



## Demande de prestations d'assurance-invalidité Déclaration de l'employeur N° de police 12500-G

La **partie 1** permet de recueillir des renseignements sur l'emploi de l'employé et la couverture dont ce dernier bénéficie. **Cette partie doit être remplie par l'agent des ressources humaines ou le conseiller en rémunération.**

La **partie 2** porte sur les tâches précises accomplies par l'employé dans le cadre de son emploi. **Cette partie doit être remplie par le superviseur ou le gestionnaire immédiat de l'employé. Prière de joindre une copie de la description de tâches applicable.**

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (appelée l'« assureur » aux fins des présentes) doit recevoir le présent formulaire, la déclaration de l'employé et la déclaration du médecin traitant avant de procéder à l'évaluation de la demande de prestations. Veuillez remplir le formulaire au complet et l'envoyer par télécopieur, idéalement au moins huit semaines avant la fin de la période d'attente ou au plus tard 90 jours après la fin de la période d'attente, afin d'éviter tout retard dans le traitement de la demande. Dans l'éventualité où la demande est présentée plus de 90 jours après la fin de la période d'attente, l'employé pourrait ne pas avoir droit aux prestations prévues aux termes du Régime d'assurance-invalidité si le retard mine la capacité d'évaluation de la demande de l'assureur. Prière de consulter les directives figurant à la fin du formulaire.

Pour éviter les trop-payés, vous devez informer l'assureur dès lors que l'employé est de retour au travail.

**PARTIE 1 : RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI ET L'ASSURANCE** (cette partie doit être remplie par l'agent des ressources humaines ou le conseiller en rémunération)

### Renseignements sur l'employeur

Nom du ministère ou de l'organisme

Adresse (numéro et rue, numéro d'appartement ou de pièce)

Ville	Province	Code postal	N° de téléphone
-------	----------	-------------	-----------------

Bureau de paye	Code alpha du ministère	Feuille de paye	Code d'indicateur d'unité de négociation (IUN)	Classification, groupe et niveau
----------------	-------------------------	-----------------	--	----------------------------------

### Renseignements sur l'employé

Nom – Prénom et nom (nom de jeune fille pour les résidentes du Québec)	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance (j/m/a)	Preuve d'âge ci-jointe si l'employé a 60 ans ou plus <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	--	---------------------------	---

Adresse (numéro et rue, numéro d'appartement ou de pièce)

Ville	Province	Code postal
-------	----------	-------------

N° de téléphone au domicile	Autre n° de téléphone
-----------------------------	-----------------------

N° de pension	N° de certificat <b>CG-</b>
---------------	--------------------------------

### Renseignements sur la couverture

Dernière date d'entrée en service au sein de la fonction publique fédérale :	Jour	Mois	Année
	/	/	

Date d'entrée en vigueur de la couverture d'assurance-invalidité :	Jour	Mois	Année
	/	/	

