléphone principal :                               | (    )    –                                                                                                                                              |
| Autre numéro de téléphone :                                   | (    )    –                                                                                                                                              |
| Adresse courriel :                                            |                                                                                                                                                          |

QUESTIONS ? BESOIN D'AIDE ?

1-877-507-7706 • 1-877-627-7027 (ATS) • [www.pcsstcanada.ca](http://www.pcsstcanada.ca)

## Section 2 : Coordonnées du représentant personnel dûment autorisé

(Ne pas remplir la section si le survivant n'a pas de représentant personnel dûment autorisé)

Cette section doit être remplie seulement si vous avez été **dûment** autorisé à administrer les affaires du survivant. Vous DEVEZ fournir une preuve de votre pouvoir d'agir à titre de représentant personnel du survivant de la thalidomide. Veuillez remplir la Section 1 à la page précédente concernant le survivant et la Section 2 ci-dessous vous concernant.

|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>J'ai joint une photocopie <b>certifiée conforme</b> d'une (1) des pièces suivantes :</p> | <p>Veuillez cocher (✓) la case pertinente :</p> <p><input type="checkbox"/> Pouvoir d'agir</p> <p><input type="checkbox"/> Ordonnance d'un tribunal</p> <p><input type="checkbox"/> Autre : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Le pouvoir d'agir a déjà été transmis à l'Administrateur et n'a pas été modifié (Si cette case est cochée, il n'y a pas lieu de resoumettre la pièce en question).</p> |
| <p>Prénom :</p>                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <p>Nom de famille :</p>                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <p>Adresse postale :</p>                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <p>Ville/Municipalité :</p>                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <p>Province/Territoire/État/Pays :</p>                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <p>Code postal/Code Zip :</p>                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <p>Numéro de téléphone principal :</p>                                                      | <p>(    )    –</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <p>Autre numéro de téléphone :</p>                                                          | <p>(    )    –</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <p>Adresse courriel :</p>                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <p>Lien avec le survivant :</p>                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

QUESTIONS? BESOIN D'AIDE?

1-877-507-7706 • 1-877-627-7027 (ATS) • [www.pcsstcanada.ca](http://www.pcsstcanada.ca)

**Section 3 : Personne qui a aidé à remplir le présent formulaire de demande de réévaluation**

☐ **Comme pour la Section 2 (Si la case est cochée, il n'y a pas lieu de remplir les cases de la Section 3 ci-dessous)**

|                                 |             |
|---------------------------------|-------------|
| Prénom :                        |             |
| Nom de famille :                |             |
| Adresse postale :               |             |
| Ville/Municipalité :            |             |
| Province/Territoire/État/Pays : |             |
| Code postal/Code Zip :          |             |
| Numéro de téléphone principal : | (    )    – |
| Autre numéro de téléphone :     | (    )    – |
| Adresse courriel :              |             |
| Lien avec le survivant :        |             |

QUESTIONS? BESOIN D'AIDE?

1-877-507-7706 • 1-877-627-7027 (ATS) • [www.pcsstcanada.ca](http://www.pcsstcanada.ca)

## Section 4 : Évaluation de l'état de santé

Sous le Régime d'aide médicale extraordinaire initial, votre degré d'invalidité a été évalué en utilisant les critères d'évaluation de 1991.

Dans le cadre du nouveau Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide, votre degré d'invalidité sera réévalué en examinant comment vos besoins de subsistance quotidiens ont changé au fil du temps en raison d'une dégénérescence remontant à votre naissance ou en raison d'un état pathologique secondaire lié à la thalidomide depuis votre dernière évaluation. Nous examinerons également vos dossiers de santé pour nous aider à évaluer votre état de santé actuel. Si nous avons besoin de plus de renseignements, nous communiquerons avec vous. Autrement, votre demande sera examinée et on vous avisera de la décision par écrit.

