



## INTERPRETATION OF MEDICAL EXAMINATION FOR PENSION PURPOSES INTERPRÉTATION DE L'EXAMEN MÉDICAL POUR FINS DE PENSION

Provision of the information requested on this document is required under paragraphs 13(1)(b) and (d) and section 28 of the *Public Service Superannuation Act* (PSSA) and sections 42.1, 43.2 and 43.3 of the PSSA Regulations. The information will be used for the purpose of determining entitlement to a pension for medical reason. The personal information is described in Personal Information Banks PWGSC PCE 702 and HCan PCE 701/703, and will only be used and disclosed in accordance with the provisions of the *Privacy Act*. Under this act, the individual to whom the information pertains has the right to request access to and correction of the personal information, if erroneous or incomplete. The records will be retained by the department for two years following the last administrative action, and then destroyed.

La communication des renseignements demandés sur ce document est obligatoire en vertu des alinéas 13(1)(b) et (d) et de l'article 28 de la Loi sur la pension de la fonction publique ainsi que des articles 42.1, 43.2 et 43.3 du *Règlement sur la pension de la fonction publique*. Ces renseignements serviront à déterminer le droit à une pension pour raison médicale. Les renseignements personnels, qui sont décrits dans les fichiers de renseignements personnels TPSGC PCE 702 et SCan PCE 701/703, seront utilisés et divulgués conformément aux dispositions de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Aux termes de cette loi, vous avez le droit d'exiger que l'on vous communique les renseignements personnels qui vous concernent et de demander des corrections s'ils sont erronés ou incomplets. Les dossiers seront conservés par le ministère pendant deux ans suivant le dernier changement administratif, après quoi ils seront détruits.

**This form must be completed electronically. If not possible, please complete it in dark ink using capital letters.**

**Ce formulaire doit être rempli électroniquement. Si impossible, veuillez le remplir à l'encre foncée en lettres majuscules.**

### Plan Member's Personal Information - Renseignements personnels du participant au régime

Surname - Nom

PRI - CIDP

Given Names - Prénoms

Pension No. - N° de pension

Date of Birth (YYYYMMDD)  
Date de naissance (AAAAMMJJ)

Preferred Language  
Langue de préférence

English  
Anglais

French  
Français

Preferred Telephone No.  
N° de téléphone de préférence

Home Address - Adresse du domicile

Apt. No. - N° d'apt.

City - Ville

Province

Postal Code - Code postal

Country - Pays

Email address (optional) - Adresse électronique (facultative)

**FOR OFFICE USE ONLY  
À L'USAGE DU  
BUREAU SEULEMENT**

Form No. - N° de formulaire

Case No. - N° de cas

PWGSC-TPSGC 2012 (12/2009)



STDHDR

Canada

001

**FOR OFFICE USE ONLY - À L'USAGE DU BUREAU SEULEMENT**

Form No. - N° de formulaire

PRI - CIDP

Pension No. - N° de pension

**Carefully read instructions before completing.****Lire les instructions attentivement avant de remplir.****A. General Information (to be completed by the plan member) - Renseignements généraux (à être rempli par le participant au régime)**

Type of application (check the applicable box) - Nature de la demande (cocher la case appropriée)

First Review  
Premier examenRe-examination where disability commenced before January 1, 1996  
Nouvel examen dans les cas où l'incapacité s'est déclarée avant le 1er janvier 1996Department, Board, Commission or Corporation, etc.  
Ministère, conseil, commission ou société, etc.