La couverture d'assurance a-t-elle déjà pris fin? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, inscrire la date et la raison et indiquer la date de rétablissement de l'assurance.																		
Mois et année de la dernière déduction de prime d'assurance-invalidité :	Mois :                      Année :																		
<b>Renseignements sur l'emploi</b>																			
<b>1.</b> Situation professionnelle au moment de la dernière embauche (cocher une seule case) :	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Temps plein</td> <td style="text-align: center;">Temps partiel</td> </tr> <tr> <td>Période indéterminée</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Période déterminée de 6 mois ou moins</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Période déterminée de plus de 6 mois</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Emploi saisonnier</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Autre (préciser)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Temps plein	Temps partiel	Période indéterminée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Période déterminée de 6 mois ou moins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Période déterminée de plus de 6 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Emploi saisonnier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre (préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Temps plein	Temps partiel																	
Période indéterminée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Période déterminée de 6 mois ou moins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Période déterminée de plus de 6 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Emploi saisonnier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Autre (préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
<b>2.</b> Lieu de travail :	<input type="checkbox"/> Bureau <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Ailleurs (préciser ci-dessous)																		
<b>3.</b> Quel a été le dernier jour de travail actif de l'employé?	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: right;">Jour</td> <td style="text-align: right;">Mois</td> <td style="text-align: right;">Année</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">/</td> <td style="text-align: right;">/</td> <td style="text-align: right;">/</td> </tr> </table>	Jour	Mois	Année	/	/	/												
Jour	Mois	Année																	
/	/	/																	
<b>4.</b> Si l'employé a continué de travailler, mais a réduit son nombre d'heures de travail en raison d'une maladie, indiquer la date à laquelle les heures ont été réduites.	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: right;">Jour</td> <td style="text-align: right;">Mois</td> <td style="text-align: right;">Année</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">/</td> <td style="text-align: right;">/</td> <td style="text-align: right;">/</td> </tr> </table>	Jour	Mois	Année	/	/	/												
Jour	Mois	Année																	
/	/	/																	
<b>5.</b> Quel poste occupait l'employé à son dernier jour actif de travail?																			
<b>6.</b> À quelle date remonte la nomination de l'employé à ce poste? (Prière de joindre une copie de la description de tâches applicable)	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: right;">Jour</td> <td style="text-align: right;">Mois</td> <td style="text-align: right;">Année</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">/</td> <td style="text-align: right;">/</td> <td style="text-align: right;">/</td> </tr> </table>	Jour	Mois	Année	/	/	/												
Jour	Mois	Année																	
/	/	/																	
<b>7. a)</b> Combien d'heures par semaine l'employé devait-il travailler dans le cadre de son poste d'attache?																			
<b>b)</b> À quelle date ces heures de travail ont-elles été autorisées?	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: right;">Jour</td> <td style="text-align: right;">Mois</td> <td style="text-align: right;">Année</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">/</td> <td style="text-align: right;">/</td> <td style="text-align: right;">/</td> </tr> </table>	Jour	Mois	Année	/	/	/												
Jour	Mois	Année																	
/	/	/																	
<b>c)</b> Si l'employé occupe un emploi à temps partiel, à combien s'élèveraient ses heures de travail s'il occupait un emploi à temps plein?																			
<b>d)</b> Si l'employé occupe un emploi à temps partiel, quel salaire toucherait-il s'il occupait un poste à temps plein?	\$																		
<b>8.</b> Si le poste ou l'affectation de l'employé a changé au cours des 12 mois précédant sa dernière journée de travail, énumérer les affectations ou les postes antérieurs. De plus, indiquer les raisons de ces changements et leurs dates d'entrée en vigueur.																			
<b>9.</b> L'employé s'est-il absenté du travail pour des raisons d'ordre médical?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui																		
<b>10.</b> Les tâches de l'employé ont-elles été modifiées avant qu'il cesse de travailler à temps plein? Si oui, prière de décrire les modifications.																			
<b>11.</b> Si l'employé est absent du travail pour une raison autre que la maladie ou l'invalidité (p. ex., congé de maternité), donner des précisions à cet égard.																			
<b>12.</b> L'employé était-il en congé non payé?	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Non</td> <td style="text-align: right;">Si oui, depuis quand?</td> <td style="text-align: right;">Jour</td> <td style="text-align: right;">Mois</td> <td style="text-align: right;">Année</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Oui</td> <td></td> <td style="text-align: right;">/</td> <td style="text-align: right;">/</td> <td style="text-align: right;">/</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, depuis quand?	Jour	Mois	Année	<input type="checkbox"/> Oui		/	/	/								
<input type="checkbox"/> Non	Si oui, depuis quand?	Jour	Mois	Année															
<input type="checkbox"/> Oui		/	/	/															
<b>13. a)</b> L'employé a-t-il été rayé de l'effectif de façon permanente?	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Non</td> <td style="text-align: right;">Si oui, quand?</td> <td style="text-align: right;">Jour</td> <td style="text-align: right;">Mois</td> <td style="text-align: right;">Année</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Oui</td> <td></td> <td style="text-align: right;">/</td> <td style="text-align: right;">/</td> <td style="text-align: right;">/</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, quand?	Jour	Mois	Année	<input type="checkbox"/> Oui		/	/	/								
<input type="checkbox"/> Non	Si oui, quand?	Jour	Mois	Année															
<input type="checkbox"/> Oui		/	/	/															
<b>b)</b> Prière de donner des précisions.																			
<b>14.</b> L'employé a-t-il repris son emploi?	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Non</td> <td style="text-align: right;">Si oui, quand?</td> <td style="text-align: right;">Jour</td> <td style="text-align: right;">Mois</td> <td style="text-align: right;">Année</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Oui</td> <td></td> <td style="text-align: right;">/</td> <td style="text-align: right;">/</td> <td style="text-align: right;">/</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, quand?	Jour	Mois	Année	<input type="checkbox"/> Oui		/	/	/								
<input type="checkbox"/> Non	Si oui, quand?	Jour	Mois	Année															
<input type="checkbox"/> Oui		/	/	/															

### Renseignements sur l'emploi

15.	Quelle est la date prévue de retour au travail de l'employé?	Jour	Mois	Année
		/	/	
16.	Le poste d'attache de l'employé est-il toujours disponible?	<input type="checkbox"/> Non	Si non, expliquer pourquoi.	
		<input type="checkbox"/> Oui		
17.	À votre connaissance, l'employé travaille-t-il ailleurs à l'heure actuelle?	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, donner des précisions.	
		<input type="checkbox"/> Oui		
18.	Prière de joindre une copie du relevé des congés de l'employé et de donner la description des codes.			