Lorsque vous présentez une demande de réévaluation, il est très important de fournir tous les renseignements requis de même que des réponses détaillées à la question de la section du formulaire qui porte sur l'évaluation de votre état de santé. Les renseignements que vous fournissez aident l'évaluateur médical qui examine votre dossier à mieux vous comprendre comme personne et à mieux comprendre comment la dégénérescence de votre état de santé a eu une incidence au fil du temps sur votre qualité de vie et sur votre capacité à vivre de façon autonome à mesure que vous prenez de l'âge.

Bien que facultatif, nous vous recommandons fortement de soumettre des photos avec votre demande de réévaluation. Les photographies peuvent aider l'évaluateur médical à mieux comprendre la nature et l'étendue de vos déficiences (handicaps) physiques lorsque les renseignements compris dans les documents médicaux sont peu nombreux ou absents.

### Instructions :

1. Veuillez répondre aux questions des Parties 1 et 2 de la Section 4 qui suit.  
Partie 1 – Examen de vos besoins personnels de la vie quotidienne  
Partie 2 – Examen de vos déficiences (handicaps) physiques.
2. Veuillez nous transmettre une copie complète de votre dossier de santé, y compris les notes cliniques, les résultats de tests, les rapports radiologiques et tous autres documents portant sur votre état physique et les soins que vous avez reçus en rapport avec la thalidomide et toutes autres maladies au cours des 18 mois avant votre dernière visite auprès de votre fournisseur de soins de santé. Vous pouvez vous procurer les renseignements par vous-même, ou si vous préférez, vous pouvez remplir le formulaire de consentement à la divulgation de renseignements médicaux ci-joint qui permettra à l'Administrateur de se les procurer en votre nom. Veuillez cocher (✓) la case pertinente qui suit :  
☐ Je me charge de me procurer les dossiers par moi-même **ou**  
☐ J'ai signé le formulaire de consentement à la divulgation de renseignements médicaux ci-joint pour permettre à l'Administrateur de se les procurer en mon nom.

Toute réponse incomplète pourrait retarder le traitement de votre formulaire de demande.

QUESTIONS? BESOIN D'AIDE?

1-877-507-7706 • 1-877-627-7027 (ATS) • [www.pcsstcanada.ca](http://www.pcsstcanada.ca)

## Section 4 : Partie 1 – Besoins personnels de la vie quotidienne

Vos réponses aux questions de la Partie 1 nous aideront à comprendre comment la dégénérescence de votre état de santé remontant à votre naissance ou due à des pathologies secondaires (y compris les douleurs) ont eu d'autres incidences sur votre qualité de vie et votre autonomie.

| Votre besoin d'aide d'autres personnes pour effectuer les activités suivantes a-t-il changé depuis l'évaluation de 1991 OU depuis votre dernière évaluation? | Changement?                                                                                         | Niveau d'aide actuel requis                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Changer de position (couchée à assise)                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Sans objet | <input type="checkbox"/> Toujours<br><input type="checkbox"/> Parfois<br><input type="checkbox"/> Jamais |
| Changer de position (assise à debout)                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Sans objet | <input type="checkbox"/> Toujours<br><input type="checkbox"/> Parfois<br><input type="checkbox"/> Jamais |
| Entrer dans la baignoire et/ou en sortir                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Sans objet | <input type="checkbox"/> Toujours<br><input type="checkbox"/> Parfois<br><input type="checkbox"/> Jamais |
| Vous asseoir sur le siège de toilette et vous relever                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Sans objet | <input type="checkbox"/> Toujours<br><input type="checkbox"/> Parfois<br><input type="checkbox"/> Jamais |
| Faire votre toilette (c.-à.-d. vous nettoyer, vous essuyer après être allé à la selle et ou après avoir uriné)                                               | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Sans objet | <input type="checkbox"/> Toujours<br><input type="checkbox"/> Parfois<br><input type="checkbox"/> Jamais |
| Monter et descendre les escaliers                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Sans objet | <input type="checkbox"/> Toujours<br><input type="checkbox"/> Parfois<br><input type="checkbox"/> Jamais |
| Porter des articles (ex. sacs à main, sacs d'épicerie)                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Sans objet | <input type="checkbox"/> Toujours<br><input type="checkbox"/> Parfois<br><input type="checkbox"/> Jamais |
| Vous vêtir et vous dévêtir                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Sans objet | <input type="checkbox"/> Toujours<br><input type="checkbox"/> Parfois<br><input type="checkbox"/> Jamais |

QUESTIONS? BESOIN D'AIDE?