Address (include postal code) - Adresse (inclure le code postal)

Classification or Position Title  
Classification ou titre du posteDuties and Requirements of Position  
Fonctions et exigences du posteTermination Date  
Date de cessation**Please attach a copy of your  
work description  
Veuillez S.V.P. joindre une  
copie de votre description  
de tâches**

(Y-A M D-J)

**B. Declaration of Plan Member - Déclaration du participant au régime**I understand that this application is initiated for medical retirement.  
**A copy of my work description is attached.**Je comprends que cette demande est soumise aux fins de retraite pour  
cause de maladie. **Une copie de ma description de tâches est jointe.**

Signature of Plan Member - Signature du participant au régime

Date (Y-A M D-J)

**C. Examining Physician - Médecin traitant****INSTRUCTIONS**The details of the medical examination should be entered on form  
HC/SC 3312E. Forms PWGSC-TPSGC 2012 and HC/SC 3312E should  
then be sent to the appropriate Medical Services Branch office, located  
at:

Address:

Inscrire les détails de l'examen médical sur le formulaire HC/SC 3312F.  
Les formulaires PWGSC-TPSGC 2012 et HC/SC 3312F doivent être  
envoyés au Bureau régional des services médicaux situé au :

Adresse :

**NOTE 1:**Please do not send form HC/SC 3312E or confidential medical  
information to any non-medical government office.**NOTA 1 :**Prière de ne pas envoyer de formulaire HC/SC 3312F ni de  
renseignements médicaux confidentiels à aucun bureau  
d'administration fédérale sans lien médical.

PWGSC-TPSGC 2012 (12/2009)

002

002

**FOR OFFICE USE ONLY - À L'USAGE DU BUREAU SEULEMENT**

Form No. - N° de formulaire

PRI - CIDP

Pension No. - N° de pension

**DECLARATION**

I, the undersigned, duly qualified medical practitioner, certify that I have made a detailed examination of the above-named plan member and that in my opinion the said individual:

(Check one box only - Ne cochez qu'une seule case)

is capable of pursuing regularly the duties of his position, or any substantially gainful occupation  
est capable de poursuivre régulièrement les activités de son poste, ou toute autre occupation sensiblement rémunératrice

is temporarily incapable of pursuing regularly any substantially gainful occupation; however, it is estimated that he might be able to return to work in \_\_\_\_\_  
est temporairement incapable d'exercer régulièrement une occupation sensiblement rémunératrice; cependant, il est prévu qu'il pourrait reprendre le travail dans \_\_\_\_\_ (months and years - mois et années)

is permanently incapable of pursuing regularly any substantially gainful occupation commencing \_\_\_\_\_  
est incapable de façon permanente d'exercer régulièrement une occupation sensiblement rémunératrice à compter du \_\_\_\_\_ Date (Y-A M D-J)

Signature of Physician - Signature du médecin

Address and Tel. No. - Adresse et N° de tél.

Date (Y-A M D-J)

**D. Health Canada - Santé Canada**

**NOTE TO MEDICAL SERVICES BRANCH:**

The original of form PWGSC-TPSGC 2012 should be forwarded to the Public Service Pension Centre - Mail Facility, 150 Dion Blvd PO Box 8000, Matane QC, G4W 4T6. Complete number 1 or 2 below.

A copy of the completed form should be sent to the employer indicated in Section A.

**NOTE À LA DIRECTION DES SERVICES MÉDICAUX :**

L'original du formulaire PWGSC-TPSGC 2012 doit être envoyé au Centre des pensions de la fonction publique - Service du courrier, 150 Boul Dion, CP 8000, Matane QC, G4W 4T6. Remplir le numéro 1 ou 2 ci-dessous.

Veillez envoyer une copie du formulaire complété à l'employeur à l'adresse indiquée dans la section A.

**1. RECOMMENDATION OF HEALTH CANADA - RECOMMANDATION DE SANTÉ CANADA**

**Where disability commenced on or after January 1, 1996 (refer to definition 1 on the INSTRUCTIONS page)**

**Dans les cas où l'incapacité s'est déclarée le 1er janvier 1996 ou après cette date (voir la définition 1 dans la page d'INSTRUCTIONS)**

Retirement on the grounds of permanent disability is recommended effective \_\_\_\_\_  
La retraite en raison d'une incapacité permanente est recommandée à partir du \_\_\_\_\_ Date (Y-A M D-J)

Retirement on the grounds of disability is not recommended  
La retraite en raison d'incapacité n'est pas recommandée