### Renseignements sur le revenu et les avantages garantis

(Si certaines questions sont sans objet, inscrire la mention « s.o. » dans la case.)

1.	Donner des détails sur le <b> salaire et les avantages garantis </b> en vigueur le dernier jour de la période d'attente (utiliser le taux proportionnel dans le cas d'un employé ne travaillant pas à temps plein.)			
	<b>Taux de rémunération autorisé</b>	<b>Taux</b>		<b>Salaire annuel</b>
		\$	par	\$
	<b>Avantages garantis</b> (préciser le type)	<b>Taux</b>		
		\$	par	\$
		\$	par	\$
		\$	par	\$
		<b>Total</b>		\$
2.	Quel est le salaire annuel rajusté total (arrondir au prochain multiple de 250 \$ si le salaire total n'est pas un multiple de 250 \$)?			\$
3.	Quel est le montant total des exemptions personnelles de l'impôt fédéral sur le revenu inscrites sur le dernier formulaire TD1? (Pour les résidents du Québec, utiliser le dernier formulaire TPD1.)			\$
4.	Pour les résidents du Québec, quel est le montant total des exemptions personnelles de l'impôt provincial sur le revenu inscrites sur le formulaire MR19?			\$
5.	a)	L'employé avait-il des jours de congé de maladie accumulés au dernier jour de travail actif? (Inclure les crédits obtenus au cours de la période d'attente.)	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, combien de jours?
			<input type="checkbox"/> Oui	
	b)	A-t-on accordé à l'employé une avance de congés de maladie?	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, combien de jours?
			<input type="checkbox"/> Oui	
6.	Quelle date correspond au dernier jour de congé de maladie payé? (5a + 5b)	Jour	Mois	Année
		/	/	
7.	Si l'employé n'était ou n'est pas autorisé à utiliser tous les crédits de congé de maladie disponibles, indiquer la date à laquelle les crédits auraient été épuisés et donner la ou les raisons du non-paiement.	Jour	Mois	Année
		/	/	
8.	Est-ce que d'autres types de congés payés ont été accordés?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Si oui, indiquer la date et donner des précisions.
		Jour	Mois	Année
		/	/	
9.	Quand le congé payé sera-t-il terminé?	Jour	Mois	Année
		/	/	



**PARTIE 2: RENSEIGNEMENTS SUR L'INVALIDITÉ ET L'EMPLOI DE L'EMPLOYÉ**

(cette partie doit être remplie par le superviseur ou le gestionnaire immédiat de l'employé)

**Renseignements sur l'invalidité et la réadaptation** Si nécessaire, utiliser d'autres feuilles et les joindre à la présente.

Bon nombre d'employés invalides pourraient travailler de façon productive s'ils bénéficiaient d'une aide et d'incitatifs à cet égard. Si l'assureur juge que le demandeur est un candidat apte à la réadaptation professionnelle, un de ses représentants de l'unité de réadaptation communique avec l'employeur en vue de cerner avec ce dernier les possibilités de retour au travail qui s'offrent à l'employé. Le Conseil de gestion du Régime d'assurance-invalidité et le Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada, au nom du titulaire de la police, appuient indéfectiblement la réadaptation professionnelle et les efforts des ministères, des organismes et de l'assureur visant le retour au travail des employés aptes à occuper un emploi productif. Indiquer le nom du représentant du ministère ou de l'organisme avec qui l'assureur devra communiquer si l'employé est un candidat apte à la réadaptation professionnelle.

Nom	Titre
Adresse	N° de téléphone
Adresse courriel	N° de télécopieur

- Joindre la description de travail au présent formulaire.
- Quand le travail de l'employé a-t-il commencé à être miné par la maladie ou la blessure de ce dernier?
 

Jour	Mois	Année
	/	/
- Selon vos observations, la capacité de l'employé à effectuer son travail a-t-elle changé?  Non  Oui  
Si oui, donner des précisions.
- Des changements ont-ils été apportés au travail de l'employé en raison de sa maladie ou de sa blessure?  Non  Oui  
Si oui, donner des précisions.
- Si l'employé pouvait retourner au travail moyennant un horaire de travail allégé ou des changements au niveau des tâches, est-ce qu'un poste serait disponible pour lui?  Non  Oui  
Si oui, donner des précisions.

**Environnement de travail et activités professionnelles**

- Dans le cadre de son emploi, l'employé doit-il travailler dans les conditions suivantes?
 