1-877-507-7706 • 1-877-627-7027 (ATS) • [www.pcsstcanada.ca](http://www.pcsstcanada.ca)

### Section 4 : Partie 1 – Besoins personnels de la vie quotidienne (suite) :

| Votre besoin d'aide d'autres personnes pour effectuer les activités suivantes a-t-il changé depuis l'évaluation de 1991 OU depuis votre dernière évaluation?      | Changement?                                                                                         | Niveau d'aide actuel requis                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Vous laver (c.-à-d. prendre un bain, une douche)                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Sans objet | <input type="checkbox"/> Toujours<br><input type="checkbox"/> Parfois<br><input type="checkbox"/> Jamais |
| Vous laver et vous sécher le visage, les mains, les oreilles                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Sans objet | <input type="checkbox"/> Toujours<br><input type="checkbox"/> Parfois<br><input type="checkbox"/> Jamais |
| Vous brosser les dents                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Sans objet | <input type="checkbox"/> Toujours<br><input type="checkbox"/> Parfois<br><input type="checkbox"/> Jamais |
| Prendre soin de vos ongles de doigts et d'orteils                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Sans objet | <input type="checkbox"/> Toujours<br><input type="checkbox"/> Parfois<br><input type="checkbox"/> Jamais |
| Communiquer vos besoins ou vos pensées à une autre personne en raison de déficiences physiques, cognitives ou émotionnelles                                       | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Sans objet | <input type="checkbox"/> Toujours<br><input type="checkbox"/> Parfois<br><input type="checkbox"/> Jamais |
| Vérifier votre état de santé (p. ex. pour utilisation de suppositoires, prise de médicaments et ou prise d'injections, application de médicaments topiques, etc.) | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Sans objet | <input type="checkbox"/> Toujours<br><input type="checkbox"/> Parfois<br><input type="checkbox"/> Jamais |
| En cas d'urgence, vous avez besoin de soutien physique ou émotionnel pour assurer votre sécurité                                                                  | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Sans objet | <input type="checkbox"/> Toujours<br><input type="checkbox"/> Parfois<br><input type="checkbox"/> Jamais |
| Vous avez besoin d'aide lors de l'utilisation de dispositifs d'aide à la mobilité (p. ex. canne, marchette, déambulateur à roulettes)                             | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Sans objet | <input type="checkbox"/> Toujours<br><input type="checkbox"/> Parfois<br><input type="checkbox"/> Jamais |
| Vous avez besoin d'aide pour utiliser un fauteuil roulant manuel ou motorisé pour vos déplacements                                                                | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Sans objet | <input type="checkbox"/> Toujours<br><input type="checkbox"/> Parfois<br><input type="checkbox"/> Jamais |

QUESTIONS? BESOIN D'AIDE?

1-877-507-7706 • 1-877-627-7027 (ATS) • [www.pcsstcanada.ca](http://www.pcsstcanada.ca)