**OR - OU**

**2. RECOMMENDATION OF HEALTH CANADA - RECOMMANDATION DE SANTÉ CANADA**

**Where disability commenced before January 1, 1996 (refer to definition 2 on the INSTRUCTIONS page)**

**Dans les cas où l'incapacité s'est déclarée avant le 1er janvier 1996 (voir la définition 2 dans la page d'INSTRUCTIONS)**

Retirement on the grounds of permanent disability was recommended effective \_\_\_\_\_  
La retraite en raison d'une incapacité permanente a été recommandée à partir du \_\_\_\_\_ Date (Y-A M D-J)

Retirement on the grounds of disability was recommended effective \_\_\_\_\_ and a medical review is to be conducted in \_\_\_\_\_  
La retraite en raison d'incapacité a été recommandée à partir du \_\_\_\_\_ et un examen médical devra être effectué dans \_\_\_\_\_ Date (Y-A M D-J)

\_\_\_\_\_  
(months and years - mois et années)

Retirement on the grounds of disability is not recommended  
La retraite en raison d'incapacité n'est pas recommandée

Health regained  
Guérison complète

For Assistant Deputy Minister, Health Canada - Pour le sous-ministre adjoint, Santé Canada

Date (Y-A M D-J)

## INSTRUCTIONS

1. The plan member must complete Sections A and B.
2. The plan member may seek assistance from his compensation advisor or the designated person in his organization to complete Section A and obtain a copy of his work description (Duties and Requirements of Position) which must be attached and sent with the form.
3. On page 1, the plan member must provide either his PRI or his Pension Number. The pension administration only requires one of the two to identify the account.
4. Only indicate the Termination Date if it is known.
5. This form, along with the Occupational Health Assessment Report (HC-SC 3312) must be sent to the Medical Services Branch office indicated in Section C.

Please contact the Public Service Pension Centre to obtain the HC-SC 3312E form.

## DEFINITIONS

1. A plan member is disabled if he is suffering from a physical or mental impairment that:
  - (a) prevents him from engaging in any employment for which he is reasonably suited by virtue of his education, training or experience; and
  - (b) can reasonably be expected to last for the remainder of his lifetime.
2. A plan member is disabled if incapable of pursuing regularly any substantially gainful occupation.
3. In considering what constitutes "substantially gainful occupation", the impairment must prevent the plan member from engaging in employment commensurate with his education, training and experience.

1. Le participant au régime doit compléter les sections A et B.
2. Le participant au régime peut demander l'assistance de son conseiller en rémunération ou la personne désignée dans son organisation, afin de compléter la section A du formulaire et d'obtenir une copie de sa description de tâches (Fonctions et exigences du poste) laquelle doit être jointe et envoyée avec le formulaire.
3. À la page 1, le participant au régime doit fournir soit son CIDP ou son Numéro de pension. L'administration des pensions requiert seulement un des deux pour identifier le compte.
4. Indiquez la date de cessation seulement si elle est connue.
5. Le présent formulaire ainsi que le rapport d'évaluation de la santé au travail (HC-SC 3312) doivent être envoyés au Bureau régional des services médicaux indiqué dans la section C.

Veillez contacter le Centre des pensions de la fonction publique afin d'obtenir le formulaire HC-SC 3312F.

## DÉFINITIONS

1. Un participant au régime est invalide s'il souffre d'une incapacité physique ou mentale qui :
  - (a) l'empêche de poursuivre tout emploi pour lequel il est raisonnablement qualifié selon ses études, sa formation et son expérience;
  - (b) et qu'il est raisonnable de penser que celle-ci durera le reste de ses jours.
2. Un participant au régime est invalide s'il est incapable d'exercer normalement toute occupation sensiblement rémunératrice.
3. Lorsqu'on évalue ce qui caractérise une « occupation sensiblement rémunératrice », il faut se rappeler que l'incapacité doit empêcher le participant au régime de poursuivre un emploi qui correspond à ses études, à sa formation et à son expérience.