

SECTION 2 - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX CONCERNANT LE COTISANT OU LE DEMANDEUR DE LA PENSION DE LA SÉCURITÉ DE LA VIEILLESSE. (À être remplie par tout demandeur)

3. <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme			
4. Prénom	Nom de famille	Nom de famille à la naissance	
5. Adresse (N° et rue, app.)		6. Adresse postale : <input type="checkbox"/> même que celle indiquée à la question 5 ou	
Code postal	Ville ou Village	Pays	
7. Lieu de naissance		8. Nom inscrit sur la carte d'assurance sociale canadienne <input type="checkbox"/> même que celui indiqué à la question 4 ou	
9. Indiquez les périodes de résidence et/ou d'emploi dans un pays autre que le Canada et le pays où vous résidez présentement.			

Nom du pays	Numéro d'assurance sociale dans ce pays	Résidence				Emploi				Une prestation a-t-elle été demandée?	
		De		À		De		À			
		Année	Mois	Année	Mois	Année	Mois	Année	Mois	Oui	Non
										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Depuis le 1^{er} janvier 1966, avez-vous été ou votre époux ou conjoint de fait a-t-il été admissible aux Allocations familiales ou à la Prestation fiscale pour enfants du Canada pour un enfant né après le 31 décembre 1958?

Cotisant
 Oui Non

Époux ou conjoint de fait
 Oui Non

11A. État civil Célibataire Marié(e) Séparé(e)
 Veuf(ve) Divorcé(e) Union de fait

11B. Nom complet de l'époux ou conjoint de fait 11C. Date de naissance de l'époux ou conjoint de fait

Année	Mois	Jour

**SECTION 3 - À ÊTRE REMPLIE SI VOUS DEMANDEZ UNE PENSION DE LA SÉCURITÉ DE LA VIEILLESSE
(Sinon, voir la SECTION 4)**

12. Si vous êtes né(e) hors du Canada, indiquez la date et le lieu d'entrée au Canada.

Année	Mois	Jour

Lieu

13. Indiquez votre titre à la résidence au Canada au moment de votre départ du Canada

Citoyen canadien Résident permanent (immigrant reçu) Admis aux termes d'un permis du Ministre
 Autres (spécifiez) _____

14. Énumérez les endroits où vous avez demeuré de votre naissance jusqu'à ce jour.
Il n'est pas nécessaire d'indiquer les changements dans une même localité. (Utilisez une feuille supplémentaire si nécessaire.)

De		À		Ville ou Village	Province ou État	Pays
Année	Mois	Année	Mois			

15. Indiquez le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de deux personnes, non parentes avec vous par le sang ou par alliance, qui connaissent les détails de votre résidence au Canada.

Nom	Adresse	Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional ou urbain)

**SECTION 4 - À ÊTRE REMPLIE SI VOUS DEMANDEZ UNE PENSION DE RETRAITE DU RÉGIME DE PENSIONS DU CANADA
(Sinon, voir la SECTION 5)**

<p>16A. Quand désirez-vous que commence le versement de la pension de retraite?</p> <p>Année Mois  OU <input type="checkbox"/> le premier mois d'admissibilité</p>	<p>16B. Si vous êtes âgé(e) de 60 à 64 ans et cotisez au Régime de pensions du Canada, avez-vous cessé ou cesserez-vous de travailler entièrement ou dans une large mesure avant la date indiquée au numéro 16A?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Si « Oui », quand avez-vous cessé ou cesserez-vous de travailler entièrement ou dans une large mesure?</p> <p>Année Mois </p>
--	---	--

SECTION 5 - À ÊTRE REMPLIE SI VOUS DEMANDEZ UNE PENSION DE SURVIVANT OU UNE PRESTATION DE DÉCÈS (Sinon, voir la SECTION 6)

A. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX CONCERNANT LE DEMANDEUR

<p>17. Prénom</p>	<p>Nom de famille</p>	<p>Nom de famille à la naissance</p>
<p>18. Adresse (N° et rue, app.) Code postal Ville ou Village Pays</p>		<p>19. Adresse postale : <input type="checkbox"/> même que celle indiquée à la question 18 ou</p>
<p>20. Lien de parenté du demandeur avec le cotisant décédé ►</p>		
<p>21. Y a-t-il un exécuteur, un administrateur ou un représentant légal de la succession du cotisant décédé?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui Si « Oui », indiquez si la personne est : <input type="checkbox"/> celle nommée aux questions 17 et 18 ou <input type="checkbox"/> celle nommée ci-dessous</p> <p>Prénom Nom de famille</p> <p>Adresse (N° et rue, app.)</p> <p>Code postal Ville ou Village Pays</p>		

B. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE SURVIVANT

<p>22. Numéro d'assurance sociale du Canada </p>	<p>23. Prénom <input type="checkbox"/> même que celui indiqué à la question 17 ou</p>	<p>Nom de famille <input type="checkbox"/> même que celui indiqué à la question 17 ou</p>	<p>Nom de famille à la naissance <input type="checkbox"/> même que celui indiqué à la question 17 ou</p>
<p>24. Êtes-vous invalide? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>25. Au moment du décès, demeuriez-vous avec le cotisant? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>26. Au moment du décès, étiez-vous marié au cotisant? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	
<p>27. Si vous êtes âgé de moins de 45 ans, indiquez si, au moment du décès du cotisant, vous entreteniez :</p> <p>a) un enfant du cotisant âgé de moins de 18 ans. Si l'enfant n'était pas sous votre garde ni sous votre surveillance, veuillez expliquer les circonstances sur une feuille supplémentaire. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>b) un enfant invalide du cotisant âgé de 18 ans ou plus. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>c) un enfant du cotisant âgé de 18 à 25 ans fréquentant l'école ou l'université à plein temps. Si « Oui », veuillez indiquer sur une feuille supplémentaire le nom de l'enfant et la date de sa naissance ainsi que le nom de l'école ou l'université qu'il fréquente. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>			
<p>28. Si « Oui » à l'une ou l'autre des questions au n° 27, avez-vous entretenu l'enfant depuis le décès du cotisant jusqu'à présent? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>			

SECTION 6 - À ÉTRE REMPLIE SI VOUS DEMANDEZ UNE PRESTATION D'ENFANT SURVIVANT (Sinon, voir la SECTION 7)
Les questions 30 et 31 doivent être remplies seulement lorsque le demandeur n'est pas la personne nommée à la question 17.

29. Nom complet de l'enfant	Date de naissance			À l'usage exclusif de l'institution de sécurité sociale Vérifié par : _____ _____
	Année	Mois	Jour	
30. Prénom	Nom de famille			
31. Adresse (N° et rue, app.)				
Code postal	Ville ou Village	Pays		

**TOUTE DÉCLARATION FAUSSE OU TROMPEUSE FAITE DANS LA PRÉSENTE
DEMANDE CONSTITUE UN DÉLIT AUX TERMES DE LA LOI CANADIENNE**

SECTION 7 - DOIT ÊTRE SIGNÉE PAR LE DEMANDEUR

À NOTER : Si vous faites une demande au nom du demandeur, indiquez sur une feuille supplémentaire votre nom au complet, votre adresse et la raison pour cette demande.

32. Déclaration de la personne qui fait la demande

Je certifie que, autant que je sache, tous les renseignements donnés ici sont véridiques et complets. J'autorise l'institution de sécurité sociale du pays qui est signataire de cet Accord à fournir à Développement des ressources humaines Canada tous les renseignements et pièces justificatives qu'elle possède et qui sont ou qui peuvent être relatifs à cette demande de prestations. De plus, je reconnais que mes renseignements personnels sont régis par la Loi sur la protection des renseignements personnels du Canada et qu'ils peuvent être divulgués quand l'autorise la Loi sur la sécurité de la vieillesse ou le Régime de pensions du Canada.

Signature du demandeur ►

NOTE : La signature au moyen d'une croix n'est acceptée que si une personne responsable en atteste l'authenticité en signant la déclaration ci-contre.

33. Déclaration du témoin seulement si le demandeur signe au moyen d'une croix

J'ai lu le présent formulaire rempli au requérant qui a semblé le comprendre et qui a signé d'une croix en ma présence.

Signature du témoin

Nom du témoin (en lettres moulées)

Adresse du témoin

Date de la demande

Année Mois Jour

Numéro de téléphone
(y compris l'indicatif régional ou urbain)

[]

À L'USAGE EXCLUSIF DE L'ORGANISME DE LIAISON DU CANADA																
En vigueur le - SV			En vigueur le - RPC			Date de réception			Âge			Statut de résidence				
Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour	Année	Mois	Jour	A	B	T	X	Y	Z	O	
Date de paiement - SV			Date de paiement - RPC			Date d'élection			Résidence (Règlement de transition) 3(1)(b)			Résidence 3(1)(c)			3(1.1)	
Montant total			Je certifie que le demandeur est admissible à la (aux) prestation(s) à partir de la (des) date(s) d'entrée en vigueur susmentionnée(s) et que cette (ces) prestation(s) est (sont) payable(s) aux termes de la Loi sur la sécurité de la vieillesse ou du Régime de pensions du Canada.													
Montant arrondi			Certifié par : _____ Date _____													
			Vérifié par : _____ Date _____													