### Section 4 : Partie 1 – Besoins personnels de la vie quotidienne (suite) :

| Votre besoin d'aide d'autres personnes pour effectuer les activités suivantes a-t-il changé depuis l'évaluation de 1991 OU depuis votre dernière évaluation?                                                                                                                                                                                                                                                       | Changement?                                                                                         | Niveau d'aide actuel requis                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Besoin d'aide lors de l'utilisation de dispositifs/ d'aides pour les soins du corps ou l'alimentation (par exemple, enfile boutons, crochet de fermeture éclair, pince à long manche, manche enfile-vêtement, crochet d'habillage, aide à essuyage, support à ustensiles d'alimentation (couvert), couteaux spécialisés pour la coupe d'aliments, brosse à cheveux à long manche, brosse à dents électrique, etc.) | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Sans objet | <input type="checkbox"/> Toujours<br><input type="checkbox"/> Parfois<br><input type="checkbox"/> Jamais |
| Besoin d'aide pour effectuer les activités d'entretien ménager (p. ex. soins du plancher, faire / défaire les lits, nettoyer les salles de bains, épousseter, nettoyage général)                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Sans objet | <input type="checkbox"/> Toujours<br><input type="checkbox"/> Parfois<br><input type="checkbox"/> Jamais |
| Besoin d'aide pour effectuer des tâches ménagères (p. ex. lessive, préparation /cuisson/servir/nettoyage après les repas, faire l'épicerie)                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Sans objet | <input type="checkbox"/> Toujours<br><input type="checkbox"/> Parfois<br><input type="checkbox"/> Jamais |
| Besoin d'aide pour les tâches d'entretien domestique (p. ex. entretien du gazon, du jardin, enlèvement de la neige, travaux de bricolage, en supposant que la personne a de telles responsabilités à domicile)                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Sans objet | <input type="checkbox"/> Toujours<br><input type="checkbox"/> Parfois<br><input type="checkbox"/> Jamais |
| Besoin d'aide pour participer à des sorties communautaires (p. ex. aller à la banque, rendez-vous médicaux, activités récréatives, lieu de culte, magasinage, activités sociales, etc.)                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Sans objet | <input type="checkbox"/> Toujours<br><input type="checkbox"/> Parfois<br><input type="checkbox"/> Jamais |
| Besoin d'aide pour vous rendre à divers endroits (p. ex. pour vous conduire ou vous accompagner)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Sans objet | <input type="checkbox"/> Toujours<br><input type="checkbox"/> Parfois<br><input type="checkbox"/> Jamais |

QUESTIONS? BESOIN D'AIDE?

1-877-507-7706 • 1-877-627-7027 (ATS) • [www.pcsstcanada.ca](http://www.pcsstcanada.ca)

#### Section 4 : Partie 1 – Besoins personnels de la vie quotidienne (suite) :

| Votre besoin d'utiliser des appareils (dispositifs adaptés) pour vous aider à effectuer vos activités quotidiennes a-t-il changé depuis l'évaluation de 1991 OU depuis votre dernière évaluation?                                                                                                                                                           | Changement?                                                                                         | Niveau d'aide actuel requis                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Besoin d'utiliser des dispositifs d'aide à la mobilité pour vous aider à marcher (p. ex. canne, marchette, déambulateur à roulettes)                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Sans objet | <input type="checkbox"/> Toujours<br><input type="checkbox"/> Parfois<br><input type="checkbox"/> Jamais |
| Besoin d'utiliser un fauteuil roulant manuel ou motorisé pour assurer votre mobilité                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Sans objet | <input type="checkbox"/> Toujours<br><input type="checkbox"/> Parfois<br><input type="checkbox"/> Jamais |
| Besoin d'utiliser un appareil auditif ou des implants cochléaires pour corriger une déficience auditive                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Sans objet | <input type="checkbox"/> Toujours<br><input type="checkbox"/> Parfois<br><input type="checkbox"/> Jamais |
| Besoin d'utiliser des lentilles et ou d'autres aides techniques pour corriger votre vision affaiblie liée à une déficience visuelle                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Sans objet | <input type="checkbox"/> Toujours<br><input type="checkbox"/> Parfois<br><input type="checkbox"/> Jamais |
| Besoin de soins de massothérapie pour vos déficiences.                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Sans objet | <input type="checkbox"/> Toujours<br><input type="checkbox"/> Parfois<br><input type="checkbox"/> Jamais |
| Besoin d'une aide prothétique ou orthotique (prothèse, orthèse)                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Sans objet | <input type="checkbox"/> Toujours<br><input type="checkbox"/> Parfois<br><input type="checkbox"/> Jamais |
| Besoin de dispositifs de soins du corps ou d'alimentation (par exemple, enfile boutons, crochet de fermeture éclair, pince à long manche, manche enfile-vêtement, crochet d'habillage, aide à essuyage, support à ustensiles (pour manger), couteaux spécialisés pour couper les aliments, brosse à cheveux à long manche, brosse à dents électrique, etc.) | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non<br><input type="checkbox"/> Sans objet | <input type="checkbox"/> Toujours<br><input type="checkbox"/> Parfois<br><input type="checkbox"/> Jamais |