À l'extérieur	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Si oui, dans quelle mesure?	%
Dans une chaleur ou un froid extrême	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Si oui, dans quelle mesure?	%
Dans un milieu humide	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Si oui, dans quelle mesure?	%
Dans une ambiance bruyante	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Si oui, dans quelle mesure?	%
Dans un environnement poussiéreux ou non ventilé	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Si oui, dans quelle mesure?	%
En présence de fumées toxiques	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Si oui, dans quelle mesure?	%

**Environnement de travail et activités professionnelles**

2. Dans le cadre de son emploi, l'employé doit-il manipuler des produits chimiques?  Non  Oui Si oui, énumérer ci-dessous les produits chimiques en question.

3. Dans le cadre de ses fonctions normales, dans quelle mesure (exprimée en pourcentage) l'employé doit-il soulever ou transporter les charges suivantes?

	0	1 à 25 %	26 à 50 %	51 à 75 %	76 à 100 %
plus de 50 lb ou 22,7 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
plus de 20 lb ou 9,1 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
plus de 10 lb ou 4,5 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Dans le cadre de ses fonctions normales, dans quelle mesure (exprimée en pourcentage) l'employé doit-il effectuer les activités suivantes?

	0	1 à 25 %	26 à 50 %	51 à 75 %	76 à 100 %
Marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grimper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conduire :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
le jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'étirer pour saisir un objet :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
au-dessus de la hauteur des épaules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
à la hauteur des épaules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
au-dessous de la hauteur des épaules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se pencher ou s'accroupir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'agenouiller ou ramper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Pendant combien de temps l'employé doit-il maintenir les positions suivantes ou poursuivre l'activité suivante avant d'adopter une autre position ou de passer à une autre activité?

	0 à 30 minutes	31 à 60 minutes	61 à 90 minutes	plus de 90 minutes
Rester assis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rester debout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conduire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Au cours d'une journée de travail normale, pendant combien d'heures l'employé doit-il :

	0 à 2 heures	3 à 4 heures	5 à 6 heures	7 à 8 heures
rester assis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rester debout?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
conduire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Dresser la liste des machines, des outils ou des équipements autres utilisés par l'employé dans le cadre de ses fonctions, et indiquer le nombre de fois par jour qu'ils sont utilisés ou bien le pourcentage de temps consacré à leur utilisation, selon ce qui convient le plus au contexte.

Machines, outils et équipements Nombre de fois par jour / Pourcentage du temps

## Environnement de travail et activités professionnelles

### 8. Éléments cognitifs/non physiques de l'emploi :

L'employé doit-il répondre à des plaintes?  Non  Oui

L'employé est-il évalué principalement en fonction de sa production?  Non  Oui

L'employé travaille-t-il de près avec des collègues?  Non  Oui

L'employé est-il responsable des objectifs de rendement et de la prise de décisions au sein de son ministère?  Non  Oui

Nombre de personnes sous la supervision de l'employé :

Indiquer, en pourcentage, le temps que l'employé consacre aux activités suivantes :

Parler	Écrire	Superviser d'autres personnes
%	%	%

Indiquer tout autre élément du travail pouvant être considéré comme une source de stress.

## Renseignements supplémentaires

Veillez fournir tout renseignement supplémentaire qui n'a pas encore été indiqué et qui pourrait être pertinent à la demande de prestations.

## Déclaration de la partie 2

Au meilleur de ma connaissance, les renseignements fournis dans la partie 2 de ce formulaire sont exacts et complets.

Nom du <b>superviseur immédiat</b> (en lettres moulées)	Titre
Adresse	N° de téléphone
Adresse courriel	N° de télécopieur
Signature	Date

Pour assurer le traitement rapide de la demande, faire parvenir par télécopieur le présent formulaire et toute autre information à l'appui de la demande de l'employé au Bureau de gestion du régime collectif d'assurance-invalidité de la Sun Life du Canada, qui gère vos demandes.

Si vous ne pouvez pas envoyer l'information par télécopieur, vous pouvez l'envoyer par la poste à l'adresse appropriée. Vous n'avez pas à envoyer par la poste l'information que vous envoyez par télécopieur. Conservez vos documents originaux pour vos dossiers.

### Télécopieur : 1-866-639-7849

Bureau de gestion du Régime collectif d'assurance-invalidité de Montréal  
Régime d'assurance-invalidité du gouvernement fédéral  
Compagnie d'assurance Sun Life du Canada  
Case postale 12500 Station CV  
Montréal (Québec) H3C 5T6

Les renseignements fournis dans ce formulaire sont recueillis conformément à l'autorité du Conseil du Trésor aux termes de la *Loi sur la gestion des finances publiques* pour l'administration du Régime d'assurance-invalidité, et ils seront utilisés par l'assureur aux fins de l'évaluation de la demande de prestations. Les renseignements personnels seront protégés en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Les renseignements personnels que vous fournissez au sujet de la personne visée par la présente demande peuvent être consultés par cette dernière, conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Les renseignements seront enregistrés sous le numéro de fichier de renseignements personnels POE 901.