QUESTIONS? BESOIN D'AIDE?

1-877-507-7706 • 1-877-627-7027 (ATS) • [www.pcsstcanada.ca](http://www.pcsstcanada.ca)

#### Section 4 : Partie 1 – Besoins personnels de la vie quotidienne (suite) :

Veillez décrire tout autre domaine ou toute autre activité où vous avez besoin d'aide au quotidien. Si des feuilles additionnelles vous sont nécessaires, veuillez écrire le nom complet du survivant au haut de chaque feuille additionnelle.

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

QUESTIONS? BESOIN D'AIDE?

1-877-507-7706 • 1-877-627-7027 (ATS) • [www.pcsstcanada.ca](http://www.pcsstcanada.ca)

## Section 4 : Partie 2 – Déficiences physiques

**Partie 2 :** Vos réponses aux questions de la Section 4 : Partie 2 nous aideront à comprendre vos déficiences remontant à votre naissance ainsi que vos pathologies secondaires liées à la thalidomide. Veuillez cocher tout ce qui est pertinent.

| Description                                                                                                                                | Endroit de la déficience<br>(cocher les cases (✓) pertinentes)                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Absence ou malformation d'un os ou de plusieurs os dans un pouce ou les deux pouces                                                        | <input type="checkbox"/> Main gauche<br><input type="checkbox"/> Main droite                                                                                                                                                                    |
| Absence ou malformation d'un os ou de plusieurs os dans un ou plusieurs doigts                                                             | <input type="checkbox"/> Main gauche<br><input type="checkbox"/> Main droite                                                                                                                                                                    |
| Absence ou malformation d'un os ou de plusieurs os dans un ou plusieurs orteils                                                            | <input type="checkbox"/> Pied gauche<br><input type="checkbox"/> Pied droit                                                                                                                                                                     |
| Absence ou malformation d'un os ou de plusieurs os dans un ou plusieurs membres (p. ex. absence ou malformation d'un os de l'avant-bras)   | <input type="checkbox"/> Bras gauche<br><input type="checkbox"/> Jambe gauche<br><input type="checkbox"/> Bras droit<br><input type="checkbox"/> Jambe droite                                                                                   |
| Absence d'un ou de plusieurs membres                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Bras gauche<br><input type="checkbox"/> Bras droit<br><input type="checkbox"/> Jambe gauche<br><input type="checkbox"/> Jambe droite                                                                                   |
| Malformation d'une oreille ou des deux, mais non leur absence                                                                              | <input type="checkbox"/> Oreille gauche<br><input type="checkbox"/> Oreille droite                                                                                                                                                              |
| Paralysie faciale                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Côté gauche<br><input type="checkbox"/> Côté droit                                                                                                                                                                     |
| Atrésie (blocage) ou sténose (rétrécissement) du tube digestif (estomac et intestins), comme dans la sténose anale, qui peut être corrigée | <input type="checkbox"/> Blocage<br><input type="checkbox"/> Rétrécissement                                                                                                                                                                     |
| Malformations ou pathologies internes                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Cœur<br><input type="checkbox"/> Estomac<br><input type="checkbox"/> Intestins<br><input type="checkbox"/> Rein<br><input type="checkbox"/> Épine dorsale<br><input type="checkbox"/> Maladie potentiellement mortelle |

QUESTIONS? BESOIN D'AIDE?

1-877-507-7706 • 1-877-627-7027 (ATS) • [www.pcsstcanada.ca](http://www.pcsstcanada.ca)

| Section 4 : Partie 2 – Déficiences physiques (suite) :                                                                                                                                                                                                                      |                                          |                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Description                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                          | Endroit de la déficience<br>(Cocher (✓) cases pertinentes)                                                                                                                                     |
| Déficience mentale et ou émotionnelle ayant des incidences sur une ou plusieurs fonctions                                                                                                                                                                                   |                                          | <input type="checkbox"/> Mémoire<br><input type="checkbox"/> Conscience<br><input type="checkbox"/> Jugement<br><input type="checkbox"/> Retrait social<br><input type="checkbox"/> Dépression |
| Déficience visuelle                                                                                                                                                                                                                                                         |                                          | <input type="checkbox"/> Oui                                                                                                                                                                   |
| Déficience auditive                                                                                                                                                                                                                                                         |                                          | <input type="checkbox"/> Oui                                                                                                                                                                   |
| Augmentation du poids qui restreint la mobilité                                                                                                                                                                                                                             |                                          | <input type="checkbox"/> Oui                                                                                                                                                                   |
| Douleur dégénérative dans une ou plusieurs articulations                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Épaule gauche   | <input type="checkbox"/> Épaule droite                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Coude gauche    | <input type="checkbox"/> Coude droit                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Poignet gauche  | <input type="checkbox"/> Poignet droit                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Main gauche     | <input type="checkbox"/> Main droite                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Hanche gauche   | <input type="checkbox"/> Hanche droite                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Genou gauche    | <input type="checkbox"/> Genou droit                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Cheville gauche | <input type="checkbox"/> Cheville droite                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Pied gauche     | <input type="checkbox"/> Pied droit                                                                                                                                                            |
| Veuillez indiquer toute autre déficience physique ou mentale non énumérée plus haut qui a des incidences sur votre qualité de vie. S'il vous faut ajouter des feuilles additionnelles, veuillez écrire le nom complet du survivant au haut de chaque feuille additionnelle. |                                          |                                                                                                                                                                                                |
| <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>                                                                                                                                                                                                                                                     |                                          |                                                                                                                                                                                                |

QUESTIONS? BESOIN D'AIDE?

1-877-507-7706 • 1-877-627-7027 (ATS) • [www.pcsstcanada.ca](http://www.pcsstcanada.ca)

## Section 5 : Identification avec photo et respect de la vie privée

La preuve d'identité est requise de **TOUS** les survivants admissibles. Le représentant personnel dûment autorisé doit fournir une preuve d'identité concernant le survivant **ainsi que** lui-même.

Veuillez transmettre une photocopie d'une (1) des pièces d'identité suivantes émises par un gouvernement comme preuve de votre identité. L'identification **doit comprendre votre date de naissance** :

- Certificat de naissance
- Certificat de baptême
- Permis de conduire valide délivré par la province
- Carte d'identité à photo valide (comprenant la date naissance) délivrée par la province
- Passeport canadien valide

Pour protéger votre vie privée et pour vous aider à confirmer votre identité lorsque nous communiquons avec vous, veuillez fournir un mot de passe de sécurité, un numéro sécuritaire ou une combinaison des deux que vous devrez fournir sur demande lorsque vous communiquerez avec nous. Veuillez choisir un mot de passe dont vous vous souviendrez.

**Veuillez noter** : Si vous avez déjà créé votre question et réponse de sécurité, vous devez uniquement fournir votre réponse de sécurité ci-dessous.

**Question de sécurité (indice advenant que vous ayez oublié votre réponse de sécurité) :**

---

**Réponse de sécurité :**

---

QUESTIONS? BESOIN D'AIDE?

1-877-507-7706 • 1-877-627-7027 (ATS) • [www.pcsstcanada.ca](http://www.pcsstcanada.ca)

## Section 6 : Déclaration et signature

La Section 6 doit être remplie par le survivant de la thalidomide ou par le représentant personnel dûment autorisé à agir au nom du survivant. Veuillez lire attentivement la déclaration suivante avant de la signer.

**Déclaration :** J'ai rempli le formulaire de demande de réévaluation du Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide et je comprends que l'Administrateur examinera mon formulaire de demande afin de s'assurer qu'il a été dûment rempli, et qu'il pourrait devoir communiquer avec moi pour demander des renseignements supplémentaires. Je comprends que le fait de remplir le présent formulaire ne signifie pas nécessairement que le niveau de mon degré d'invalidité sera haussé.

Je consens à partager mes renseignements personnels, y compris mais sans s'y limiter, mes coordonnées, avec l'Administrateur, avec le gouvernement du Canada et avec les tierces parties autorisées et nécessaires, et ce, seulement dans le cadre du traitement de mon formulaire de demande de réévaluation.

En signant ci-dessous, j'indique que je consens au contenu de la présente déclaration.

### Survivant de la thalidomide/Représentant personnel :

Nom (écrire en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

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

Date : \_\_\_\_\_  
(mm/jj/aaaa)

Tous les survivants de la thalidomide ou représentants personnels dûment autorisés doivent signer ou apposer leur marque à la Section 6 en la présence d'un témoin qui peut être un parent. Le témoin doit fournir les coordonnées du témoin ci-dessous et signer la Déclaration du témoin à la page suivante.

Prénom du témoin

Nom de famille du témoin

Ville/Municipalité

Province/Territoire/État

Pays

Lien avec le survivant de la thalidomide/le représentant personnel

QUESTIONS? BESOIN D'AIDE?

1-877-507-7706 • 1-877-627-7027 (ATS) • [www.pcsstcanada.ca](http://www.pcsstcanada.ca)

**Déclaration du témoin :** J'ai été témoin de la signature ou de l'apposition de la marque du survivant de la thalidomide ou du représentant personnel dûment autorisé. Lorsque le survivant de la thalidomide ou le représentant personnel dûment autorisé a apposé une marque comme signature, j'ai lu le contenu du présent formulaire de demande de réévaluation présenté dans le cadre du Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide au survivant de la thalidomide ou à son représentant personnel, qui a apposé une marque comme signature et qui comprend et confirme les renseignements en question.

Nom (écrire en lettres moulées) : \_\_\_\_\_

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

Date: \_\_\_\_\_  
(mm/jj/aaaa)

Veillez vous assurer de joindre les documents et de fournir les renseignements suivants avec le formulaire de demande que vous transmettez à l'Administrateur :

- ☐ Formulaire de consentement à la divulgation de renseignements médicaux signé, sauf si vous avez choisi de vous procurer les dossiers par vous-même. Si vous avez choisi de vous procurer les dossiers par vous-même, vous pouvez transmettre le présent formulaire de demande de réévaluation rempli maintenant et les dossiers médicaux pourront suivre séparément lorsqu'ils seront prêts.
- ☐ Photocopies de photos de vos déficiences (au choix, mais utiles)
- ☐ Preuve d'identité du survivant
- ☐ Preuve d'identité du représentant personnel dûment autorisé (s'il y a lieu)
- ☐ Copie certifiée conforme du pouvoir du représentant personnel d'agir au nom du survivant (s'il y a lieu)
- ☐ Question et réponse de sécurité fournies (voir la Section 5)
- ☐ Déclaration du demandeur/représentant personnel signée et datée (voir la Section 6)
- ☐ Section du témoin remplie, signée et datée par le témoin (voir la Section 6)

Veillez transmettre à l'Administrateur le formulaire de demande de réévaluation dûment rempli ainsi que les dossiers médicaux et pièces d'identité, par la poste, par courrier électronique ou par télécopieur :

Programme canadien de soutien aux survivants de la thalidomide  
CP 507 SUCC B  
Ottawa (Ontario), K1P 5P6  
[info@pcsstcanada.ca](mailto:info@pcsstcanada.ca); télécopieur : 1-866-262-0816